

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA — NO BRASIL —

Política, Gestão e Clínica



Políticas de saúde e acesso a medicamentos

Organização

Rosana Isabel dos Santos
Mareni Rocha Farias
Guilherme Daniel Pupo
Mônica Cristina Nunes da Trindade
Fábiola Farias Dutra



VOLUME

I

**Assistência Farmacêutica no Brasil:
Política, Gestão e Clínica**

**Políticas de saúde e
acesso a medicamentos**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor

Roselane Neckel

Vice-Reitora

Lúcia Helena Pacheco

EDITORA DA UFSC

Diretor Executivo

Fábio Lopes da Silva

Conselho Editorial

Fábio Lopes da Silva (Presidente)

Ana Lize Brancher

Andreia Guerini

Clélia Maria Lima de Mello e Campigotto

João Luiz Dornelles Bastos

Kátia Maheirie

Luiz Alberto Gómez

Marilda Aparecida de Oliveira Efftting

COMITÊ ORGANIZADOR DA COLEÇÃO:

Eliana Elisabeth Diehl (UFSC), Luciano Soares (UNIVILLE),
Mareni Rocha Farias (UFSC), Rosana Isabel dos Santos (UFSC),
Silvana Nair Leite (UFSC), André Felipe Vilvert,
Fabiola Bagatini Buendgens, Fernanda Manzini,
Guilherme Daniel Pupo, Kaite Cristiane Peres,
Mônica Cristina Nunes da Trindade, Samara Jamile Mendes,
Bernd Heinrich Storb, Fabiola Farias Dutra,
Luciana Mendes Corrêa Schneider, Simone da Cruz Schaefer.

Editora da UFSC

Campus Universitário – Trindade

Caixa Postal 476

88010-970 – Florianópolis-SC

Fone: (48) 3721-9408

editora@contato.ufsc.br

www.editora.ufsc.br

Rosana Isabel dos Santos
Mareni Rocha Farias
Guilherme Daniel Pupo
Mônica Cristina Nunes da Trindade
Fabiola Farias Dutra
Organização

Volume I

**Assistência Farmacêutica no Brasil:
Política, Gestão e Clínica**

Políticas de saúde e acesso a medicamentos

© 2016 dos autores

Coordenação editorial:

Paulo Roberto da Silva

Projeto gráfico e editoração:

Paulo Roberto da Silva

Capa:

Leonardo Gomes da Silva

Paulo Roberto da Silva

Revisão:

Regina Zandomênicó

Judith Terezinha Müller Lohn

Ficha Catalográfica

(Catalogação na publicação pela Biblioteca Universitária da Universidade Federal de Santa Catarina)

P769 Políticas de saúde e acesso a medicamentos / organização de Rosana Isabel dos Santos...[et al.]. – Florianópolis : Ed. da UFSC, 2016.

224 p. : il., graf., tabs. – (Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica ; v. 1)

Inclui bibliografia

1. Farmácia. 2. Política farmacêutica. 3. Saúde – Educação. I. Santos, Rosana Isabel dos. II. Série.

CDU: 615.1

ISBN 978-85-328-0764-9



Este livro está sob a licença Creative Commons, que segue o princípio do acesso público à informação. O livro pode ser compartilhado desde que atribuídos os devidos créditos de autoria. Não é permitida nenhuma forma de alteração ou a sua utilização para fins comerciais.

Sumário

Prefácio 1	7
Prefácio 2	15
Apresentação	17
CAPÍTULO 1 O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO	21
Luciano Soares	
Rosana Isabel dos Santos	
CAPÍTULO 2 SAÚDE E CIDADANIA.....	59
Rosana Isabel dos Santos	
Luciano Soares	
CAPÍTULO 3 PROFISSÃO FARMACÊUTICA E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	113
Rosana Isabel dos Santos	
Kaite Cristiane Peres	
Alessandra Fontana	
CAPÍTULO 4 ÉTICA E MEDICALIZAÇÃO.....	147
Sandra Noemi Cucurullo de Caponi	
Fabiola Stolf Brzozowski	
CAPÍTULO 5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	187
Fabiola Bagatini Buendgens	
Fernanda Manzini	
Sobre os autores	223

Prefácio 1

Educação Permanente e Transformadora na Assistência Farmacêutica para garantir os avanços de uma Política de Estado

Ao iniciar a leitura de uma obra como a que se apresenta, que é resultado do trabalho articulado entre universidades, gestores públicos e profissionais ligados aos serviços de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), é essencial retomar um pouco da história e das ações anteriores, que tornaram possível esta iniciativa de ampliação da qualificação no âmbito da Assistência Farmacêutica.

Após o processo eleitoral de 2002, com a eleição do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, iniciou-se um período de transição de governo, marcado pela intensa, aprofundada e ampla atividade de diagnóstico das ações, em andamento nos diferentes segmentos da gestão pública federal e das lacunas porventura existentes.

No campo da saúde, um dos focos estratégicos referia-se às ações ou programas voltados ao acesso da população a medicamentos e à Assistência Farmacêutica, incluindo as respectivas interfaces setoriais, as características e as funcionalidades das estruturas de gestão e o atendimento de diretrizes porventura existentes nas políticas públicas vigentes. Nesse campo específico, as atividades da então equipe de transição, definida pelo governo que se instalaria a partir de janeiro de 2003, foram coordenadas pelo Prof. Jorge Zepeda Bermudez, pesquisador da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), contando com a participação do Prof. Norberto Rech, docente da Universidade Federal de Santa Catarina e, à época, presidente da Federação Nacional dos Farmacêuticos (Fenafar).

O intenso trabalho dessa equipe identificou lacunas importantes no processo de gestão das ações e dos programas voltados para o acesso aos medicamentos e à Assistência Farmacêutica, incluindo os aspectos relacionados à produção pública de medicamentos e vacinas pelos laboratórios farmacêuticos oficiais. Entre outros aspectos, tais lacunas estavam associadas à significativa fragmentação das ações e das iniciativas direcionadas ao acesso aos medicamentos, representada pela existência de aproximadamente vinte “programas” distintos que tratavam com medicamentos, com financiamentos também fragmentados e extemporâneos, com elencos de medicamentos sobrepostos e com gestão não articulada.

Naquele contexto, o referido diagnóstico identificou os reflexos negativos de tais desarticulações e fragmentações no cotidiano dos serviços de atenção à saúde, tanto no campo da atenção primária como naqueles com maiores exigências em termos de complexidade tecnológica e de recursos financeiros. Esses reflexos envolviam, principalmente, a interrupção sistemática no abastecimento de medicamentos e de outras tecnologias em saúde, com resultados claramente agravantes no impedimento ao acesso qualificado da população a produtos e serviços e na fragilidade das garantias da integralidade do processo de atenção à saúde.

No que se refere à educação permanente e à ampliação da qualificação dos profissionais atuantes no campo da Assistência Farmacêutica, poucas foram as iniciativas identificadas à época e que tenham sido implementadas pelos gestores federais, especialmente aquelas que pudessem resultar em impactos consistentes no âmbito do SUS. Tal constatação constituiu lacuna essencial a ser superada para a construção das perspectivas de avanço de quaisquer políticas públicas voltadas à atenção à saúde, aqui compreendida nos seus aspectos intersetoriais e interdisciplinares.

Como resultado da identificação da realidade da gestão pública naquele momento da vida nacional, devidamente associada à necessidade de institucionalização de conceitos, de entendimentos, de diretrizes e de eixos estratégicos capazes de estruturar e dar consequência a uma política pública mais ampla e consistente nesse campo da saúde, o relatório final da equipe de transição apresentou sugestões, que foram consideradas estratégicas pelo governo que iniciou em janeiro de 2003.

Entre as sugestões mais relevantes e aprovadas pelo então novo governo federal, e inseridas na ação mais ampla de planejamento do Ministério da Saúde (MS), estavam a criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) e, como uma das suas estruturas essenciais, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF).

A criação da SCTIE e do DAF constituiu passo essencial para a superação das fragmentações evidenciadas ao final do ano 2002, bem como para a instituição, no MS, de lócus qualificado para as interfaces setoriais com outros campos da estrutura de governo, com os setores produtivos públicos e privados e com os segmentos organizados da sociedade civil, na perspectiva de garantir o acesso da população aos medicamentos, às demais tecnologias e aos serviços demandados pelas ações de atenção à saúde, nos seus diferentes níveis de complexidade, e considerada a sua característica de integralidade.

Ao revisitar a história recente das políticas públicas inseridas ou com interfaces com a Política Nacional de Saúde, é inequívoca a percepção de que os aspectos essenciais da formulação pensada e institucionalizada a partir de 2003 encontram-se hoje consolidados na estrutura do MS, com impactos importantes

e positivos no estabelecimento e na manutenção de competências direcionadas ao desenvolvimento da capacidade científica, tecnológica e produtiva nacional, na perspectiva sempre presente do fortalecimento do SUS como sistema de saúde universal, e para a superação das suas vulnerabilidades.

Nesse aspecto, vale destacar que a SCTIE tem a responsabilidade institucional de atuar fortemente no processo coletivo de formular e implementar políticas nacionais, em particular no campo da ciência, tecnologia e inovação em saúde; da Assistência Farmacêutica; e do fomento à pesquisa e à inovação em saúde. Essa estrutura formal também assume o papel institucional de identificar e desenvolver métodos e mecanismos voltados à análise da viabilidade econômico-sanitária e ao estímulo a empreendimentos públicos e privados no campo mais amplo do Complexo Industrial da Saúde; de promover as condições para o estímulo ao desenvolvimento tecnológico e para a produção nacional de produtos e tecnologias considerados estratégicos para o país; bem como de coordenar o processo dinâmico de incorporação crítica de tecnologias em saúde no âmbito do SUS.

No que se refere à Assistência Farmacêutica, as novas estruturas definidas para o MS a partir de 2003, com destaque particular para a criação do DAF, proporcionaram condições favoráveis para a superação das fragmentações identificadas; para a articulação com as demais áreas do Ministério; para o estabelecimento de interfaces com outros setores do governo e com a sociedade civil organizada; para o planejamento das ações; e para a capacitação institucional de viabilizar a implantação de uma política pública nesse campo, sendo esta última construída a partir do envolvimento dos distintos setores representados no conjunto das instâncias do Controle Social do sistema de saúde brasileiro.

Naquele contexto, uma das primeiras iniciativas coletivas foi a realização da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, no período de 15 a 18 de setembro de 2003, cujo tema central foi “Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social”. Essa Conferência, com temática definida, planejada e organizada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), reuniu, em Brasília, 1.180 participantes, entre os quais os 906 delegados eleitos nas 27 conferências estaduais, as quais foram precedidas das respectivas conferências municipais. Como principal resultado desse processo, destaca-se a aprovação da Resolução nº 338 pelo CNS, a qual estabeleceu, em maio de 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Essa política foi institucionalizada pelo MS, o qual passou a considerar a Assistência Farmacêutica como uma das prioridades estratégicas da Política Nacional de Saúde e como das suas ações voltadas à integralidade das ações de atenção à saúde no Brasil.

Um dos passos importantes para a consolidação da Assistência Farmacêutica como política pública, devidamente inserida na prática dos serviços de atenção à saúde, a se ressaltar é a sua inclusão no conjunto das definições do chamado Pacto

pela Saúde, instituído pelo MS em fevereiro de 2006, por meio da Portaria nº 399, a qual tratou da “Consolidação do SUS e aprovou as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde”.

O referido Pacto retratou o entendimento dos gestores federal, estaduais e municipais de que, naquele momento, o processo normativo do SUS necessitava contemplar a ampla diversidade e as diferenças do nosso país, e que a elaboração de uma nova norma deveria contribuir para a construção de um modelo de atenção que incluísse os princípios do SUS, sob a égide da responsabilidade sanitária, adequada à realidade de cada estado e região do país, integrando ações de promoção à saúde, atenção primária, assistência de média e alta complexidade, epidemiologia e controle de doenças, vigilância sanitária e ambiental; reafirmar a importância das instâncias deliberativas do SUS; bem como fortalecer o seu controle social.

Naquele contexto, uma vez estabelecidas as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde, o MS fez publicar a Portaria GM/MS nº 699, que regulamentou as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão, bem como a Portaria GM/MS nº 698, que instituiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento. Essas diretrizes reafirmam princípios e consolidam processos importantes da regionalização e dos instrumentos de planejamento e programação, tais como o Plano Diretor de Regionalização (PDR), o Plano Diretor de Investimentos (PDI), e a Programação Pactuada Integrada (PPI), além de possibilitarem a reorganização dos processos de gestão e de regulação do sistema de saúde no âmbito dos estados, especialmente com vistas a melhorar e qualificar o acesso dos cidadãos às ações e aos serviços de atenção à saúde.

As definições estabelecidas em 2006 são essenciais para a compreensão da Assistência Farmacêutica como parte estratégica da Política Nacional de Saúde, especialmente no que tange aos recursos financeiros para a sua estruturação e implementação, nos diferentes níveis de complexidade. A partir do chamado “Pacto pela Saúde”, a Assistência Farmacêutica consolidou-se como um dos blocos prioritários de financiamento para o custeio das ações e dos serviços de saúde, considerando a alocação dos recursos federais. Pelas definições adotadas, as bases de cálculo e os montantes financeiros destinados para os estados, para os municípios e para Distrito Federal passaram a ser compostos por memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento, ao mesmo tempo em que os estados e os municípios assumiram maior autonomia para alocação dos recursos, de acordo com as metas e prioridades estabelecidas nos respectivos planos de saúde. Nesse aspecto, vale ressaltar que as normativas estabelecidas em 2006 incluíram o estabelecimento do chamado “Componente de Organização da Assistência Farmacêutica”, constituído por recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços inerentes à Assistência Farmacêutica,

numa demonstração de evolução dessa política específica, cujo eixo de atenção deixa de estar voltado apenas ao suprimento de medicamentos e passa, concretamente, a envolver os distintos aspectos do fazer em saúde, como parte de serviços estruturados, qualificados e com fontes de financiamento absolutamente definidas.

Em avaliação recente (2014), por ocasião dos 10 anos de estabelecimento da PNAF, a análise das definições emanadas da Conferência Nacional que lhe deu origem indicou que, das 528 propostas que estavam relacionadas diretamente às competências do MS ou que deveriam ser executadas em parceria com outros órgãos federais ou outras instituições/entidades, 42% foram atendidas, 41% foram atendidas parcialmente, 4% estavam em desenvolvimento (consideradas de desenvolvimento continuado) e 13% ainda representavam lacunas a superar.

Esses resultados foram debatidos em dezembro de 2014, durante o VII Fórum Nacional de Assistência Farmacêutica, em Brasília, evento que contou com a presença dos ex-diretores do DAF, bem como de gestores estaduais e municipais da Assistência Farmacêutica. Os debates apontaram que a PNAF está consolidada como parte integrante da Política de Saúde e que contribui diretamente para o Projeto Nacional de Desenvolvimento.

Tal consolidação pode ser representada tanto pela ampliação sistemática do financiamento do MS, destinado para o acesso da população aos medicamentos e às ações de Assistência Farmacêutica no SUS, bem como pela institucionalização de mecanismos eficientes para a coordenação e o planejamento da Assistência Farmacêutica, claramente traduzidos pelo estabelecimento dos seus Componentes Básico, Estratégico e Especializado. Também merece destaque a crescente participação percentual dos gastos do MS com as estratégias de acesso a medicamentos no SUS, cujas cifras eram de 5,8% do seu orçamento em 2002, e passaram à casa de 12% no ano de 2015, sendo que os valores nominais deste último ano ultrapassaram os 14 bilhões de reais.

Além das relações intersetoriais relativas aos medicamentos sintéticos e biológicos, a consolidação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a liderança do DAF/SCTIE/MS, tornou possíveis as interfaces que resultaram na elaboração técnica, nas iniciativas intergovernamentais e na articulação com distintos segmentos da sociedade brasileira para o estabelecimento da Política Nacional e do Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, consolidada por intermédio de decreto presidencial publicado em 2006. Entre os pressupostos estabelecidos nesse documento oficial, destacam-se as definições relativas às ações direcionadas à garantia de acesso seguro e ao uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, com a promoção do uso sustentável da biodiversidade e com o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. O Programa específico vem apoiando 66 Arranjos Produtivos Locais (APL), além de projetos de desenvolvimento da “Assistência Farmacêutica em

Plantas Medicinais e Fitoterápicos”, incluindo os aspectos relativos à definição de novos mecanismos regulatórios para o registro sanitário de fitoterápicos. A importância dessas iniciativas foi demonstrada, no ano de 2012, pela definição e institucionalização da “Ação Orçamentária específica do Programa de Plantas Medicinais e Fitoterápicos”. Também merece destaque o fato de que todas as ações da Política e do Programa são acompanhadas e monitoradas pelo Comitê Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, cuja composição é formada 50% por representantes da sociedade civil organizada.

Para além dos medicamentos, medidas estruturantes foram concebidas na gestão da Assistência Farmacêutica nos anos de 2003 a 2016. Com a implantação do QUALIFAR-SUS, foram definidas e adotadas ações voltadas à implantação, ao desenvolvimento, aprimoramento e à integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde. Concebido em 4 eixos (Estrutura, Informação, Educação e Cuidado), esse programa engloba as estratégias de qualificação, desenvolvidas na perspectiva de recuperar a capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica, bem como de dotar as unidades de saúde de estruturas físicas compatíveis ao atendimento humanizado do usuário de medicamentos. Atualmente, 70% (1.582 dos 2.257) dos municípios incluídos no Plano Brasil Sem Miséria com menos de 100.000 habitantes já foram beneficiados pelo QUALIFAR-SUS em seu eixo Estrutura. A disponibilização do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Hórus) para 1.756 municípios também integra a estratégia de qualificar a gestão, associada às iniciativas de qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica por meio do eixo Educação, iniciativas que já atingiram mais de 10.000 trabalhadores do SUS. Por outro lado, o usuário, como centro do cuidado em saúde, vem recebendo, por meio do eixo Cuidado, orientações sobre o uso correto dos seus medicamentos. Tais iniciativas constituem respostas aos anseios da sociedade e do Controle Social do sistema de saúde brasileiro, em perfeito alinhamento ao tema central da recém-realizada a XV Conferência Nacional de Saúde (“Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas”).

Nesse aspecto, o DAF tem adotado iniciativas para o fortalecimento do apoio técnico a estados e municípios para a qualificação da gestão da Assistência Farmacêutica, tanto para aqueles contemplados no programa QUALIFAR-SUS como para aqueles que receberam outros financiamentos federais da área.

Nos últimos quatro anos, o DAF passou a fortalecer o projeto de Educação Permanente em Saúde, especialmente na modalidade de educação a distância, gerando estratégias de qualificação profissional com diferentes parceiros nacionais e internacionais, incluindo o Banco Mundial, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), os Conselhos de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e o Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o que tem

possibilitado a ampliação de um formato inovador no processo de capacitação em serviço, com o desenvolvimento de cursos de curta duração, com oferta de material audiovisual (videoaulas, tutoriais em vídeo e jogos) e tutoria a distância voltada à realidade dos profissionais de saúde nas mais diferentes realidades e nos estabelecimentos de saúde. Estas estratégias incluem a abordagem de temas, como a utilização do Sistema Hórus e outros sistemas informatizados, além de cursos específicos para demandas como aquelas relativas à Saúde Indígena e aos processos relacionados aos componentes da Assistência Farmacêutica e ao programa Farmácia Popular do Brasil.

No período de 2011 a 2015, o número de inscritos nos cursos de curta duração, ofertados pelo DAF/SCTIE/MS, foi de 10.308, sendo que 8.619 (83%) trabalhadores foram qualificados. Esse número tende a ser ampliado após a internalização, em 2016, de uma plataforma web especificamente customizada para o desenvolvimento rápido de novos cursos a serem ofertados pelo departamento. Tal plataforma possibilitará a adoção de iniciativas de educação permanente a distância, com foco nas práticas diárias de profissionais da Assistência Farmacêutica nos estados e municípios, envolvendo temas como o cuidado farmacêutico, a fitoterapia e as plantas medicinais, bem como a farmácia popular. A mesma plataforma também possibilitará o estabelecimento de parcerias regionais para a oferta de cursos no âmbito da América Latina e do Caribe.

Todas essas considerações são importantes para o olhar da história do desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no Brasil, como parte estratégica da Política Nacional de Saúde. Entretanto, para além desses aspectos, é essencial considerar que vivemos numa sociedade em transformação, com profundos embates políticos e ideológicos inerentes à evolução social, mas também marcada pelo crescente esclarecimento das contradições, na qual a desigualdade e a exclusão constituem abismos a superar.

Nesse contexto, são imensos os desafios colocados para os gestores públicos, para a Academia, para os trabalhadores em saúde, para as instâncias do Controle Social do SUS e para o conjunto da cidadania brasileira. Entre tais desafios, certamente, está a adoção de instrumentos que possibilitem a permanente melhoria das políticas públicas, com destaque para aquelas voltadas à constante ampliação da qualificação dos trabalhadores que as implementam e dos seus respectivos processos de trabalho. Todavia, para além da educação permanente e transformadora, também é essencial que essas políticas públicas, consideradas estratégicas e estruturantes, sejam dotadas de imunidade frente às oscilações circunstanciais das vontades e conveniências dos gestores públicos e dos governos, permitindo-lhes a perenidade necessária ao cumprimento dos seus princípios e das diretrizes de longo prazo, bem como ao atendimento dos preceitos constitucionais que as originaram. Tais características estão perfeitamente adequadas à Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a qual transcende, no contexto brasileiro, a função de uma política

de governo e assume, como parte da Política Nacional de Saúde, o papel de uma verdadeira política de Estado.

Assim, temos certeza de que a presente obra retrata com maestria as experiências, as vivências e as reflexões que contribuem enormemente para a evolução no campo da Assistência Farmacêutica, entendida como uma política pública a serviço das pessoas, inegavelmente relacionada com a construção permanente do SUS que desejamos e cujas interfaces são estratégicas no campo do desenvolvimento nacional.

Por entendermos a importância das construções coletivas, tal como aquela que possibilitou a formulação e a implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, e termos tido a possibilidade de sermos gestores dessa política, a apresentação desta obra também deve ser coletiva. Portanto, subscrevem esta apresentação todos os Diretores do DAF/SCTIE/MS, do atual aos seus antecessores, numa demonstração de que o SUS se constrói no coletivo, no cotidiano dos compromissos e nos fazeres de todos nós, mulheres e homens, que transformam o presente e constroem o futuro.

Que tenhamos uma boa leitura!

José Miguel do Nascimento Júnior (4º Diretor do DAF/SCTIE/MS)

Manoel Roberto da Cruz Santos (3º Diretor do DAF/SCTIE/MS)

Dirceu Brás Aparecido Barbano (2º Diretor do DAF/SCTIE/MS)

Norberto Rech (1º Diretor do DAF/SCTIE/MS)

Maio de 2016

Prefácio 2

A coleção “Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica” contempla um importante repertório de conteúdos de relevância para o aprimoramento da prática da assistência farmacêutica no país.

A publicação, produzida pela Universidade Federal de Santa Catarina, é a junção dos conteúdos pedagógicos produzidos para a 1ª e 2ª edição do curso de Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica na modalidade a distância e de outros notórios capítulos inéditos. A coleção é voltada para farmacêuticos, bem como para professores e estudantes do curso de Farmácia e áreas afins.

Organizada em cinco volumes: I – Políticas de saúde e acesso a medicamentos, II – Gestão da assistência farmacêutica, III – Seleção de medicamentos, IV – Logística de medicamentos e V – Atuação clínica do farmacêutico, a publicação apresenta um vasto conteúdo com abordagens que visam fortalecer a atuação do farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS).

Com agradável proposta estética e de fácil linguagem, a coleção é uma obra-prima que reconhece a assistência farmacêutica como parte integrante da Política Pública de Saúde.

É com muita satisfação que a Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde, parceira de iniciativas de cunho formativo que visam favorecer transformações nas práticas de saúde, aceitou apresentar esta importante obra.

Parabenizamos os organizadores por este trabalho e recomendamos sua leitura por se tratar de um avanço do conhecimento no campo da Assistência Farmacêutica.

Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES)

Apresentação

O direito à saúde é um princípio ilustre e, mais recentemente, reconhecido na prática cotidiana dos brasileiros. Uma saúde que não é um princípio abstrato, de vaga definição: é reconhecido por sua materialidade no acesso a serviços e tecnologias, contexto no qual os medicamentos alcançam especial atenção.

Apesar de se estruturar como política pública tardiamente no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Assistência Farmacêutica ganhou notoriedade por seu grande impacto tanto sobre a gestão e terapêutica, quanto na sociedade como um todo. Proclamada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica trouxe as diretrizes para o desenvolvimento do setor como área produtiva e do acesso da população, incluindo produtos, serviços, força de trabalho e políticas setoriais colaborativas.

A descentralização, como princípio organizacional do SUS, atribuiu aos estados e aos municípios responsabilidades crescentes sobre o acesso e o uso adequado de recursos terapêuticos. O profissional farmacêutico entrou, definitivamente, para o grupo das profissões que constroem e fazem o SUS acontecer, aumentando sua inserção e responsabilidade no setor público. Municípios e serviços de saúde demandam o trabalho farmacêutico, em todos os níveis de atenção, em diversas atividades relacionadas à acessibilidade dos medicamentos.

O trabalho do farmacêutico tem, cada vez mais, contribuído com os resultados em saúde (fato observado em pesquisas junto à população atendida), premissa cada vez mais aceita por gestores de saúde e revelada pelo nível crescente de contratação no SUS (a Farmácia é uma das profissões com maior incremento observado na última década).

O aumento da demanda por profissionais e serviços farmacêuticos evidenciou também, nos últimos anos, a necessidade de promover a qualificação, mesmo daqueles formados a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais de 2002, que já envolviam conhecimentos para atuação no SUS, e que, para além da qualificação técnica, avançam em competências relacionais, políticas e sociais.

Buscando suprir tal necessidade, o Ministério da Saúde demandou à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) o desenvolvimento das propostas de Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD (entre 2010 e 2014) e de Capacitação para Gestão da Assistência Farmacêutica

– EaD: Especialização, Aperfeiçoamento e Estudos de Aprofundamento (entre 2013 e 2016), no âmbito da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS).

Como premissa fundamental, os cursos apresentaram o entendimento da Assistência Farmacêutica como um conjunto de ações, cuja finalidade é o acesso e o uso racional dos medicamentos. Observaram, ainda, que a gestão da Assistência Farmacêutica deve empregar os melhores conhecimentos técnico-científicos sobre medicamentos e processos de gestão, radicada em processos políticos, no envolvimento e na responsabilidade social, e tendo o usuário como centro e finalidade do cuidado em saúde. Os cursos foram estruturados de forma a contribuir com a construção compartilhada de uma rede de desenvolvimento, pesquisa e ensino da Assistência Farmacêutica em todo o Brasil – objetivo conotado em sua logomarca.

Resultados como os 2.499 farmacêuticos qualificados, 66 docentes envolvidos na produção e desenvolvimento do curso, 53 tutores, 719 orientadores de Trabalho de Conclusão de Curso, 18 polos regionais, além de projetos conjuntos de pesquisa, ensino e a implantação de serviços por todo o país, que demonstram a rede constituída e indicam a dimensão do que foi realizado.

Almejando amplificar o público alcançado por essa iniciativa e propiciar maior difusão ao conteúdo especialmente elaborado para os cursos, a UFSC e o Ministério da Saúde lançam esta coleção organizada em cinco volumes. Esta é uma oportunidade inédita de construir, referenciar e discutir conjuntamente o tema, e de subsidiar o ensino e a prática da Assistência Farmacêutica. Os autores envolvidos, com as mais diversas experiências profissionais na assistência farmacêutica – da docência à pesquisa, da prática na atenção primária à gestão em todos os níveis, de todas as regiões do país, representam, sem dúvida, a maior iniciativa de construção coletiva em torno da Assistência Farmacêutica no Brasil.

O Volume I contextualiza o acesso a medicamentos nas políticas públicas brasileiras, na ética e na educação em saúde. Apresenta a assistência farmacêutica em sua evolução histórica e inserção na sociedade. O Volume II trata da gestão da assistência farmacêutica sob os aspectos políticos e relacionais e dos atributos profissionais e processos envolvidos na gestão, além de discutir princípios e instrumentos de planejamento e avaliação. A seleção de medicamentos é o tema do Volume III, fundamentado nas ferramentas da epidemiologia e da avaliação econômica de tecnologias em saúde. A logística e os aspectos técnicos e legais relacionados a medicamentos, incluindo homeopáticos e fitoterápicos, são abordados no Volume IV, aprofundando a concepção farmacêutica destes processos. A atuação clínica do farmacêutico nos serviços de saúde é abordada de forma abrangente e compreensiva no Volume V, sob os aspectos profissional, terapêutico, cultural e técnico, subsidiando a prática profissional seja em uma

consulta clínica, na dispensação de medicamentos, na seleção de uma lista padronizada, na análise das opções de aquisição e distribuição, seja na definição pelo investimento em um ou outro serviço de saúde a ser disponibilizado à população.

O centro da questão é sempre o mesmo em todos os volumes: a melhor condição de saúde dos usuários do SUS – como um direito fundamental, propósito do farmacêutico e dever do Estado brasileiro. Só o conjunto das ações, dos conhecimentos e das práticas qualificadas dos farmacêuticos pode alcançar esse grande objetivo da Assistência Farmacêutica.

O Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC conduziu o desenvolvimento das duas edições do Curso e a organização desta obra. Ao finalizar, ressaltamos a importância do apoio recebido do Departamento de Ciências Farmacêuticas e dos Programas de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC e em Assistência Farmacêutica – associação de Instituições de Ensino Superior (IES), que em conjunto com autores, polos regionais e toda a equipe envolvida, contribuíram para concretizar a Imagem-Objetivo apresentada nestas linhas. Fica o desejo de que muitos colegas farmacêuticos, profissionais que atuam em prol da saúde, e estudantes possam compartilhar, aplicar, criticar e contribuir com esta coleção de livre acesso a todos os interessados!

Comitê Organizador da Coleção

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO

Luciano Soares
Rosana Isabel dos Santos

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

Veja o que Moacyr Scliar, médico e escritor gaúcho, especialista em saúde pública, diz sobre isso:

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

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

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

Deus”, maior importância será dada a rezas e ao comportamento recomendado pela sua religião.

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

1.1 Diferentes concepções sobre saúde

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

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

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

Os termos “racional” e “não racional” estão sendo, aqui, empregados como na literatura tradicional (ou conservadora) sobre o assunto, ou seja, referindo-se à racionalidade científica. Entretanto, cabe ressaltar, além da significação científica, que o conceito de “racionalidade” pode dizer respeito a outro tipo de conhecimento não menos importante.

Concepções não racionais ou mágico-religiosas

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

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

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

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

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

As práticas que se sustentam no sobrenatural, mesmo que atualmente possam ser explicadas por outra racionalidade, são apresentadas pela doutrina em questão como parte dos preceitos míticos ou religiosos envolvidos. Práticas religiosas que envolvem o asseio corporal, por exemplo, são justificadas pela necessidade de se apresentar “puro aos olhos dos deuses” e não por razões higiênicas (ROSEN, 1994, p. 32).

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

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

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

Alguns conceitos e práticas daquele período permanecem até hoje. São exemplos: os conceitos de contágio e isolamento. Presente no Velho Testamento,

o contágio foi, primeiramente, relacionado à impureza espiritual que, além de contagiosa, era também associada a doenças (ROSEN, 1994). Na Europa Medieval, ser portador da lepra (atualmente designada como mal de Hansen ou hanseníase) equivalia a uma sentença de ser “impuro” e uma condenação a um severo isolamento¹ para o resto da vida.

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

O abandono das explicações sobrenaturais caracteriza o pensamento racional do ocidente, hoje identificado, hegemonicamente, como pensamento científico. Entretanto, a busca pela saúde por meio de benzeduras, santuários, rezas, invocação de santos e outros rituais³ – religiosos ou não – ainda são relativamente comuns nos dias atuais, embora não costumem ser prevalentes onde se dispõe de meios para o cuidado em saúde, baseados em concepções racionais.

Concepções racionais

O racionalismo grego

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

Contudo, entre os anos 600 e 500 a.C., iniciou-se, com os filósofos gregos pré-socráticos, outra forma de tentar compreender o mundo e,

¹ A partir do século VI, foram criados leprosários – casas para o isolamento dos doentes – em locais distantes das cidades. No início do século XIII, já existiam cerca de 19 mil em toda a Europa. O isolamento é uma prática ainda utilizada, embora sob outra racionalidade.

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

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

⁴ Na mitologia grega, Esculápio, filho de Apolo e Ártemis, era médico e, por isso, adorado em templos próximos a fontes de água mineral, onde sacerdotes realizavam preces e recomendavam sacrifícios aos pacientes. Alcançada a melhora, eram ofertadas reproduções das partes do corpo atingido (HEGENBERG, 1998). A Sala das Promessas, no Santuário Nacional de Nossa Senhora de Aparecida, ilustra como essa prática permanece até os nossos dias.

consequentemente, de interagir com ele, não mais por meio de rituais místicos. Foram as primeiras manifestações, no ocidente, da busca de explicações por meio da razão, considerada, desde então, como fonte do conhecimento.

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

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

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

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

Rosen (1994) chama a atenção para os termos endêmico e epidêmico, presentes em uma das obras atribuídas a Hipócrates, *Dos ares, águas e lugares*, que exemplificam a preocupação com a observação empírica e com a prevenção da doença.

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

Mecanicismo e cartesianismo

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

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

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

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

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

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

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

Teorias dos miasmas e do contágio

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

Para tentar compreender e controlar as endemias e epidemias, coexistiam duas teorias. Uma, a **teoria dos miasmas**, considerava que vapores nocivos e de mau cheiro (os miasmas ou impurezas), provenientes de exalações de

pessoas e animais doentes, emanções dos pântanos, de dejetos e substâncias em decomposição, se propagavam pelo ar, provocando doenças. Por causa disso, recomendavam-se alguns cuidados para impedir a disseminação dos maus odores como forma de prevenir ou evitar as epidemias. Nas cidades maiores, o lixo, os cemitérios e os abatedouros de animais foram deslocados para fora da área urbana, de modo a controlar as fontes dos “miasmas”. Posteriormente, gases clorados passaram a ser utilizados para impedir ou retardar a decomposição de matérias orgânicas.

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

Muitas das medidas práticas, recomendadas sob a lógica da teoria dos miasmas, ainda que esta fosse equivocada, contribuíram para melhorar as condições sanitárias das cidades europeias, reduzindo a incidência de doenças transmissíveis.

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

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

Concepções biológicas

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

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

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

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

Determinação social da doença

A expansão da industrialização ocorrida na Inglaterra, a partir do século XVIII e, principalmente, no século XIX, provocou intenso crescimento populacional em algumas cidades. As acomodações para os trabalhadores, construídas sem qualquer planejamento, visavam “juntar o máximo de pessoas possível, o mais depressa possível, em qualquer lugar, de qualquer maneira” (ROSEN, 1999, p. 157). Em tais condições, formavam-se regiões lúgubres nos lugares em que florescia o sistema industrial. Surto de “febres” (tifoide, tifo e outras) reapareceram, atingindo, com maior impacto, a população trabalhadora. A morbidade e a mortalidade, no ambiente das fábricas, eram muito altas e motivo de preocupação por representar perigo ao desenvolvimento industrial, que sofria com quebra de produtividade devido as perdas humanas.

Nessa matemática, as informações estatísticas⁸ ganharam importância na prevenção de doenças. Médicos designados para examinar as condições de saúde-doença em Londres, em 1838, concluíram que “o montante de despesas para tomar e manter medidas de prevenção seria menor que o custo das doenças” (ROSEN, 1999, p. 163). No relatório, ainda sob a ótica da teoria dos miasmas, ficava clara a **relação entre doença e ambiente sujo e insalubre**. Era preciso sanear os espaços públicos.

Em 1848, o médico e político alemão Rudolf Virchow (1821-1902) foi à região da Silésia, onde havia eclodido o que parecia ser um grande surto de “febre tifoide”.⁹ Virchow relatou as péssimas condições de vida da população afetada (dieta precária, habitações inadequadas, profusão de piolhos e falta de

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

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

higiene pessoal), apontando as **razões sociais** como causa do surto. Defendia que a saúde do povo é de interesse social e que a sociedade tem a obrigação de proteger e assegurar a saúde de seus membros.

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

De fato, o conhecimento dos agentes etiológicos, associado ao desenvolvimento de antibióticos e ao melhoramento das condições sanitárias, em meados do século XX, possibilitou o controle das doenças infecciosas. Entretanto, nos países centrais, onde a transição epidemiológica¹⁰ foi observada primeiramente, observou-se que as principais causas de morbi-mortalidade deixaram de ser as infecções e passaram a ser decorrência da forma como os indivíduos daquelas sociedades estavam vivendo, fortalecendo a concepção de que a saúde é socialmente determinada. Ou seja, conjuntamente às predisposições ou determinações genéticas e fisiológicas dos indivíduos, a organização econômica, social e cultural do grupo em que se inserem apresenta relevância na determinação do estado de saúde-doença. Para Mendes (1999), a produção social da saúde pressupõe entender a saúde como produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos, o que significa inscrevê-la, enquanto saber, na ordem da interdisciplinaridade e, como prática social, na ordem da intersetorialidade.

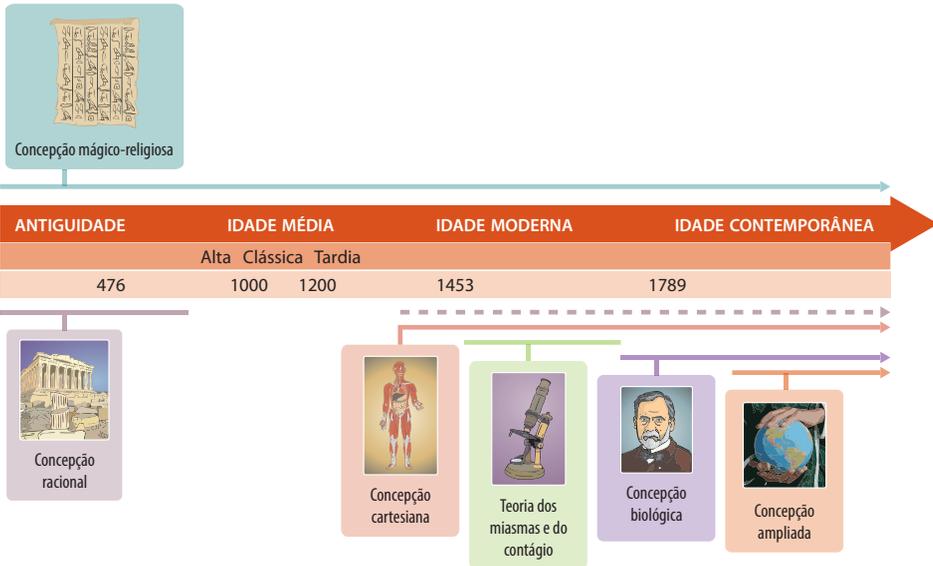
O conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS),¹¹ de 1948, traduz essa percepção ao ampliá-lo para além da ausência da doença e relacioná-lo ao direito a uma vida plena.

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

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

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

Figura 1 – Concepções de saúde no tempo



Fonte: Elaborado pelos autores.

Leitura complementar: Sugere-se a leitura do artigo *História do conceito de saúde*, de Moacyr Scliar, publicado em 2007, na revista *Physis: Revista de Saúde Coletiva*.

Falando em gestão

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

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

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

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

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

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

1.2 Modelos de atenção à saúde

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

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

Em sociedades complexas, é comum que coexistam várias concepções de saúde, cada qual embasando distintas ações destinadas ao cuidado com a saúde.

Dessa forma, um mesmo indivíduo pode recorrer a um médico, a um médium, a uma benzedeira, a um santo, a um pai de santo etc., em busca de amparo ou intervenção para restaurar sua saúde.

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

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

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

As limitações e consequências desse modelo têm suscitado uma série de críticas e novas propostas de atenção à saúde, as quais partem de uma concepção ampliada do processo saúde-doença e procuram ir além dos aspectos biológicos, buscando compreender e atuar sobre as questões contextuais que determinam o estabelecimento de doenças.

Modelo biomédico

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

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

O desenvolvimento industrial ocorrido naquele século fazia crer que o homem, por meio do conhecimento científico e do aprimoramento tecnológico, poderia atingir o domínio total da natureza. Na mesma linha de raciocínio, acreditava-se que o aprofundamento nos aspectos biológicos das

doenças permitiria erradicá-las e, uma vez ausentes, ter-se-ia a saúde. Ainda sob essa lógica, quanto mais especializado o conhecimento, mais “perfeita” seria a saúde.

Esse pensamento é coerente com a concepção de “saúde como a ausência de doenças”.

As concepções que servem de base para este modelo (concepções racionalista, mecanicista, cartesiana e biológica) foram e continuam sendo muito importantes para o conhecimento das doenças. A biomedicina, como modelo de atenção à saúde, é uma boa proposta? Vamos pensar um pouco nas consequências¹² que esse modelo traz.

Quando o corpo doente é visto analogamente a uma máquina com problemas, o olhar tende a se fixar nas “peças com defeito”. Entretanto, o indivíduo cujo corpo está doente é muito mais complexo do que a soma de suas partes. Esta operação matemática – a soma das partes – não é capaz de incluir toda a gama de sentimentos, sensações, emoções, vontades e medos que fazem parte do indivíduo. Além disso, o conhecimento de biologia humana (anatomia, fisiologia, bioquímica etc.), mesmo sendo fundamental para conhecer o processo da doença, é insuficiente para compreender por que determinadas doenças prevalecem em estratos específicos de uma população. Dessa forma, focando o olhar na doença, inexistente intervenção sobre o contexto social que possibilitou o estabelecimento do problema naquele e em outros indivíduos na mesma situação. Assim, espera-se a doença se instalar ou se agravar para, então, tratá-la indefinidamente (prática conhecida como curativismo), já que a causa primeira do adoecimento permanece ignorada e, por isso, inalterada. Ao desconsiderar os aspectos contextuais que levaram o indivíduo a adoecer, a “culpa” pelo adoecimento recai sobre o próprio indivíduo. A abordagem utilizada neste modelo de atenção, olhando somente para a doença, não vê que o indivíduo portador daquela doença sofre e que o sofrimento requer um olhar holístico, capaz de atuar, integralmente, sobre a situação que se apresenta.

Outra questão que merece reflexão é a supervalorização do conhecimento especializado. Por um lado, essa valoração faz com que um único profissional (o médico) detenha o máximo do poder, enquanto os demais profissionais da saúde somente “orbitam” ao seu redor, empobrecendo a abordagem do problema. Há um reforço da divisão técnica e social do trabalho, fragmentando o processo do cuidado em saúde. Por outro lado, quanto mais especializado o conhecimento, maior será a exigência por um aparato tecnológico de elevado custo financeiro, tornando o cuidado com a saúde (na verdade, com a doença) muito caro. Na impossibilidade de se dispor de um elevado número de especialistas e de recursos tecnológicos, eles passam a ser concentrados

¹² Adaptado de Da Ros (2006).

em poucos locais (geralmente hospitais), gerando grandes filas de espera e dificuldades de acesso para a população. Ao mesmo tempo, o custo financeiro para a manutenção deste modelo significa rendimento para o chamado complexo médico-industrial (hospitais, exames, medicamentos, medicina altamente especializada). É quase desnecessário dizer que os interesses econômicos no campo da saúde pesam, extraordinariamente, na definição das políticas de saúde, já que o setor médico-industrial é capaz de bancar campanhas de candidatos a cargos de representação política, seduzir políticos, condicionar a conduta médica e mobilizar a opinião pública através da propaganda, matérias pagas em revistas e jornais, divulgação de resultados de pesquisas tendenciosas etc. Ao servir aos interesses da expansão capitalista, o pensamento biomédico se tornou hegemônico.¹³

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

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

Dentro deste contexto é importante refletir o que justifica a formação e a prática farmacêutica serem focadas na doença, se os profissionais são “de saúde”.

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

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

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

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

Para todas elas, a resposta é basicamente a mesma: porque ainda prevalece, em nosso meio, o modelo biomédico, também designado de biomedicina, medicina contemporânea,¹⁴ modelo clínico¹⁵ ou modelo flexneriano.¹⁶

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

Mais do que respostas imediatas, é importante que os profissionais realizem, constantemente, essas reflexões na prática cotidiana.

Alternativas ao modelo biomédico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Internacionalmente, a crescente demanda por maior desenvolvimento e progresso social desembocou na Conferência Internacional de Atenção Primária à Saúde, realizada na cidade Alma-Ata (no atual Cazaquistão), em 1978, promovida pela OMS. A alternativa que se apresentava ao modelo biomédico, com maior possibilidade de ser adotada por grande parte dos países, buscava deslocar a centralidade do hospital, na atenção à saúde, para um nível de menor complexidade tecnológica, que fosse capaz de atuar antes da instalação ou do agravamento das doenças e que se caracterizasse pela proximidade com os

indivíduos e as comunidades. No relatório final, a Atenção Primária à Saúde (APS) foi definida como:

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

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

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

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

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

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

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

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

Leitura complementar: Sugere-se a leitura dos seguintes documentos:

- *Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil*, de Eleonor Minho Conill, publicado em *Cadernos de Saúde Pública*, em 2008.
- *A saúde-doença como processo social*, de Asa Cristina Laurell.

A utilização de medicamentos também é influenciada pelas diferentes compreensões do processo saúde-doença. A professora Clair Castilhos cedeu uma entrevista para o Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD sobre o tema.

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

Atividade complementar: A entrevista com a professora Clair Castilhos está disponível no *link*: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1904>>.

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

Hoje, há uma determinada concepção que prevalece e determina a prática, mas outras também podem estar presentes entre os profissionais da saúde, gestores públicos e mesmo entre a população. É preciso entendê-las, reconhecer o que faz com que prevaleçam e compreender a consequência de cada uma delas, se quisermos melhorar as nossas práticas. Caso contrário, a intervenção sobre a realidade será feita “às cegas”.

1.3 Acesso a serviços de saúde e a medicamentos

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

Figura 2 – Serviço de farmácia



Fonte: Arquivo da equipe de autores.

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

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



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

Garantir que medicamentos estejam disponíveis é um esforço que mobiliza muitos recursos e profissionais. Contudo, apesar da complexidade dos processos envolvidos na disponibilização dos medicamentos, essa é apenas uma das faces, talvez a de maior visibilidade, do acesso a medicamentos.

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

Concepções de acesso a serviços de saúde e a medicamentos

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

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

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

Atividade complementar: O Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD preparou um vídeo sobre a questão dos itinerários terapêuticos. O vídeo está disponível no *link*: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1901>>.

Diferentes formas de conceber acesso e acessibilidade

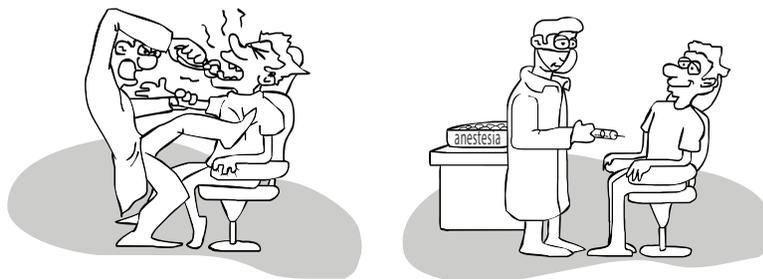
Não existe um conceito único sobre acesso e acessibilidade. As ideias desenvolvidas mudam conforme os autores, as épocas e o contexto em que foram criadas. Para delimitar melhor esses conceitos apresentamos as análises de alguns autores.

Donabedian¹⁹ definiu acessibilidade como a capacidade de ofertar serviços relevantes para as necessidades de dada população, e de facilitar o uso dos serviços pelos usuários. A adequação dos profissionais e dos recursos tecnológicos às necessidades dos usuários é extremamente importante (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

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

¹⁹ O médico e professor Avedis Donabedian nasceu em Beirut (Líbano), em 1919, e ganhou reconhecimento por sua atuação e por seus estudos em saúde pública.

Figura 3 – Características da acessibilidade



Fonte: Elaborado pelos autores.

A partir das ideias de Donabedian, Frenk²⁰ sistematizou o fluxo de eventos entre a necessidade e a obtenção de cuidados necessários (acessibilidade) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A ilustração, a seguir, nos ajuda a entender a concepção de Frenk sobre acessibilidade, como a relação existente entre:

Figura 4 – Fluxo de eventos na acessibilidade



Fonte: Elaborado pelos autores.

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

Figura 5 – Capacidade de utilização dos recursos



Fonte: Adaptado de: <http://2.bp.blogspot.com/_eK9GDgwe20w/TGsfT4C5wdI/AAAAAAAAAPE/A5YigUPiLY/S350/charge-saude-oproximo+2.JPG>.

²⁰ Julio Frenk, médico mexicano, nascido em 1953, foi Ministro da Saúde do México e é professor na Escola de Saúde Pública de Havard.

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

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

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

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

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

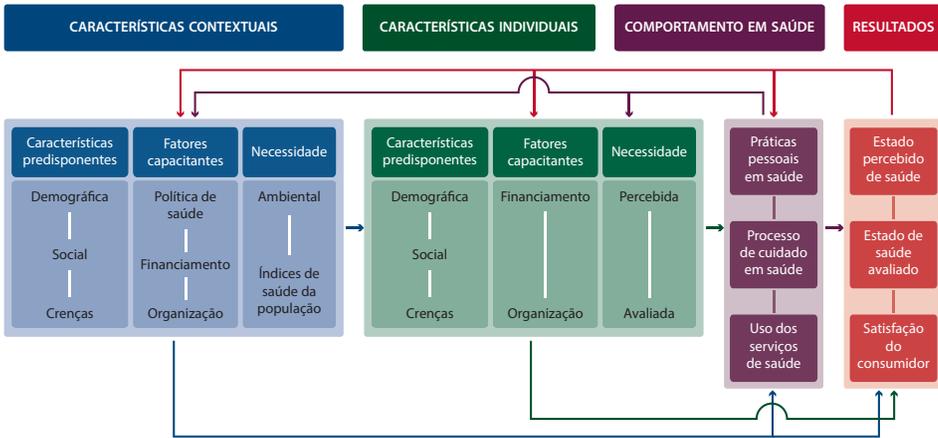
Ronald Andersen, médico estadunidense, propôs, inicialmente, nos anos 1960, um modelo explicativo do uso de serviços de saúde, no qual retratam-se múltiplas influências sobre o uso de serviços e o estado de saúde. O acesso a medicamentos apresenta intrincada relação com a utilização dos serviços de saúde.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

Neste capítulo, esta concepção será adotada para a construção do conceito de acesso a medicamentos definida na seção *Como delimitar o conceito de acesso*.

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

Uma adaptação do modelo de Andersen para explicar o uso de medicamentos foi proposta por Soares (2013). Conforme exposto na figura 6, a seguir.

Figura 6 – Modelo de utilização de serviços de saúde

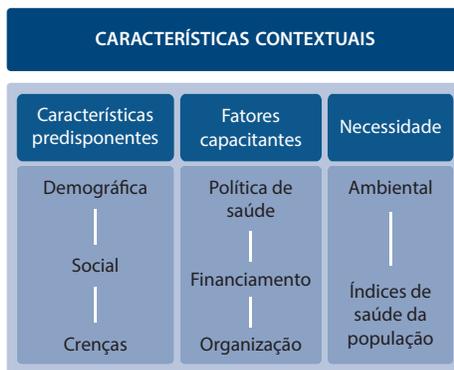


Fonte: Andersen e Davidson (2007), traduzida por Soares (2013).

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

Características contextuais

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



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

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

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

Como esses fatores podem modular o acesso a medicamentos?

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

Tabela 1 – Medicamentos (%) prescritos na consulta

		Homens (n = 260)	Mulheres (n = 506)	Total (n = 766)
Idade (Anos)	16 a 39	55,8	63,1	61,1
	40 a 59	73,3	82,7	79,5
	60 a 88	75,6	86,5	81,9
	p	0,0013	<0,001	<0,001
Área de moradia	Própria UBS	67,9	76,7	73,7
	Outra UBS	74,4	68,3	70,7
	Outra área	66,7	100,0	88,9
	p	0,722	0,143	0,471
Primeira consulta	Sim	62,2	57,9	59,6
	Não	70,0	78,2	75,4
	p	0,343	0,001	0,001
Razão da consulta	Prevenção	34,8	44,9	41,1
	Manutenção	73,2	80,0	77,5
	Doença	79,4	82,8	81,8
	p	<0,001	<0,001	<0,001
Relato de doença crônica	Sim	83,6	90,6	88,2
	Não	55,8	63,2	60,7
	p	<0,001	<0,001	<0,001
Autoavaliação do estado de saúde	Excelente	20,0	38,9	32,1
	Bom	70,2	77,0	74,7
	Regular	69,4	80,0	76,7
	Ruim	100,0	57,1	70,0
	p	0,006	0,001	<0,001

Legenda: UBS – Unidade básica de Saúde

Fonte: Fleith et al. (2008).

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

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

Figura 8 – Características contextuais da organização dos serviços de saúde



Fonte: Elaborado pelos autores.

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

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

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

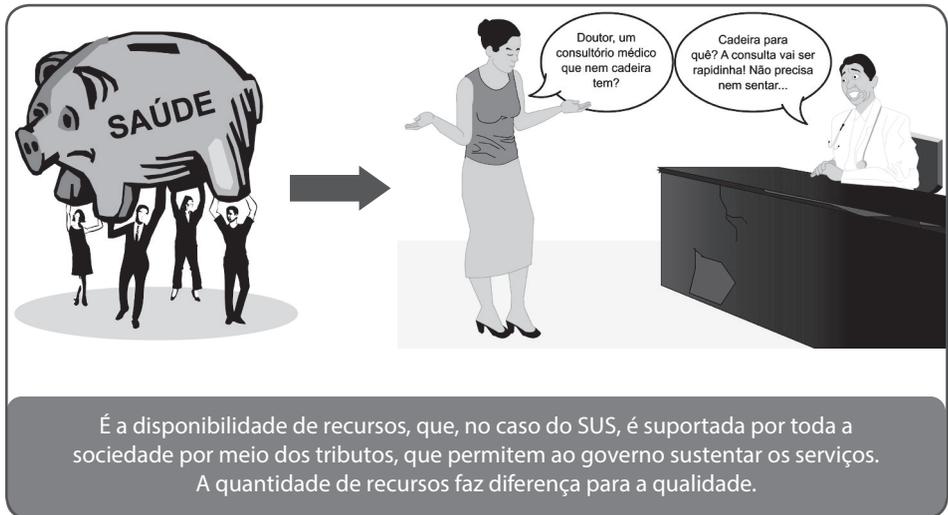
A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) define, em seu artigo 2º, inciso 3º, como estratégico a “qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção”. (BRASIL, 2004).

Essa definição política orientou as diretrizes da assistência farmacêutica, por exemplo, no Pacto de Gestão de 2006 e no decreto que regulamentou a Lei nº 8080/90 em 2011. A definição política definiu a forma de financiamento, com reflexos sobre a organização dos serviços, influenciando as formas de acesso a

medicamentos. A influência política, como um fator capacitante, está envolvida na determinação do comportamento e dos resultados em saúde.

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

Figura 9 – O financiamento e a organização do serviço



Fonte: Elaborado pelos autores.

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

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

Características individuais

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



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

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

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

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

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

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

A Tabela 2 exemplifica mudanças de critério diagnóstico que alteraram a avaliação da necessidade por cuidado de pessoas com diabetes. Perceba, no trecho marcado, que a OMS considerava um determinado nível de “glicemia de jejum” como normal, em 1985, e que, em 1999, o mesmo nível já era classificado como diabetes.

Essas mudanças ocorrem pela evolução dos meios diagnósticos, atualização do conhecimento epidemiológico, alterações de consensos profissionais, ou fatores como crenças, interesses políticos e econômicos.

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

Glicemia em jejum		Glicose 2h (mmol/L)			
		<7,8	7,8-11,0	≥11,1	Total
6,1-6,9	n (%)	44 (4,4)	38 (3,8)	20 (2)	102 (10,3) ADA = GJA
	WHO-1985	Normal	TGD	Diabetes	
	WHO-1999	GJA	GJA + TGD	Diabetes	
7,0-7,7	n (%)	5 (0,5)	11 (1,1)	15 (1,5)	40 (4)
	WHO-1985	Normal	TGD	Diabetes	
	WHO-1999	Diabetes	Diabetes	Diabetes	

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

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

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

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

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

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

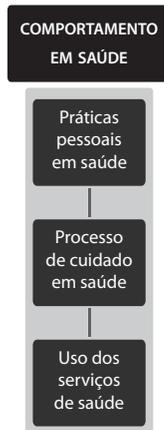
Não devemos considerar que a necessidade em saúde é uma característica da pessoa. A necessidade é um meio para se alcançar um resultado em saúde valioso; e quem define a necessidade está sob múltiplas influências. Podemos dizer que, quando falamos de necessidade, falamos de preferências.

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

O comportamento em saúde

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

Figura 11 – Modelo de utilização de serviços de saúde – comportamento em saúde



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

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

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

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

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

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

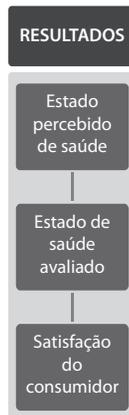
Motivo da procura	Urbana**		Rural**		Total**	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Exames de rotina ou prevenção	29,5	40,8	22,5	36,7	28,4	40,3
Doença	34,8	32,1	44,4	41,3	36,3	33,4
Vacinação	3,4	2,0	5,9	4,3	3,7	2,3

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

Fonte: Pinheiro et al. (2002).

Resultados em saúde

Figura 12 – Modelo de utilização de serviços de saúde – resultados

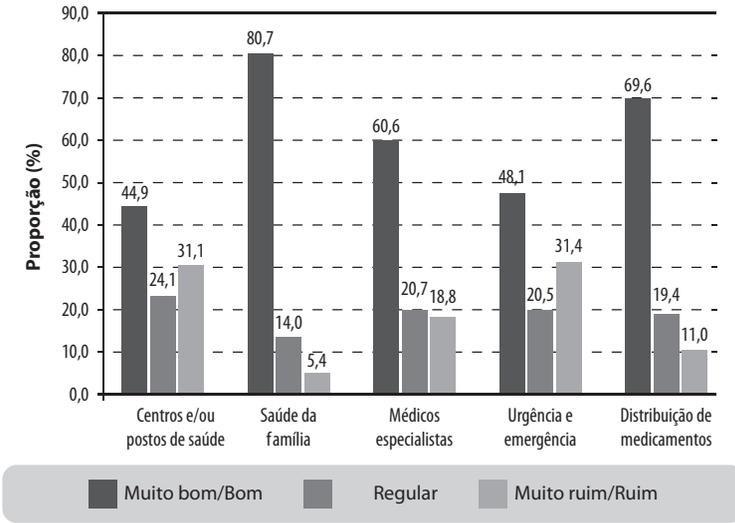


Fonte: Andersen e Davidson (2007), traduzida por Soares (2013).

O estado de saúde percebido do usuário é influenciado por muitos dos fatores que discutimos anteriormente. Já o estado de saúde avaliado decorre do julgamento de um profissional de saúde. Um terceiro desfecho considerado é a satisfação do usuário. Analise o gráfico seguinte, em que se demonstra, na

avaliação da qualidade dos serviços pelos usuários do SUS, que a distribuição de medicamentos ocupa o segundo lugar na satisfação do usuário.

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

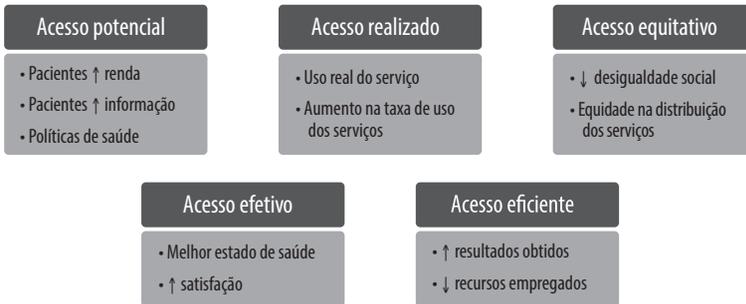


Fonte: Brasil (2011).

Como delimitar o conceito de acesso

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

Figura 13 – Componentes de acesso



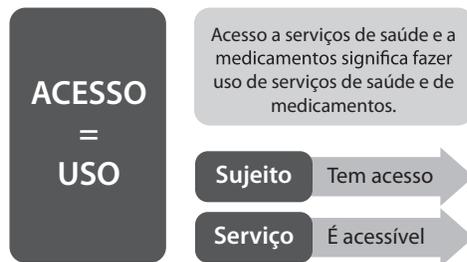
Fonte: Elaborado pelos autores.

Bermudez e colaboradores (1999, p. 13), citados por Oliveira e colaboradores (2002, p. 1432), definem acesso a medicamentos como a

“relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo usuário (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado”.

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

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



Fonte: Elaborado pelos autores.

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

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

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

Falando em gestão

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

Atividade complementar: Antes de terminar, deve-se, ainda, fazer uma diferenciação importante: o uso de medicamentos que foi aqui apontado como sinônimo de acesso a medicamentos não pode ser confundido com o Uso Racional de Medicamentos. Os autores prepararam uma reflexão a respeito, na forma de um vídeo, para o Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD. O vídeo está disponível no *link*: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2849>>.

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

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

“Saúde” é um conceito complexo e varia conforme o tempo, o contexto, os sujeitos e a sociedade, e que nossa compreensão do processo saúde-doença-

cuidado influencia as escolhas que fazemos ao planejar e ofertar atenção à saúde. Neste capítulo, também foi salientada a importância de se conhecer as origens históricas dos conceitos, das práticas e instituições. Princípios enraizados entre os atores e nas instituições são frequentemente “invisíveis”, embora influenciem as definições técnicas e políticas.

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

Referências

- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J. Health Soc. Behaviour*, v. 36, p. 1-10, mar. 1995.
- ANDERSEN, R.; NEWMAN, J. F. Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Quarterly*, v. 83, n. 4, p. 1-28 2005. Reprinted in *The Milbank Quarterly*, v. 83, n. 4, p. 1-28, 2005.
- ANDERSEN, R. M.; DAVIDSON, P. L. Improving access to care in America: individual and contextual indicators. In: ANDERSEN, R. M.; RICE, T. H.; KOMINSKI, G. F. *Changing the U. S. health care system: key issues in health services policy and management*. 3. ed. San Francisco: John Wiley&Sons, 2007.
- BOTAS, P.; DELGADO, E.; CASTAÑO, G. Comparison of the diagnostic criteria for diabetes mellitus, WHO-1985, ADA-1997 and WHO-1999 in the adult population of Asturias (Spain). *Diabetic Medicine*, v. 20, p. 904-908, 2003.
- BRADSHAW, J. A taxonomy of social need. *Problems and progress in medical care: essays on current research*. G. McLachlan. London: Oxford University Press, 1972.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução RDC, nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio de 2004.
- BRASIL. *Sistema de Indicadores de Percepção Social*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Brasília: IPEA. Saúde. 2011.
- CAMARGO JÚNIOR, K. R. *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- DA ROS, M. A. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKY, M. et al. (Org.). *A saúde em debate na educação física*. v. 2. Blumenau: Nova Letra, 2006. p. 47-66.
- EVANS, R. G.; STODDART, G. L. Producing Health, Consuming HealthCare. *Soc. Sci. Med.*, v. 31, n. 12, p. 1347-1363, 1990.

- FELDSTEIN, P. J. The Demand for Medical Care. In: FELDSTEIN, P. J. *Health Care Economics*. New York: Delmar Cengage Learning, 2012.
- FLEITH, V. D.; FIGUEIREDO, M. A.; FIGUEIREDO, K. F. L. R. O.; MOURA, E. C. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 755-762, 2008.
- FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- HEGENBERG, L. Doença. *Um estudo filosófico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- KOOGAN, A.; HOUAISS, A. (Ed.). *Enciclopédia e Dicionário Ilustrado*. Rio de Janeiro: Delta, 1995.
- LALONDE, M. *A new perspective on the health of Canadians: a work document*. Ottawa: Minister of National Health and Welfare, 1974.
- LUZ, M. T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, A. M. (Org.). *Ciências sociais e saúde para o ensino médico*. São Paulo: Hucitec/FAPESP, 2000. p. 181-200.
- LUZ, M. T. Natural, racional, social. In: _____. *Razão médica e racionalidade científica moderna*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.
- OLIVEIRA, M. A. et al. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, v. 18, n. 5, p. 1429-1439, 2002.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. *Relatório da Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde*. Brasília, 1978.
- PENCHANSKY, R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, v. 19, n. 2, fev. 1981.
- PINHEIRO, R. S.; VIACAVA, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 687-707.
- ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. 1. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/HUCITEC, 1994.
- ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: UNESP/HUCITEC, 1999.
- SANTOS, M. S. *Virchow: medicina, ciência e sociedade no seu tempo*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra, 2008. 156 p. Parcialmente disponível em: books.google.com.br/books?id=RM9Jr6Mz5rUC&pg=PA39&lpg=PA39&dq=silésia+febre+tifóide+virchow&source=bl

&ots=3-61jAKc8g&sig=zqDdr7 kI6aCRPRKgMacZIRms9Ws&hl=pt-BR&ei=dR1UTYqQCc7TgQfInZCQCQ&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=1&ved=0CBcQ6AEwAA#v=onepage&q=sil%C3%A9sia%20febr>. Acesso em: 7 fev. 2011.

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

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

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

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

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

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

SAÚDE E CIDADANIA

Rosana Isabel dos Santos
Luciano Soares

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

Em função dessas considerações, este capítulo foi elaborado com o intuito de fornecer subsídios para uma reflexão crítica de nossa prática.

2.1 Saúde como direito e respostas do Estado

O direito à saúde não existe desde sempre, nem tampouco em todas as sociedades. Neste capítulo será apresentado o processo pelo qual esse direito foi conquistado nas sociedades ocidentais. Será apresentado, também, que o reconhecimento da saúde das populações, particularmente as produtivas, é considerado um elemento necessário ao desenvolvimento econômico.

O direito à saúde

O direito à saúde está vinculado à conquista dos direitos do homem e, historicamente, é produto de dois movimentos, eticamente, distintos: por um lado, o reconhecimento, por parte do Estado, da importância estratégica em ter uma população (ou parte dela) saudável; por outro, a defesa da justiça social.

A ideia de que o cuidado com a população poderia ser uma estratégia para o fortalecimento do Estado surgiu durante o mercantilismo.¹ Sobre isso, Rosen (1994, p. 92) escreveu que, se “o bem-estar da sociedade [é] idêntico ao bem-estar do Estado”, para aumentar o poder e a riqueza nacionais, “fazia-se necessária uma população grande”, cujas necessidades materiais deveriam ser satisfeitas, de tal forma a possibilitar a sua utilização “segundo os interesses da política pública”. Iniciaram-se, assim, por volta do século XV, algumas poucas ações do Estado em relação à saúde da população.

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

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

Inicialmente, não eram direitos universais: somente homens que possuíssem determinada renda é que estavam contemplados; mulheres e pobres não. Essa foi uma das principais razões para os trabalhadores, que sofriam com as péssimas condições de trabalho,² se organizarem, a partir do século XIX,

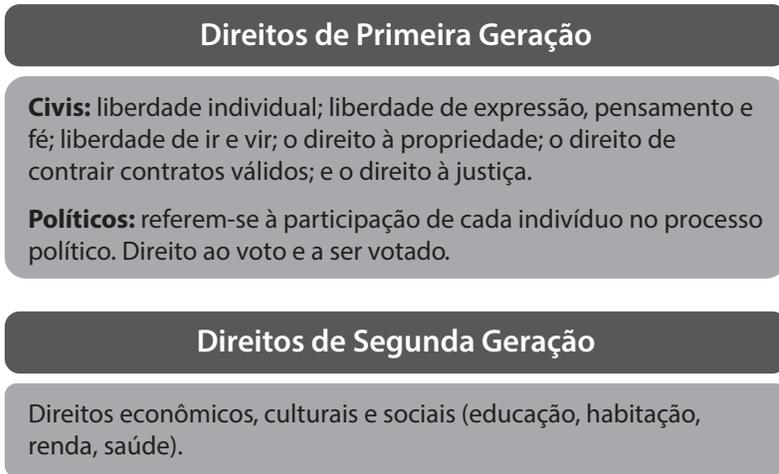
¹ Chama-se mercantilismo o conjunto de práticas econômicas estabelecidas na Europa durante o período no qual o regime feudal foi suplantado por uma nova forma de organização política, os Estados Nacionais, a partir do século XIV. Essa organização se caracterizou pelo fortalecimento do poder central,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

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

para reivindicar o direito ao voto masculino e, posteriormente, à participação política, por meio da formação de partidos operários.

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

Figura 1 – Direitos de primeira e segunda geração



Fonte: Elaborado pelos autores.

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

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

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

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

Leitura complementar: Para aprofundamento do assunto, sugere-se a leitura do *Manual de direito sanitário*, com enfoque na vigilância em saúde, publicado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Vigilância em Saúde.

Políticas sociais

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

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

Adota-se, aqui, a seguinte definição de políticas públicas:

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

Essa definição é apresentada pelo professor Di Giovanni, sociólogo e docente do Instituto de Economia da Unicamp, no *blog* “Gera Di Giovanni. Sociologia, Crítica social, Comentários e Reflexões” (DI GIOVANNI, 2008).

Leitura complementar: Sugere-se a leitura do texto *Políticas públicas e política social*, publicado no *blog* “Gera Di Giovanni. Sociologia, Crítica Social, Comentários e Reflexões”.

Dentre as políticas públicas, há aquelas cujo objetivo volta-se para o campo da proteção social. Nesse caso, são chamadas de **políticas sociais**. É importante

observar que, na prática, embora as políticas possam ser classificadas em função do seu campo de decisões (economia, educação, saúde, meio ambiente etc.), precisamos compreendê-las em função de seus objetivos. Assim, é possível que uma política econômica produza efeitos sociais e vice-versa. Por exemplo, políticas econômicas que impactem sobre o custo de vida refletem, diretamente, sobre questões sociais, já políticas sociais que produzam transferência de renda ampliam a capacidade de compra de grandes segmentos da população, estimulando a economia.

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

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

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

Modelos de proteção social

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

No nosso caso, em que o Estado tem essa responsabilidade, o sistema de proteção social se efetiva através de instituições especializadas. A origem está em formas de proteção caritativa aos pobres, não necessariamente executadas pelo Estado. As feições atuais foram modeladas pelos conflitos sociais ocorridos, a partir de meados do século XIX. No século XX, foi se consolidando a ideia de que o Estado deve garantir um conjunto de bens e serviços, dentre os quais a educação e a proteção social (assistência médica, auxílio desemprego etc.), a

todo indivíduo, do nascimento à morte. A ação do Estado pode ocorrer de forma direta, por meio de serviços governamentais, ou indiretamente, mediante a regulamentação estatal sobre o setor.

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



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



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

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

Analisando essas possibilidades, Fleury (1997) identifica três modelos de proteção social – a assistência social, o seguro social e a seguridade social – cada qual resultante de uma concepção de Estado e, conseqüentemente, de uma diferente interpretação dos direitos sociais, apresentados no Quadro 1.

Embora assim classificados para fins de estudo e análise, em uma mesma sociedade, podemos ter uma combinação dos vários modelos, mesmo que um deles predomine. Nesse sentido, tomando o Brasil como exemplo, temos, em nossa Constituição, a garantia da “seguridade social” (universalidade), em relação à saúde. Entretanto, muitas políticas sociais, inclusive para a saúde, ainda são estabelecidas com base na concepção da “assistência social” (“pacotes mínimos” aos mais necessitados). Ao mesmo tempo, a modalidade “seguro social” é a que prevalece para as aposentadorias.

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

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

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

Fonte: Fleury (1997).

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

Vimos, no capítulo anterior, que o modelo biomédico focaliza os aspectos biológicos da doença. Por isso, as respostas que oferece tendem a ser pontuais e de caráter curativo. As necessidades sociais, compreendidas sob esta lógica, podem ser satisfeitas pelo Estado com programas também pontuais e voltados apenas ao aspecto curativo. Por conta disso, costumam ser fragmentadas. Por sua vez, programas pontuais e para grupos populacionais restritos podem ser mantidos por modelos de proteção dos tipos “assistência” e “seguro”, cuja manutenção costuma ser justificada por critérios econômicos: se não há recursos suficientes para todos, então a ação se restringe aos grupos mais vulneráveis (assistência social) ou beneficiam-se somente aqueles que contribuem para os serviços (seguro social). Um modelo de proteção como o da seguridade social, sendo

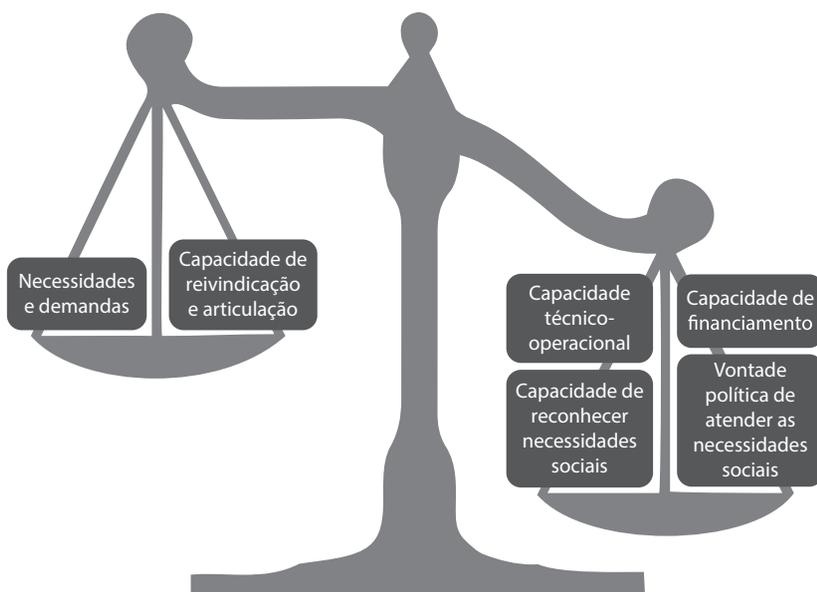
universal, exigirá, em relação aos serviços e produtos de saúde, disponibilidade para toda a população, solução considerada, com frequência, como cara demais para o Estado suportar.

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

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

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

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



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

A demanda por medicamentos pode ser muito inflada em função da simbologia associada a esses produtos e da pressão mercadológica da indústria farmacêutica. Além disso, o modelo de atenção à saúde também poderá contribuir. Por exemplo, o modelo biomédico, ao sobrevalorizar as ações curativas frente às demais, se apoia, muito fortemente, na medicalização³ e medicamentação⁴ da saúde e da própria vida.

Essa forma de tratar os problemas implica um elevado e sempre crescente consumo de medicamentos. Se as políticas públicas tiverem que atender às novas e crescentes demandas por medicamentos, haverá impacto sobre os mecanismos de financiamento do sistema de proteção social. Funciona como uma bola de neve que vai aumentando de tamanho, à medida que percorre o seu caminho. Esse modelo, além disso, vai se adequando às pressões mercadológicas das empresas farmacêuticas, pela ampliação constante de seu mercado consumidor. Lembre-se de que demanda não é sinônimo da necessidade avaliada por meio da racionalidade adotada pelo sistema de saúde.

Então, cabe perguntar, quem é o maior beneficiado com um modelo desse tipo? A sociedade ou o mercado? Considerando a saúde sob um olhar de maior complexidade, precisamos sempre avaliar, criticamente, em qual medida o medicamento é uma necessidade e participará como resposta aos problemas apresentados pela população, evitando que seu uso apenas “mascare” uma situação social precária, a qual exige outras medidas para a sua solução.

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

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

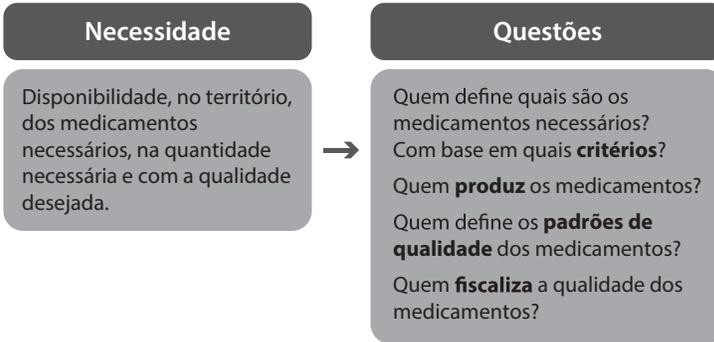
As políticas públicas/sociais, voltadas para o acesso a medicamentos, devem dar conta de um intrincado “quebra-cabeça” que conjuga “peças” de, pelo menos, três ordens: do medicamento propriamente dito, dos serviços e do financiamento.

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

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

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

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



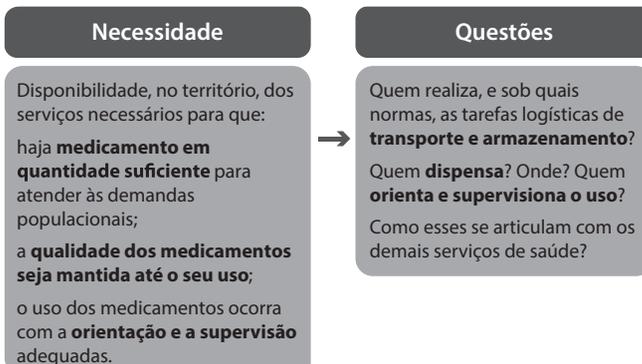
Fonte: Elaborado pelos autores.

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

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

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

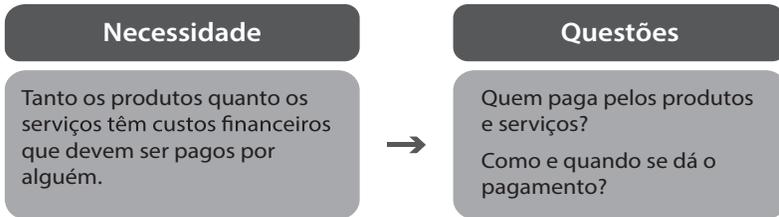
Quadro 3 – Questões referentes aos serviços que devem ser respondidas pelas políticas públicas/sociais voltadas ao acesso



Fonte: Elaborado pelos autores.

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

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



Fonte: Elaborado pelos autores.

Respostas do Estado

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

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

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

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

Até muito recentemente, as políticas de fomento para o setor saúde (ensino, pesquisa e desenvolvimento industrial) ocorriam, respectivamente, nos Ministérios da Educação (MEC), Ciência e Tecnologia (MCT) e do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior (MDIC), sem a participação do Ministério da Saúde (MS). Foi somente entre 2003 e 2006 que se iniciaram as parcerias entre o Ministério da Saúde e os demais.

Como resultado, temos agora o financiamento para projetos de ensino/formação como por exemplo PRÓ-SAÚDE e PET-SAÚDE e pesquisa (diversos editais), diretamente voltados para as necessidades do SUS; bem como temos a participação do Ministério da Saúde nas definições de fomento para a indústria da saúde.

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

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

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



Fonte: Elaborado pelos autores.

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

Farmanguinhos tem, também, uma função estratégica na regulação dos preços de alguns medicamentos, como na produção de genéricos contra a Aids. Com isso, o governo conseguiu reduzir o custo do tratamento, podendo

ampliar o número de usuários atendidos e se manter como exemplo mundial no tratamento contra o HIV.

Como exemplo de Estado executor de serviços de saúde, temos o Sistema Único de Saúde (SUS).

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

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

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

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

A regulação do setor da saúde suplementar⁵ é realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada no ano de 2000.

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

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

Concluindo, o Estado pode atuar de várias maneiras para o acesso a medicamentos, em decorrência da concepção política predominante na sociedade.

⁵ A saúde suplementar é constituída pelas operadoras de saúde (administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, entidades que se responsabilizam pela assistência à saúde de grupos específicos, como trabalhadores de uma empresa, entidades filantrópicas, medicina de grupo e odontologia de grupo).

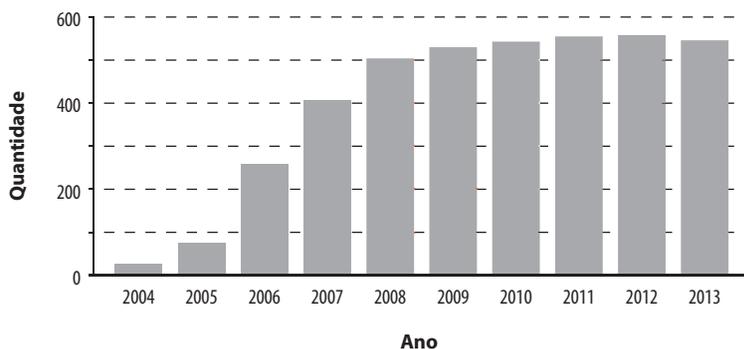
⁶ Motivado pela falta de qualidade no acesso a serviços de saúde, o Ministério da Saúde desenvolveu um aplicativo, entre os anos de 1999 a 2000, denominado “Sistema de Regulação (SISREG)”, que é um *software* para o gerenciamento de todo o Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar. Posteriormente, foi elaborada e aprovada, em 2008, a Política Nacional de Regulação.

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

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

No caso do copagamento, o Governo Federal paga uma parte do valor dos medicamentos e o cidadão paga o restante.

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



Fonte: Elaborado pelos autores.

⁷ O Governo Federal subsidia o Programa FPB, repassando, mensalmente, à entidade conveniente recursos financeiros para custeio e manutenção, e realizando, por meio da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), a coordenação para a estruturação das unidades, a aquisição dos medicamentos, o abastecimento das unidades e a capacitação dos profissionais.

2.2 Políticas de saúde no Brasil

Um olhar histórico

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

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

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

Quadro 6 – Resumo histórico dos fatos que antecederam a conquista do SUS – do Império à República Velha

Contexto/Problemas	Objetivo/Propósitos	Estratégias	Desempenho/Efeitos
Nasce a república no final do Séc. XIX, e o Brasil chega ao Séc. XX como um país agrário. Epidemias ameaçavam a política agroexportadora. Início da urbanização e industrialização. A questão social é tratada como caso de polícia.	Melhorar condições sanitárias para erradicar ou controlar doenças e garantir a circulação de mercadorias nas estradas e nos portos.	Programa de saneamento do Rio de Janeiro. Combate à febre amarela em São Paulo. Vacinação obrigatória antivariola.	Revolta da vacina. Erradicação da febre amarela no Rio de Janeiro. Hegemonia do modelo campanhista até os anos 1960. Fabricação de produtos profiláticos para uso em massas. Lei Eloi Chaves e as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs).

Fonte: Elaborado pelos autores.

⁸ Os fatos e suas relações constituem um quadro complexo. Para aprofundar, sugere-se o livro Políticas e Sistema de Saúde no Brasil, de Giovanella e colaboradores (2013) e o filme “Políticas de Saúde no Brasil: Um século de luta pelo direito à saúde”.

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

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

Quadro 7 – Resumo histórico dos fatos que antecederam a conquista do SUS (1930 a 1945)

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

Fonte: Elaborado pelos autores.

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

Quadro 8 – Resumo histórico dos fatos que antecederam a conquista do SUS – Anos 1950 a 1960

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

Fonte: Elaborado pelos autores.

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

Quadro 9 – Resumo histórico dos fatos que antecederam a conquista do SUS – Anos 1960 a 1980.

Contexto/Problemas	Objetivo/Propósitos	Estratégias	Desempenho/Efeitos
<p>Golpe militar de 64. Modernização da estrutura produtiva nacional e forte elevação do Produto Interno Bruto (PIB) entre 1968 e 1974. Desenvolvimento nacional excludente, com redução no poder de compra do salário mínimo. Concentração de renda e empobrecimento da população. Crescimento da mortalidade e morbidade. Censura à imprensa. Forte discurso de racionalidade, eficácia e saneamento financeiro. Crise financeira mundial. Movimento da Reforma Sanitária.</p>	<p>Oferecer assistência médica individual.</p>	<p>Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Ampliação da cobertura previdenciária para trabalhadores rurais. Ampliação da assistência médica especializada individual. Contratação, pelo INPS, de serviços privados, com o desenvolvimento de política de convênios. Construção de clínicas e hospitais privados, financiada pela Previdência Social. Retirada da disciplina Química Farmacêutica dos currículos de graduação em Farmácia. Regulamentação das farmácias como comércio de medicamentos. Criação da Central de Medicamentos (CEME).</p>	<p>Redução de verbas destinadas ao Ministério da Saúde (chegou a menos de 1% dos recursos da União). Política de desenvolvimento do complexo médico-industrial. Indústria farmacêutica multinacional com a presença do farmacêutico brasileiro restrita à produção e controle da qualidade de medicamentos. Hegemonia de um sistema de atenção médica de massa. Proliferação do comércio farmacêutico. Surgimento e crescimento de um setor empresarial de serviços médicos. Ensino médico voltado às especialidades e à sofisticação tecnológica. Crise financeira do INPS ao final da década de 1970, com aumento dos gastos e das demandas.</p>

Fonte: Elaborado pelos autores.

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

Quadro 10 – Resumo histórico dos fatos que antecederam a conquista do SUS – A Nova República

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

Fonte: Elaborado pelos autores.

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

2.3 A Assistência Farmacêutica e o Sistema Único de Saúde

Para cada termo-chave ou conceito que empregamos, há sempre mais de uma interpretação, e que cada interpretação é fruto de um contexto (histórico, político ou cultural) distinto ou de uma corrente de pensamento, com a qual é possível associar uma determinada forma de conceber, interpretar e atuar no mundo e nas relações nele existentes. Vimos isso em relação aos conceitos de saúde, atenção à saúde, modelos de atenção à saúde, Atenção Primária à Saúde (APS) etc. O mesmo é válido para os termos “gestão”, “política” e tantos outros. Veremos, agora, que “assistência farmacêutica” é um termo que foi, e ainda é, empregado para diferentes finalidades.

Assistência Farmacêutica

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

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

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

Exemplo 1: Justiça determina que sejam fornecidos medicamentos aos portadores de [...], justificando que a *assistência farmacêutica* gratuita, prestada pelo Poder Público é direito à saúde e não pode estar condicionada a conveniências administrativas ou à burocracia do Estado.

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

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

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

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

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

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

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

Exemplo 2: Secretário de Saúde diz que serão investidos cinco milhões de reais em **assistência farmacêutica** e afirma que esse dinheiro será suficiente para manter o **abastecimento de medicamentos** na rede pública.

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

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

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

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

Exemplo 3:

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

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

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

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

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

Exemplo 4: Projeto para a implantação da assistência farmacêutica no município [...] prevê serviços que garantam a qualidade dos medicamentos, os quais deverão ser dispensados conforme as necessidades dos usuários, nas doses prescritas, nas quantidades suficientes ao tratamento e acompanhados das informações mínimas para que o seu uso seja correto.

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

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

Exemplo 5: Nas farmácias da Rede [...] você conta com os melhores preços, além de farmacêuticos preparados para lhe prestar assistência farmacêutica. Venha às farmácias da Rede [...] e confira você mesmo a atenção farmacêutica.

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

Até o início do século XX, a expressão **assistência farmacêutica**, de forma equivalente à assistência médica, foi empregada para designar o **serviço do profissional farmacêutico junto à população**. Entretanto, a partir das décadas de 1920/1930, quando da introdução dos medicamentos industrializados no mercado brasileiro, a profissão farmacêutica ingressou em um longo período de desvalorização, e o trabalho do farmacêutico foi se distanciando do cuidado

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

à saúde. Com isso, o termo “assistência farmacêutica” foi sendo esvaziado de seu sentido anterior. Até a década de 1980,¹¹ portanto antes da criação do SUS, o termo assistência farmacêutica esteve associado ao **fornecimento governamental de medicamentos**, como no Exemplo 1, com o detalhe de ser restrito à população carente. Por analogia à expressão “Atenção Primária à Saúde Seletiva” (APS resumida a programas pontuais para grupos populacionais economicamente desfavorecidos), poderíamos dizer que se tratava de uma Assistência Farmacêutica Seletiva.

Com a afirmação do direito universal à saúde, na Constituição de 1988; o reconhecimento do papel dos medicamentos na atenção à saúde; e o impacto disto sobre os gastos com saúde; e o movimento de profissionais farmacêuticos, no sentido de fortalecer o seu trabalho dentro das equipes de saúde, a Assistência Farmacêutica vem ganhando uma significação mais ampla, contemplando aspectos apresentados nos Exemplos 3 e 4, ou seja, as atividades logísticas e os demais serviços voltados à garantia de acesso a medicamentos de qualidade, bem como ao uso racional.

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

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

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

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

¹² A Farmácia Clínica resultou de um movimento da década de 1960, promovido por farmacêuticos norte-americanos, no contexto hospitalar. Buscava colocar este profissional como elemento de ligação entre o médico (e o diagnóstico), os resultados laboratoriais e o usuário, particularmente no que diz respeito à informação sobre a medicação. Estabelecendo metas, conjuntamente com o usuário e com o médico, o farmacêutico atuaria monitorando as respostas do paciente à terapia farmacológica.

¹³ A expressão, literalmente usada, foi “farmácia comunitária” (*community pharmacy*). Consideramos, entretanto, essa expressão inadequada para a realidade brasileira, na qual os estabelecimentos farmacêuticos são mais bem caracterizados como “comerciais”.

com um dos grandes objetivos da assistência farmacêutica – o uso racional dos medicamentos – encontra-se inserida nesta, como um de seus elementos.

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

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

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

todo o **conjunto de ações**, em todos os níveis de governo, para o **atendimento das demandas pessoais e das exigências ambientais**, compreendendo três grandes campos: 1) da assistência; 2) das intervenções ambientais, no seu sentido mais amplo; e 3. das políticas externas no setor saúde. (NOB/96, grifo nosso).¹⁵

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

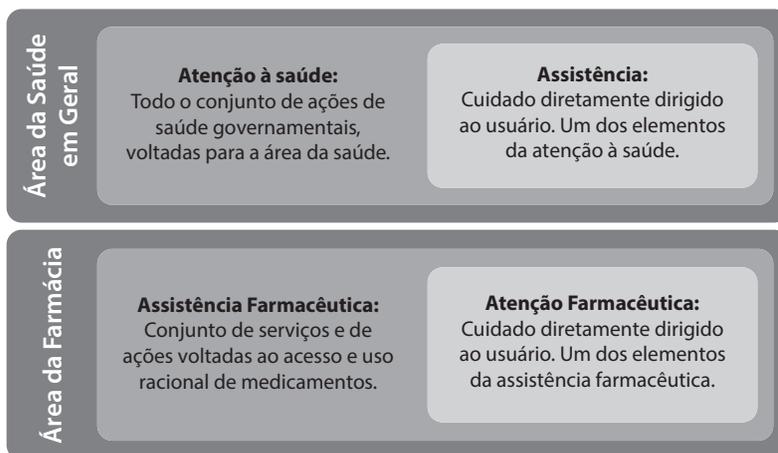
Já, assistência, na área da saúde, geralmente se refere ao cuidado direto com um indivíduo, enquanto que assistência farmacêutica é um conjunto de ações que visam o acesso e o uso racional de medicamentos.

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

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

No Quadro 11, procuramos resumir essa discussão.

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



Fonte: Elaborado pelos autores.

Exemplo 6: A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) apresenta a seguinte descrição para Assistência Farmacêutica:

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

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

Observe que o enunciado contido na PNAF é claro ao afirmar que o objetivo do “conjunto de ações” relacionadas ao medicamento é “o acesso e o seu uso racional”. Isso significa que a centralidade de toda a assistência farmacêutica está no usuário que dela necessitar e, portanto, as ações logísticas não são um fim em si e só se justificam quando atendem a esse objetivo. Pode parecer um detalhe óbvio, mas não é. Aqueles que estão envolvidos com as ações logísticas sabem o quanto de trabalho e investimento (financeiro e humano) elas demandam para

ocorrerem dentro de certa normalidade. Suas exigências e dificuldades podem obscurecer a finalidade maior a que se destinam, consumindo totalmente a capacidade de trabalho farmacêutico e fazendo parecer que este é sinônimo e está limitado à logística dos medicamentos. Por isso, o salto do trabalho logístico para o trabalho voltado ao usuário é gigantesco, até porque este último não exclui o primeiro; ao contrário: é preciso ter uma logística de muito boa qualidade operando conjuntamente.

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

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

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

Leitura complementar: Para o aprofundamento do tema, sugere-se a leitura da tese de Rosana Isabel dos Santos,¹⁶ denominada *Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro*.

Sistema Único de Saúde – SUS

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

¹⁶ SANTOS, R. I. *Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro*. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2011.

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

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

Falando em gestão

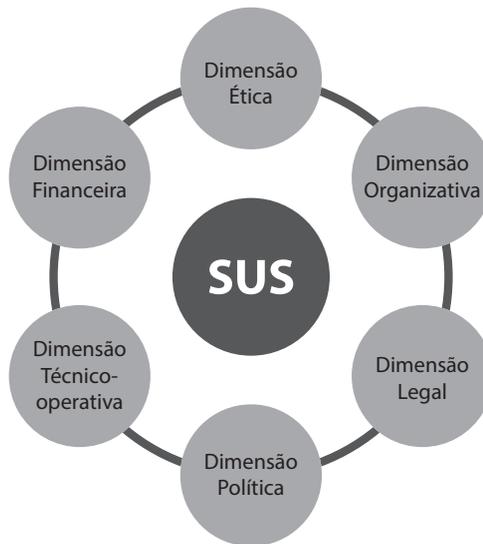
Esse processo de ocupação de espaço político e técnico é uma evidência clara sobre a importância de uma condução centrada em Imagem-Objetivo. Ou seja, persegue uma direção. Os farmacêuticos, inseridos em cada uma das instâncias de governo, nos órgãos de representação da classe, bem como outros profissionais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

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

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

- A dimensão ética compreende os princípios que regem o SUS.
- A dimensão organizacional compreende as diretrizes gerais, postuladas como forma para a operacionalização do SUS.
- A dimensão legal abrange a legislação e a regulamentação pertinentes.
- A dimensão política agrupa os atores e as instâncias com poder decisório e de negociação.
- A dimensão técnico-operativa trata dos serviços assistenciais, bem como dos fluxos, instrumentos e das instâncias de gestão, planejamento e controle (monitoramento, avaliação e fiscalização) institucional e social.
- A dimensão financeira refere-se à organização do financiamento.

Figura 3 – Dimensões da organização e gestão do SUS



Fonte: Elaborado pelos autores.

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

Atenção: esse recorte tem apenas fins didáticos, objetivando facilitar a exposição do assunto. Por isso, as dimensões não devem ser consideradas herméticas e incomunicáveis. Ao contrário, grande parte dos elementos apresentados em cada uma das dimensões participa, também, de outras

dimensões. Além disso, como funcionam em rede, comunicam-se o tempo todo com os demais, influenciando-se mutuamente.

Dimensão Ética – Os princípios do SUS

Os princípios éticos do SUS, de tão importantes, encontram-se expressos na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde. A importância que lhes é atribuída advém do fato de que o SUS não pode ser visto somente como uma grande rede de serviços de saúde. Veja o que Pontes (2009, p. 46) diz a respeito: “O atual sistema de saúde possui uma ideologia relacionada à inclusão social, com vistas à diminuição das desigualdades que permeiam a sociedade brasileira”.

Ou seja, o SUS tem a ambição de contribuir para a formação de uma sociedade mais justa (além de mais saudável). Para tal, está concebido como um sistema universal, equânime e integral.¹⁷

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

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

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

Para concretizar os princípios éticos do SUS, foram idealizados os princípios organizativos (ou diretrizes) que, embora gerais, conferem uma

¹⁷ O significado prático dos princípios do SUS é que ele deve atender a todos (universalidade), investindo mais onde a carência é maior (equidade) e de forma a ofertar um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos, curativos e coletivos, exigidos em cada caso para todos os níveis de complexidade de assistência (integralidade).

determinada conformação ao sistema, tendo em vista sua operacionalização. Por isso, incidem, diretamente, sobre a organização das ações e dos serviços abordados na dimensão técnico-operativa. São eles:

Hierarquização

A proposta inovadora do Informe Dawson, documento de 1920, foi a organização dos serviços de saúde em níveis de atenção:

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

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

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

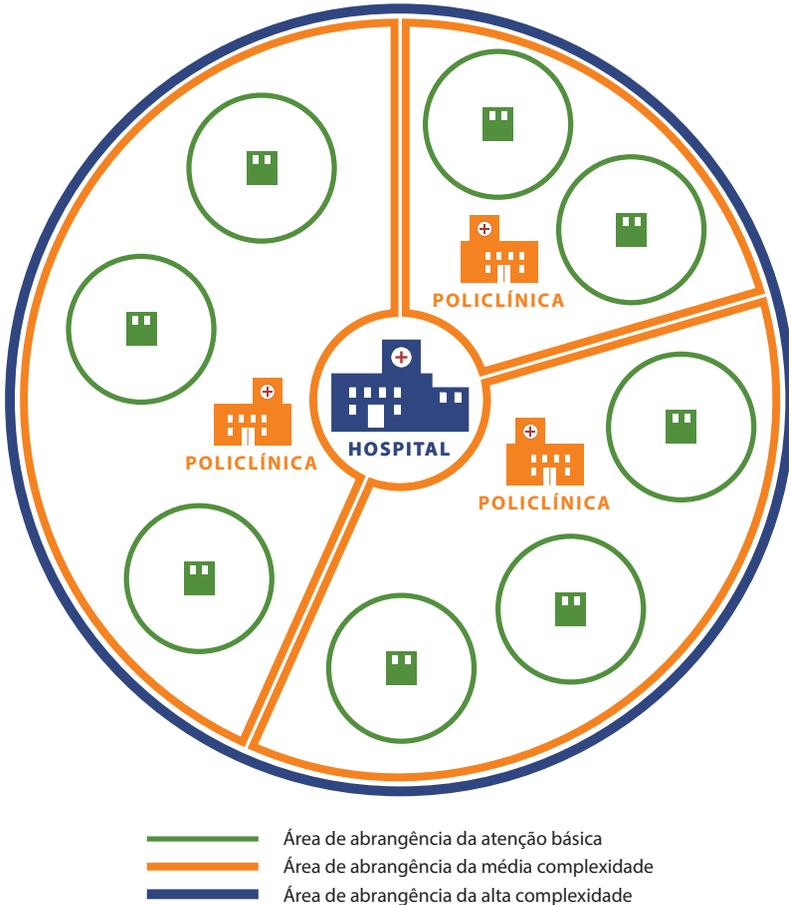
A hierarquização busca, entre outros objetivos, a economia de escala e, com isso, maiores possibilidades de garantir o cumprimento dos princípios éticos.

Regionalização

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

as áreas de cor laranja indicam as referências da média complexidade e a azul a alta complexidade.

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



Fonte: Elaborado pelos autores.

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

Descentralização e comando único

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

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

Participação popular

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

Dimensão Legal – Legislação e regulamentação do SUS

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

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

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

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

De toda a legislação para o SUS, chamamos a atenção para o documento designado Pacto pela Saúde, instituído pela Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006 e regulamentado pela Portaria GM nº 699, de 30 de março de 2006, por estabelecer reformas institucionais que afetam a gestão, a responsabilização dos gestores e as formas de financiamento.

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

- Lei Orgânica da Saúde – Lei nº 8.080/1990, regulamentada pelo Decreto nº 7.508/2011 e alterada pela Lei nº 12.401/2011 (BRASIL, 1990; BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011b).
- Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998a).
- Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004).
- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2013a).
- Normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (BRASIL, 2013b).
- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename (BRASIL, 2012).

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

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

Dimensão Política – A divisão do poder no SUS

O poder está distribuído entre os gestores, os trabalhadores da saúde e os usuários; e é exercido em espaços democráticos e institucionalizados, de caráter deliberativo e avaliativo, nas três esferas de governo (federal, estadual

e municipal). Esta é uma das características mais peculiares e extraordinárias do SUS: a institucionalização de canais que possibilitam a todos ou a parte dos atores se manifestarem e decidirem os rumos do SUS.

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

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

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

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

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

Você sabe quem são os representantes do seu estado no Conasems? E o atual presidente do Cosems do seu estado? Procure na internet informações sobre as atividades que o Cosems do seu estado está desenvolvendo.

A institucionalização desses espaços possibilita a intervenção popular sobre a gestão (desde que haja suficiente organização e participação, é óbvio). Assim, mesmo quando o gestor atua com certa independência, suas decisões são fruto da interação entre a percepção do governo e os interesses da sociedade, e algumas de suas definições devem ser referendadas por instâncias que incluam a participação de outros atores. Como exemplo, têm-se os Planos de Saúde,¹⁸

¹⁸ “É o instrumento que, a partir de uma análise situacional, apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, os quais devem ser expressos em objetivos, diretrizes e metas” (BRASIL, 2009).

cuja elaboração é de responsabilidade do gestor, mas cuja aprovação depende dos Conselhos de Saúde.

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

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

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

Falando em gestão

“A reforma sanitária é um projeto civilizatório”, assim definiu Sérgio Arouca a intrínseca relação entre a construção da cidadania e o modelo de atenção à saúde, defendido por ele, e o movimento da reforma sanitária.

Assim se constituiu o SUS: desde a sua mais inicial concepção, o sistema de saúde almejado fazia parte de um grande movimento de redemocratização do país. E, desde sempre, até hoje, é espaço e motivação de luta, de enfrentamento, de defesa de um modelo de sociedade mais justa e participativa. O que marca a trajetória do SUS, então? A luta pela democracia, uma luta de “gente”, de pessoas, da sociedade, de cidadãos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Mesmo tendo sua importância considerada e havendo, atualmente, grande empenho do setor público em sua consolidação, há, ainda, um longo caminho a ser percorrido pela sociedade para se obter um nível de transparência adequado.

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

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

Tentemos, agora, pensar, de forma mais avançada, na relação entre a gestão do sistema de saúde e a sociedade. Pensemos nessa relação como forma de parceria. Se o objetivo da gestão e da sociedade (pensando mais especificamente na população usuária direta dos serviços ofertados ou que necessita desses serviços) é o mesmo – saúde universal, integral e de qualidade –, deve haver sempre uma forma de construir parcerias e fortalecer a busca desse objetivo comum. Dar publicidade ampla e irrestrita aos dados dos serviços, expor os bons resultados, mostrar o SUS que dá certo, divulgar as pequenas e grandes vitórias na direção da consolidação do SUS e dos direitos do cidadão respalda as ações do setor, contrapõe a propaganda negativa que o SUS sempre sofre e motiva a defesa do sistema pela população, que pode perceber como o sistema tem avançado. Por outro lado, dar publicidade aos pontos fracos do sistema, aos “gargalos”, aos problemas, não é necessariamente ruim, pois a opinião popular, a mobilização em defesa do SUS é despertada sempre que há um enfrentamento a ser feito. E esse movimento pode ser a força motriz necessária para que a gestão da assistência farmacêutica avance na derrubada das barreiras. Ou seja, precisamos encontrar a forma de ter, na sociedade, uma força aliada em defesa da consolidação do SUS. E isso só é possível se as pessoas conhecerem, tiverem informações que lhes dê condições de opinar e defender uma posição. O sistema de saúde brasileiro tem avançado com relação à descentralização de poder, bem como quanto à democratização das políticas públicas, reconhecendo o município como um espaço autônomo da federação, e transferindo, para esse espaço, novas responsabilidades e recursos, capazes de fortalecer o controle social e a participação da sociedade civil nas decisões políticas, como ressaltam Assis e Villa (2003). O controle

social organizado e atuante, no país, hoje, é demonstração desse avanço, mesmo que muito ainda precise avançar nesse campo. Os Conselhos de Saúde locais (municipais, estaduais e nacional) têm conquistado espaços e legitimidade. As conferências de saúde e as conferências temáticas são expressões vivas dessa democracia participativa. A I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, ocorrida em 2003, marcou, decisivamente, os rumos da estruturação da assistência farmacêutica como direito do brasileiro e como parte importante do sistema de saúde. Seus resultados são uma importante referência para nosso campo de atuação e devem ser sempre revisitados. Para garantir a legitimidade do controle social, é necessário que se defendam algumas condições essenciais, como a autonomia de seu funcionamento, sua organização, a visibilidade de suas ações, a articulação com a sociedade e as instituições, e a permeabilidade, ou seja, o estabelecimento de canais de recepção das demandas sociais, na identificação das demandas locais e das necessidades de saúde emergentes, que deverão ser estabelecidas nas pautas de discussões dos Conselhos para serem negociadas e operadas por parte do órgão executor – a Secretaria de Saúde (BRASIL, 1998b). A importância de que a informação chegue ao controle social é clara! Então, o que fazer para trazer o controle social para a defesa da assistência farmacêutica? Provê-lo de informação é, com certeza, primordial. A disponibilização de informação para o controle social tem sua faceta de obrigatoriedade, pela necessidade de aprovação dos planos, das contas e dos relatórios de gestão, que incluem os de assistência farmacêutica, mas pode, e deve, ter uma abrangência e finalidade mais amplas. A apresentação dos planos e das contas é, muitas vezes, tratada como mera formalidade, sem qualquer intenção de se constituir, realmente, uma oportunidade de levar informação para os representantes da sociedade civil, de outros profissionais e gestores, de ouvir as demandas, explicitar as motivações para as decisões tomadas, discutir os rumos do setor e, nesse movimento, de conquistar apoio. É estratégico, para a gestão da assistência farmacêutica, manter um relacionamento o mais próximo possível dos Conselhos de Saúde, assim como é estratégico participar, ativamente, das conferências de saúde, em todas as suas etapas, e das conferências temáticas. Muito além de levar para essas instâncias apenas as prestações de contas e os planos para aprovação, ou atender aos chamados específicos dos Conselhos, os farmacêuticos precisam estabelecer a rotina de participação ativa e contínua junto ao controle social, colocando a assistência farmacêutica na pauta desses espaços. Dessa forma, os Conselhos são parte do próprio processo de gestão e são parceiros

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

Atividade complementar: Para saber mais sobre o controle social, acesse o vídeo produzido para o Curso de *Gestão da Assistência Farmacêutica*, disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1906>>.

Nele são encontrados a forma de organização e exemplos de atuação para aprender a reconhecer a importância dessa instância política no SUS, e acompanhará a discussão sobre a importância de o farmacêutico reconhecer e participar desses espaços.

Dimensão Técnico-operativa – Os serviços e as ações profissionais

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

Processos Político-Organizativos

Nos processos político-organizativos, está o conjunto de ações profissionais “dirigidas à organização da população para que se converta em sujeito

político capaz de inscrever suas demandas na agenda pública”. Nesse sentido, essas ações têm “a função de dinamizar e instrumentalizar o processo participativo, respeitando o potencial político dos sujeitos envolvidos nesse processo, considerando as necessidades imediatas e, a médio e longo prazos, a possibilidade de construir um novo padrão de sociabilidade entre os sujeitos” (NOGUEIRA; MIOTO, 2006, p. 10-11).

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

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



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

Processos de Planejamento e Gestão

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

Nesse âmbito estão contidas as ações destinadas à efetivação da intersetorialidade, ou seja, envolvem outros setores, cujas ações podem influenciar o nível de saúde da população, mas que não se constituem ações ou serviços do setor saúde. Também estão vinculadas ao planejamento e à gestão as relações interfederativas, relacionadas ao princípio organizativo da regionalização, abordado anteriormente, além das ações voltadas para a capacitação de recursos humanos. Estas visam ampliar a qualidade dos serviços e dos sujeitos sociais, subsidiando-os para influir nas diferentes instâncias

decisórias e de planejamento das políticas públicas, especialmente a da saúde. Compõem, ainda, esse eixo as ações relativas à gestão e avaliação institucional, de serviços e das ações profissionais. Os processos de planejamento e gestão dão conta de uma vasta gama de ações, do macro ao micro contexto da saúde. Ou seja, podem ser concebidos para:

- orientar as mudanças sociais (planejamento social);
- conduzir a gestão e a gerência de instâncias, instituições ou serviços (planejamento institucional) e
- das relações interinstitucionais;
- definir procedimentos, protocolos, metodologias e fluxos da prática profissional (técnica ou instrumento para a ação profissional e o seu controle). (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

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

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

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

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

Outro documento de fundamental importância para os processos de planejamento e gestão é o **Pacto Pela Saúde**, resultado do compromisso público

assumido pelos gestores do SUS, em 2006. Em seu componente **Pacto de Gestão do SUS**, estabelece as responsabilidades de cada ente federado, de forma a diminuir as competências concorrentes e tornar claro quem deve fazer o quê, tendo como diretrizes para a gestão do sistema: Descentralização; Regionalização; Financiamento; Planejamento; Programação Pactuada e Integrada – PPI; Regulação; Participação Social; e Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (BRASIL, 2006).

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei nº 8.080/1990, ao explicitar conceitos, princípios e diretrizes do SUS passou a exigir uma nova dinâmica na organização e gestão do sistema de saúde, sendo a principal delas o aprofundamento das relações interfederativas e a instituição de novos instrumentos, documentos e dinâmicas na gestão compartilhada do SUS. Estabeleceu-se, então, o Contrato Organizativo da Ação Pública da saúde (COAP) como um instrumento da gestão compartilhada.

O COAP tem a função de definir entre os entes federativos as suas responsabilidades no SUS, permitindo, a partir de uma região de saúde, uma organização dotada de unicidade conceitual, com diretrizes, metas e indicadores, todos claramente explicitados e que devem ser cumpridos dentro de prazos estabelecidos (BRASIL, 2011c).

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

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

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

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

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

O Brasil elaborou a sua primeira lista de medicamentos, considerados essenciais, em 1964 (ainda denominada de Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário), 13 anos antes da primeira recomendação feita por meio da lista de medicamentos essenciais da OMS, em 1977, apontando que o país, há muito tempo, vem pautando suas políticas de medicamentos no conceito de essencialidade (MESSEDER et al., 2004 apud SANT'ANA, 2009).

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

De acordo com Wannmacher (2006), a Rename¹⁹ constitui um instrumento norteador da prática, servindo para orientar e subsidiar os estados e municípios, na elaboração das suas respectivas relações de medicamentos – Relação Estadual de Medicamentos (Resme) e Relação Municipal de Medicamentos (Remume); e objetiva promover disponibilidade, acesso, sustentabilidade, qualidade e uso racional de medicamentos. A padronização de elenco é assunto para o conteúdo de seleção de medicamentos.

A composição de uma lista guarda relações importantes com a programação e aquisição de medicamentos. Tal composição também requer o conhecimento das formas de financiamento do SUS. De nada nos adianta termos um elenco excelente, se não tivermos condições de financiá-lo.

Embora pareça uma obviedade, sabemos que, na prática, as condições estruturais (local, recursos humanos e demais recursos físicos) e organizacionais (fluxos de trabalho), necessárias à qualificação dos serviços, ainda representam um grande entrave. A propósito, Araújo e Freitas (2006) caracterizaram as farmácias de Unidades Básicas de Saúde como locais pequenos de depósito e entrega de medicamentos, restritos ao atendimento impessoal da demanda.

¹⁹ Além de contribuir para a soberania brasileira e para o desenvolvimento econômico e social, a relação da Rename e da política fabril farmacêutica tem efeitos sobre o acesso. Quando o Brasil assume a tarefa de obter fármacos e produzir, localmente, os medicamentos essenciais, passamos a ter maior segurança da disponibilidade dos medicamentos a um custo mais vantajoso para o SUS. Esse aspecto torna-se mais uma motivação para promover a adesão dos prescritores e usuários à lista de medicamentos padronizados. São medicamentos com garantia de eficácia e segurança, cujo acesso é apoiado pela política industrial brasileira.

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

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

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

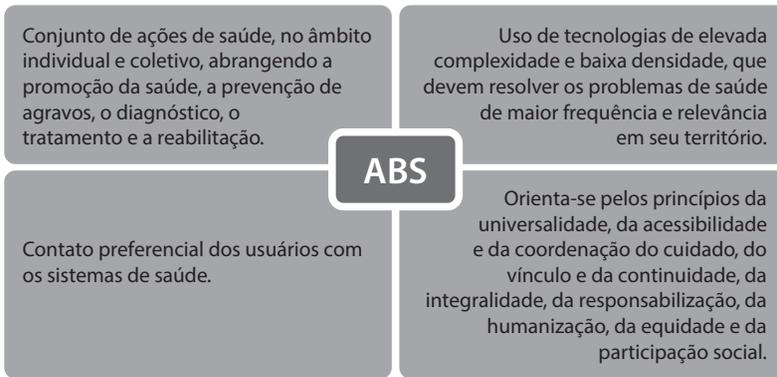
Levando-se em conta que o planejamento e a gestão devem ser acompanhados de controle ou monitoramento, bem como de avaliação, fiscalização e auditoria, há uma série de instrumentos, ações e instâncias já estabelecidos com esse fim. Veja os exemplos, a seguir:

- Instrumento de controle: Relatório de Gestão, destinado à prestação de contas do gestor, a ser apreciado pelo Conselho de Saúde.
- Ações de controle: auditoria, ouvidoria, controle social, ações integradas com outras instâncias de controle público.
- Instâncias de controle: Conselhos de Saúde, Departamento Nacional de Auditoria do SUS (Denasus), Ouvidoria do Ministério da Saúde, Ministério Público.

Processos Assistenciais

Os processos assistenciais dizem respeito às atividades desenvolvidas diretamente com o usuário e aos fluxos com que são organizadas. No Brasil, o Ministério da Saúde adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como modelo de atenção à saúde. Podemos dizer que a ESF é uma versão brasileira da APS Ampliada que, no Brasil, é chamada de Atenção Básica à Saúde (ABS), caracterizada como:

Figura 6 – Características da Atenção Básica à Saúde (ABS)



Fonte: Brasil (2011d).

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

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

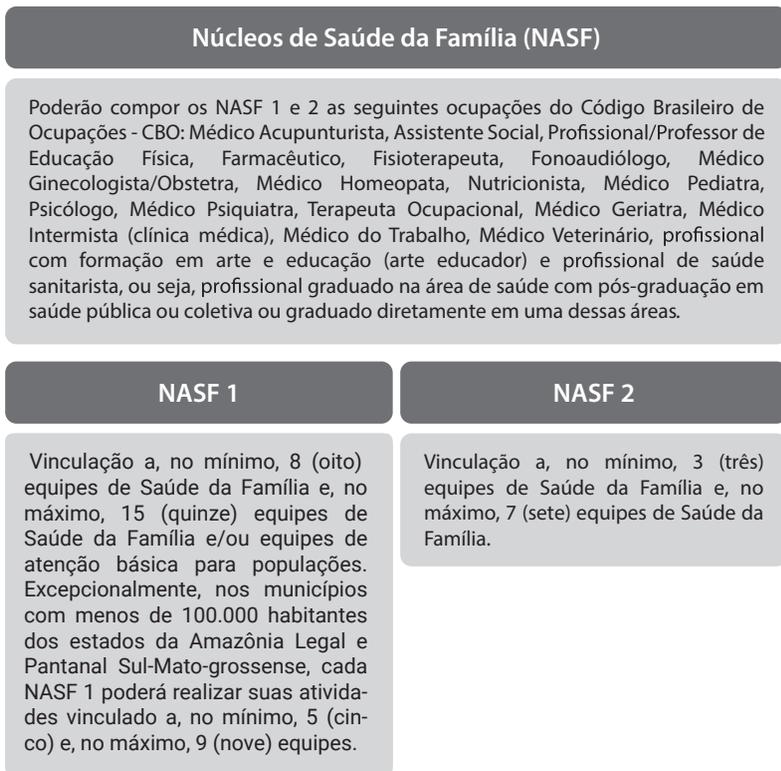
Como diretrizes gerais de organização do processo de trabalho da equipe de Saúde da Família, o Ministério da Saúde, ainda, indica:

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

Ainda há muito por fazer para a consolidação da APS ampliada. O NASF tem a finalidade de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização, a partir da Atenção Básica. São equipes de referência compartilhando saberes e práticas voltadas à resolutividade dessas equipes. No processo de implantação,

são propostas duas modalidades distintas em sua composição, nas quais se destaca a participação do profissional farmacêutico:

Figura 7 – Modalidades dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família



Fonte: Brasil (2011c).

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

Leitura complementar: Para aprofundamento do assunto, sugere-se a leitura do Caderno de Atenção Básica nº 27 (Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família), de 2010, e do Caderno de Atenção Básica nº 39 (Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano), de 2014, elaborados pelo Ministério da Saúde.

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

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

Leitura complementar: Recomenda-se a leitura da *Portaria nº 2.488/2011*, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica.

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

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

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

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

Dimensão Financeira

Uma política só se efetiva quando é executada e só é executada quando existem condições humanas, técnicas, organizacionais e financeiras para isso. O

questo financeiro é, particularmente, determinante, já que dele dependem, em grande parte, os demais. Mais uma vez vemos como, na prática, uma dimensão influencia as demais.

Parece óbvio então que, uma vez aprovada determinada política, deva-se dotá-la com recursos financeiros. Mas, nem sempre é assim que ocorre. O próprio SUS serve de exemplo: mesmo tendo sido incluído o direito à saúde, por meio de políticas públicas, na Constituição de 1988 (o que, sem dúvidas, foi em si um avanço em termos de conquistas sociais), e tendo sido definido o seu arcabouço legal nas Leis Orgânicas da Saúde, Leis federais nº 8.080 e nº 8.142, de 1990, a precariedade no seu financiamento, nos anos seguintes, reflexo da tendência neoliberal instalada mundialmente, praticamente impediram a sua implementação. Pode-se mesmo afirmar que o SUS só não sucumbiu por contar com um movimento de apoio muito expressivo. Conforme Ugá e Marques (2005), esse movimento é formado por profissionais da área e pesquisadores, muitos deles antigos militantes do então chamado movimento sanitarista dos anos 1970-1980, tendo se refletido, inclusive, na formação e atuação da Frente Parlamentar da Saúde, entidade civil fundada em 1993 e formada por deputados e senadores de diferentes partidos e ideologias.

De acordo com o Pacto pela Saúde, de 2006, as transferências dos recursos passaram a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento:

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

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

Quadro 12 – Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica

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

Componente Básico

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

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

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

Componente Especializado

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

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

Leitura complementar: Para aprofundamento do tema, sugere-se a leitura dos livros:

- *Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica*, de 2010.
- *Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: inovação para a garantia do acesso a medicamentos no SUS*, de 2014.

Esses livros foram produzidos pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde.

A lógica do financiamento do Componente Especializado mudou do cofinanciamento entre os entes gestores para a definição clara de responsabilidades, em que cada parte é responsável pelo financiamento de um grupo.

Trabalhar com a gestão do componente exige um aprofundamento muito maior nos mecanismos de financiamento adotados, que têm o mérito de dar maior sustentabilidade ao serviço e garantia de provimento constante, uma vez que permite maior eficiência na programação e na aquisição dos medicamentos.

Componente Estratégico

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

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

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

Já, os medicamentos de uso oncológico são informados como procedimentos quimioterápicos no subsistema Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS), que permite ressarcir os estabelecimentos credenciados no SUS e habilitados em Oncologia,²⁰ responsáveis pela provisão dos medicamentos.

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

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

²⁰ A Rede de Atenção Oncológica está formada por estabelecimentos de saúde habilitados como Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) ou como Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

Leitura complementar: Para aprofundar seu conhecimento sobre o tema, sugere-se a leitura do artigo de Leite e colaboradores, relativo a um estudo sobre o acesso a medicamentos por serviços públicos de assistência social e por atendimento de demandas individuais ou mandados judiciais em município catarinense. O texto, denominado *Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina*, foi publicado no periódico *Ciência e Saúde Coletiva*, em 2010.

O financiamento da assistência farmacêutica é um assunto complexo, e tem sofrido mudanças estruturais por iniciativa do Ministério da Saúde. Esse é o tipo de conhecimento que precisa de atualização permanente, além da capacidade de interpretar e aplicar a legislação.

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

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

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

Referências

- ACURCIO, F. A. *Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil*. Disponível em: <www.farmacia.ufmg.br/cespmed/text1.htm>. Acesso em: jan. 2014.
- ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v. 42, n. 1, p. 137-146, jan./mar. 2006.
- ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 11, n. 3, p. 376-382, maio-jun. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. seção 1, n. 182, p. 1-5.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 de novembro de 1998. 1998b.

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

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. Resolução RDC nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabelece seus princípios gerais e eixos estratégicos. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de maio de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 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. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto 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, DF, n. 123, 29 jun. 2011. Seção 1, p. 1-3. 2011c.

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, DF, n. 81, 29 abr. 2011. Seção 1, p. 1-2. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Contrato Organizativo da Ação Pública*. 2011. 50 p. Disponível em: <http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/contrato_organizativo_acao_publica_saude.pdf>. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, n. 204, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48-55. 2011d.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 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, DF, n. 146, 31 jul. 2013. Seção 1, p. 71-72, 2013b.
- BRASIL. 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, DF, n. 187, 26 set. 2013, Seção 1, p. 60, 2013c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Sala de Situação em Saúde*. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 28 jan. 2014b.
- CFF – Conselho Federal de Farmácia. *Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001*. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia. Conselho Federal de Farmácia, 20 abr. 2001.
- DI GIOVANNI, G. *Políticas públicas e política social*. 2008. Disponível em: <<http://geradigiovanni.blogspot.com.br/2008/08/politicas-pblicas-e-poltica-social.html>>. Acesso em: 18 fev. 2014.
- SCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 333-384.
- FLEURY, S. Estado sinciudadanos. *Seguridad social en America Latina*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. 331 p.
- FLEURY, S.; OUVENEY, A. M. Política de saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- GALVÃO, M. A. M. *Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-colônia à 1930*. Textos do Departamento de Ciências Médicas. Escola de Farmácia. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso em: jan. 2014.
- GERSCHMAN, S. *A democracia inconclusa: um estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- HEPLER, D. D.; STRAND, L. M. Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. *Am. J. Pharm. Educ.*, v. 53, p. 7S-15S, 1989.
- MARQUES, S. B.; DALLARI, S. G. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 1, p. 1001-1007, 2007.
- NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: MOTA, A. E.; BRAVO, M. I. S.; UCHOA, R.; NOGUEIRA, V.; MARSIGLIA, R.; GOMES, L.; TEIXEIRA, M. (Org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. ABEPSS, OPAS/OMS, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acesso em: 16 mar. 2011.

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

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

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

ROSEN, G. *Uma história da Saúde Pública*. São Paulo: UNESP/HUCITEC, 1994.

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

SANTOS, L. A. Controle social e a transparência da administração pública brasileira. In: CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 9. *Anais...* Madrid. Espanha: nov. 2004.

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

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

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

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

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

PROFISSÃO FARMACÊUTICA E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Rosana Isabel dos Santos
Kaite Cristiane Peres
Alessandra Fontana

3.1 Introdução

O objetivo específico deste capítulo é contextualizar, historicamente, a formação farmacêutica no Brasil. Este texto foi baseado na tese de Santos (2011), que tratou das concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro.

Se fizermos uma busca rápida na literatura da área, vemos que a história da farmácia no Brasil costuma ser apresentada por meio de narrativas que utilizam uma abordagem factual, ou seja, que procura se limitar a “expor os fatos”, agregando, aqui e acolá, comentários ufanistas sobre a profissão farmacêutica e a importância social dela em determinados momentos.

Para compreender, e tentar explicar, as transformações na profissão e na formação farmacêutica no Brasil sob outra perspectiva histórica, buscamos

apoio teórico no trabalho desenvolvido por Pierre Bourdieu. O autor desenvolveu análise do mundo social por meio da relação dialética entre estrutura social e indivíduo. Desta forma, não se filiou às vertentes que se colocavam antagonicamente dentro das ciências sociais, o estruturalismo ou objetivismo e a fenomenologia ou subjetivismo, mas buscou, em cada uma delas, elementos explicativos, combinando-os dialeticamente. Como na fenomenologia, reconhecia o protagonismo dos agentes sociais na construção da realidade social, entretanto, sem considerá-lo como decorrente da racionalidade própria dos indivíduos. Ao contrário, afirmava a gênese social das condutas individuais, como no estruturalismo, embora discordasse do determinismo e da estabilidade das estruturas presente nas explicações estruturalistas.

Para conciliar o que parecia antagonico – o mundo objetivo e o mundo subjetivo das individualidades, Bourdieu desenvolveu o conceito de *habitus*: espécie de matriz, social e continuamente construída, que modula o sentir, o pensar e o agir individual ou de um determinado grupo social. Educação, religião e trabalho são alguns dos elementos sociais que influem na constituição do *habitus*. Dito de outra forma, o *habitus* é adquirido pelo indivíduo em função da posição ocupada no espaço social, espaço este chamado por Bourdieu de campo. Como em um jogo, metaforicamente, **campo** é o espaço social dinâmico no qual estão inseridos os agentes sociais e onde se processa a luta pelo domínio do jogo. Contudo, é também neste espaço que ocorre outra batalha constante: a da imposição da definição das regras do jogo (BOURDIEU, 2005; BOURDIEU, 2007). Assim, o campo onde se desenvolvem as disputas para a construção de um grupo profissional abrange os espaços político, econômico, legal e social, sendo a institucionalização da formação profissional um dos mecanismos para a imposição das regras do jogo.

Influem neste jogo, os **capitais** acumulados pelos agentes sociais que lhes confere força e poder na determinação das regras e no próprio jogo. Para além de seu sentido econômico-financeiro, capital é um quantum suficiente de força social que empodera o seu detentor para as disputas pelo monopólio do poder, determinando sua posição no campo (BOURDIEU, 2005; 2007). Neste sentido, além do capital econômico (renda, propriedades etc.), ainda há o capital cultural (diplomas e títulos), o capital social (posição social em que se encontra o agente e as consequentes relações de dominação) e o capital simbólico (prestígio ou honra).

A posição do indivíduo ou grupo no campo pode ser traduzida simbolicamente no estilo de vida (*habitus*), sendo que indivíduos portadores de capitais semelhantes encontram-se em espaços próximos do campo e se utilizam dos próprios capitais para sobrevivência. Portadores dos capitais mais valorizados em uma determinada sociedade investem-se de maior poder de manutenção do status quo e de dominação social. Esta dinâmica retrata o processo de reprodução social.

3.2 Sobre a profissão farmacêutica

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

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

[...] ensino universitário com professores altamente especializados, os farmacêuticos e cirurgiões mantinham um tipo de formação baseado na aprendizagem com um mestre estabelecido, um tipo de aprendizagem que era comum às restantes profissões mecânicas. (DIAS, 2005, p. 31).

Desta forma, podemos conjecturar que medicina e farmácia, já nas origens, possuíam capitais simbólico (prestígio ou honra) e social (posição social) diferenciados e, conseqüentemente, distintas potencialidades de dominação no campo da saúde.

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

Conforme Luz (1979, p. 32), a partir do século XIX a medicina progressivamente passou a desenvolver “projetos e modelos institucionais que buscam no controle do Estado uma estratégia de dominação, de controle médico do conjunto da sociedade”. Quando a formação superior e as atividades do farmacêutico foram regulamentadas em grande parte da Europa, por volta do século XIX, isso ocorreu sob a tutela da medicina. Neste processo, consolidou-se

a hegemonia da medicina na saúde e a caracterização da profissão farmacêutica como ofício técnico subalterno.

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

3.3 O ofício farmacêutico no Brasil

A repercussão das transformações ocorridas durante o século XX foram de tal magnitude sobre a profissão farmacêutica que afetaram tanto o seu reconhecimento social, quanto a própria identidade profissional. Felizmente, como fruto de uma intensa mobilização, não apenas no que diz respeito às questões farmacêuticas, mas relativas à saúde de forma geral, chegamos ao século XXI com a real possibilidade de ressignificar socialmente a função do farmacêutico, enquanto profissional da saúde.

Entretanto, é possível observar, especialmente na prática docente, que as novas gerações desconhecem a trajetória da profissão farmacêutica no Brasil. Com isso, perdem a potencialidade estratégica de consolidação profissional, sob a égide do direito à saúde.

Período pré-industrial

Conforme Pires (1989), os ofícios relacionados à saúde já estavam definidos no período colonial. No que diz respeito ao ofício farmacêutico, não houve grandes alterações entre o Brasil Colônia e as primeiras décadas do século XX. Envolveva, além da preparação e venda dos medicamentos, o aconselhamento e, não raro, o próprio diagnóstico, a definição da terapêutica e até mesmo o atendimento emergencial em casos de fraturas, partos, entre outros, particularmente em localidades onde não havia médicos (COREZOLA, 1996; VELLOSO, 2010). Esta prática, que existiu até aproximadamente 1930, envolvia a escuta, a compreensão das necessidades do paciente, o aconselhamento e, se necessário, a elaboração e a dispensação de algum medicamento. É referida por alguns autores (SILVA, 1974; OLIVEIRA et al., 2007; VELLOSO, 2010), como assistência farmacêutica, dentro de uma concepção que a situa como ação de cuidado em saúde. Conforme Haddad e colaboradores (2006, p. 172), “é nessa fase que o farmacêutico exerce papel importante suprimindo parcialmente a omissão do Estado na atenção individual à saúde.” Na ausência de outros recursos acessíveis a boa parte da população, a farmácia continuou por muito tempo sendo:

[...] um local de atendimento “médico-social”, onde se resolviam certos problemas de saúde com um perfil filantrópico, e cujos “serviços” eram considerados como intrínsecos ou naturais do agente que atuasse nela [farmacêutico diplomado ou prático]. (COREZOLA, 1996, p. 107-108, grifo do autor).

Entretanto, cabe assinalar que as práticas em saúde, inclusive as farmacêuticas, até o início do século XX, não estavam restritas aos grupos profissionais que hoje reconhecemos. As profissões não se encontravam estabelecidas legal e normativamente, inclusive no que diz respeito à formalização da formação obrigatória para o seu exercício. Mesmo havendo a definição dos ofícios, mas na ausência de um Estado organizado, com a dimensão territorial da Colônia e a carência de profissionais (formados e práticos), um mesmo exercente de saúde ajustava a atuação em função das necessidades que se apresentavam em cada território (PIRES, 1989). Neste contexto, conforme Corezola (1996), o reconhecimento social decorria, em grande parte, do sucesso individual ou simplesmente da ausência de outro profissional.

Até o século XIX, o título escolar não possuía legitimidade como critério para o exercício das atividades relacionadas à saúde. Por isso, além dos “diplomados”, profissionais com titulação acadêmica, os “práticos”, cujo aprendizado resultava do trabalho junto a profissional já reconhecido, também exerciam os mesmos ofícios. No que diz respeito à farmácia, os práticos construíam a formação como auxiliares até acumularem experiência e recursos financeiros suficiente para terem seu próprio estabelecimento. Para receberem o registro, deviam ser submetidos a uma prova pela autoridade imperial, o físcio-mor, embora houvesse práticos que trabalhassem sem se preocupar com as formalidades.

A titulação acadêmica, mais do que meio para ingressar na profissão ou adquirir conhecimento, servia para conferir o capital cultural e, assim, aumentar os capitais social e simbólico. Tendo em vista a proibição de estabelecer cursos superiores na Colônia, os “diplomados” obtinham formação em Portugal e Espanha. Além do custo envolvido, a necessidade de relações de amizade, parentesco ou políticas para manter um filho em uma faculdade só era possível às famílias da elite. Assim, quanto maior o capital social e econômico de uma família, mais chances teria um de seus membros de estudar em um curso de nível superior e, preferencialmente, naquele que lhe conferisse o maior retorno, em termos de capital simbólico. Não casualmente, as famílias com maior capital social e econômico encaminhavam seus filhos, preferentemente, para os cursos de medicina e direito, cuja titulação garantia maior ganho dos demais capitais. Como na Europa, os médicos (físicos e licenciados) da época colonial, em número reduzido, contavam com maior *status* do que os demais exercentes (PIRES,

1989). Desta forma, a origem social dos médicos diplomados já lhes assegurava a posse de dois tipos de capitais: o econômico e o social. Nesse sentido, a titulação seria “a consagração de uma posição social já de antemão ocupada com base no capital social” (CORADINI, 1995 apud COREZOLA, 1996, p. 29).

Este ciclo cumulativo de capitais encontrava facilidade em se manter, já que a sociedade que se formava, assentada no escravagismo, encontrava sua expressão política no “coronelismo”, sistema de valores que ligava o poder local dos grandes proprietários de terra ao poder central, através de relações clientelísticas e pelo controle direto dos órgãos de repressão ou de administração local (SORJ, 2001).

Em relação à legitimação do farmacêutico como profissional, Corezola (1996) concluiu que não era a posse do título escolar, mas sim a propriedade de um estabelecimento de comércio e de produção de medicamentos. O dono do estabelecimento teria mais chances de estabelecer relações com figuras importantes do meio político e econômico local, bem como com a população atendida. Neste sentido, os práticos, que constituíam um grupo em disputa com os farmacêuticos diplomados, estavam em vantagem: no período necessário para se gabaritar como tal, estavam trabalhando como aprendiz, já acumulando recursos que lhes permitiria, no futuro, ter o próprio estabelecimento. Por sua vez:

Os [...] “farmacêuticos” diplomados, dispunham de um capital relativamente diferenciado e raro, que era a escolaridade superior e o título decorrente, mas ainda não reconhecido socialmente. Em geral, não detinham muito capital econômico e por isso, provavelmente, não iam atuar na profissão num primeiro momento, pois isso pressupunha certo acúmulo de capital econômico para “abrir uma farmácia”. (COREZOLA, 1996, p. 27-28).

Ou seja, os práticos, ao mesmo tempo em que acumulavam o domínio da prática, acumulavam também capital econômico e social. Por outro lado, o futuro farmacêutico, para realizar seus estudos e se diplomar, necessitava de período de tempo similar, durante o qual não dispunha de condições para acumular capital financeiro. Além disso, cabe lembrar que as famílias mais abastadas preferiam encaminhar os filhos a cursos que lhes garantissem maior capital cultural e simbólico.

As décadas de 1930 a 1980

As transformações sociais, políticas e econômicas do começo do século XX, particularmente a partir de 1930, marcam o ingresso do Brasil na modernidade.

O setor industrial crescia, a burguesia industrial e a classe média passavam a ter voz, em oposição ao latifúndio, e a classe operária se expandia.

A herança do Brasil Colônia, entretanto, foi determinante para a via pela qual o Brasil fez sua transição ao capitalismo. Para Carvalho (2008), a herança da escravidão, mantida durante quatro séculos, foi o fator mais negativo para a cidadania brasileira. Conforme o autor, escravos e senhores não eram cidadãos. Os primeiros, destituídos dos direitos civis básicos à integridade física, à liberdade e à própria vida, eram considerados propriedade do senhor, equiparados a animais. Os segundos, embora livres e com direitos civis, eram destituídos do sentido da cidadania, a noção da igualdade de todos perante a lei. “Em suas mãos, a justiça, [...] principal garantia dos direitos civis, tornava-se simples instrumento de poder pessoal” (CARVALHO, 2008, p. 21). Por se constituir como sociedade de direitos e privilégios, sem igualdade jurídica ou de princípios de direitos legais universais, inexistiam elementos que fomentassem qualquer noção de cidadania. Uma das maiores heranças que o modelo colonial de exploração deixou foi a construção de uma sociedade extremamente desigual e cuja desigualdade apresenta um forte componente espacial e racial (SORJ, 2001).

Além disso, conforme Lopes (1988), o sistema escravista também foi determinante para a diferença no processo emancipatório brasileiro, em relação aos demais países latino-americanos. Fator de unidade nacional, ponto comum a ser mantido pelas classes dominantes, teria sido o elemento responsável para a ausência de lutas e a manutenção da extensão territorial.

Com o sistema escravista, não havia mercado consumidor interno, impedindo que se formasse uma burguesia local. Quando não há uma burguesia hegemônica, a transição para o Estado Moderno ocorre sem afastar as classes tradicionais do bloco do poder. É a “modernização conservadora” ou a revolução por alto, via Estado, já que este faz a mediação entre a burguesia industrial e a elite agrária, atuando também como agente repressor das classes subalternas, como condição de manutenção da coalizão do poder dominante. A debilidade da burguesia também se faz sentir na fraca sustentação da ideologia liberal, resultando em uma presença estatal enorme (FLEURY, 1997).

No âmbito da farmácia, a regulamentação das profissões e a industrialização dos medicamentos foram os elementos cruciais para a transformação, e quase extinção, da profissão farmacêutica, sendo que a industrialização provocou dois tipos de impacto: o primeiro deles, sobre o fazer farmacêutico, e o segundo, na transformação do medicamento em objeto de consumo.

A regulamentação das profissões

Na virada do século XIX para o XX, várias profissões organizaram-se para que houvesse o reconhecimento jurídico e social do título escolar de nível superior como critério para o ingresso e o exercício profissional. O apoio dos

médicos à Revolução de 1930 teria sido vinculado ao compromisso de Getúlio Vargas quanto às alterações na legislação profissional (COREZOLA, 1996). Em consequência, por volta de 1930 foram criadas as legislações de âmbito federal para a regulamentação das profissões da saúde.

A disputa entre diplomados e práticos parecia que seria enfim equacionada. De fato, para algumas profissões, a regulamentação não deixou aos práticos qualquer chance de continuidade do trabalho na condição legal. Os médicos diplomados, por exemplo, se organizaram e se mobilizaram nacionalmente no que passou a ser considerado o “combate ao charlatanismo” e exercício ilegal da medicina (COREZOLA, 1996).

Entretanto, os farmacêuticos diplomados, em número muito inferior ao dos práticos e com menor capital e frágil articulação política, não lograram mais do que movimentos esporádicos. Assim, para a profissão farmacêutica, o exercício profissional dos práticos foi mantido, a despeito da exigência legal de título acadêmico. Esta exigência, estabelecida para restringir o ingresso de “novos” práticos, na realidade não foi observada.

Também na mesma época, foi estabelecida a condição legal de participação do farmacêutico diplomado em sociedades a cotas de, no mínimo, trinta por cento do capital social. Essa condição tornou-se uma restrição aos farmacêuticos que, não dispendo do capital econômico para integralizar a cota exigida, tornavam-se reféns dos detentores de capital, via de regra, os práticos, pelo estabelecimento de uma relação de assalariamento. Tal relação teria sido o primeiro passo para a “mercantilização de diplomas” (COREZOLA, 1996, p. 97). Nessa condição, a contratação, muitas vezes fictícia, de diplomados por proprietários de farmácia comercial, práticos ou simplesmente comerciantes, era feita apenas para atender a exigências legais, sem que de fato ocorresse a efetivação do diplomado no exercício das funções que lhe caberia. Prática comum até muito recentemente, a contratação fictícia de farmacêuticos, e as consequentes ausências deles nas farmácias, foram pontos marcantes na caracterização posterior desses estabelecimentos como locais de comércio e não como serviço de saúde, favorecendo a indústria farmacêutica e a venda indiscriminada de medicamentos.

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

Assim, até a década de 1950, a principal forma de ingressar na “carreira” foi através da aprendizagem prática. Com isso, os práticos estiveram em posição hegemônica, não só numérica como na efetiva ocupação das posições

no comércio e na manipulação farmacêutica, o que lhes conferia legitimidade junto à população atendida, junto às lideranças políticas do governo regional e também nos meios “profissionais” (COREZOLA, 1996).

A industrialização dos medicamentos e o fazer farmacêutico

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

As consequências sobre o fazer farmacêutico não foi homogênea nos diferentes países. Nos centrais, quer pela maior articulação das entidades profissionais, quer pelas características e época em que lá iniciou o desenvolvimento industrial, quer pela própria demanda da indústria, o farmacêutico manteve o status social, bem como o reconhecimento enquanto profissional da saúde e sua especificidade na divisão social do trabalho. Valorizado na pesquisa e na indústria farmacêutica, ou mesmo que subutilizado em atividades como *count and pour*¹ (MACLEOD; MILLER, 1981), não teve a sua identidade ameaçada.

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

Conforme Giovanni (1980), até a década de 1930, o desenvolvimento tecnológico industrial no setor farmacêutico no Brasil, assentado em matérias primas animais ou vegetais, foi acompanhado por pequenos laboratórios nacionais e mesmo por farmácias e boticas, financeiramente viabilizadas pelo consumo local. O estabelecimento de instituições públicas destinadas à produção de soros e vacinas, como o Instituto Butantã e a Fundação Oswaldo Cruz (PINHEIRO, 1999), pode ser visto sob a lógica do modelo campanhista/preventivista da época: essas instituições serviam para atender as necessidades da saúde pública voltada ao combate de epidemias que ameaçavam a economia agroexportadora. Nesse lastro, houve a formação de cientistas e pesquisadores que muitas vezes migraram para o setor privado, qualificando-o (RIBEIRO,

¹ Em alguns países, os medicamentos para a dispensação nas farmácias não são embalados pela própria indústria, em quantidades pequenas, como no Brasil. O farmacêutico, no momento do aviamento da receita médica, calcula a quantidade necessária do medicamento para todo o tratamento preconizado, separa e embala essa quantidade, identificando o nome (genérico) do produto e os dados que permitam identificar a origem e a validade do mesmo, bem como o nome do prescritor, do usuário e do dispensador, além de outras orientações que se fizerem necessárias. Essa atividade é designada pela expressão *count and pour*.

2001). Porém, o desenvolvimento do setor privado não teve vida longa. A partir de 1930, a indústria farmacêutica da Europa e dos Estados Unidos passou a desenvolver sistematicamente pesquisas científicas, financiadas por ela mesma e, de forma considerável, pelos governos. O resultado foi o desenvolvimento de uma grande quantidade de novos produtos e capacidade para assumir o domínio dos mercados mundiais (GIOVANNI, 1980). As grandes indústrias também incorporaram o processo de integração vertical, que consiste na associação da produção de matérias-primas, pesquisa e desenvolvimento de novos produtos, formulação e comercialização. A capacidade de crescimento e competitividade das indústrias passou a se caracterizar pela articulação de quatro diferentes estágios tecnológicos, sendo o primeiro o de maior importância: pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos; processos de produção em escala industrial; produção de especialidades farmacêuticas; *marketing* e comercialização (BERMUDEZ, 1995).

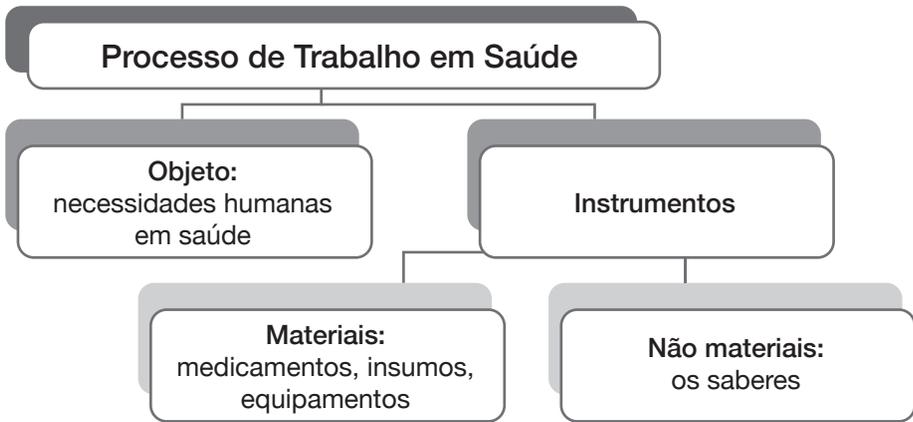
O mesmo não foi verificado no Brasil, tanto em relação ao investimento em pesquisa quanto em seu conseqüente desenvolvimento. Até a Segunda Guerra Mundial, os medicamentos produzidos por indústrias estrangeiras começaram a entrar no mercado brasileiro, sem que houvesse a instalação de plantas fabris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

A ausência de políticas específicas para a expansão das empresas nacionais (GIOVANNI, 1980) facilitou o sucesso obtido das companhias estrangeiras, detentoras das patentes dos novos produtos. As companhias internacionais estabeleceram em seguida uma concentração econômica extraordinária e o oligopólio do mercado. Conforme Pinheiro (1999, p. 168), “uma novidade no setor farmacêutico foi a *merger mania* (mania de fusão)”, objetivando a formação de grandes empresas, mais eficientes (PINHEIRO, 1999, p. 168). Essa tendência, mantida até os dias atuais, é responsável por uma das principais características do setor farmacêutico: a participação de reduzido número de empresas, com elevada concentração de poder,

conferindo-lhe a potencialidade para influir em decisões políticas, tanto nos países periféricos, quanto nos centrais.

Analisando o ofício farmacêutico sob a perspectiva Gonçalves (1992), identifica-se, para o período pré-industrial, a coexistência de três processos de trabalho: o do cuidado (escuta das necessidades e o aconselhamento); o da manipulação de medicamentos e o da comercialização. Gonçalves (1992) apresenta como categorias analíticas para o estudo dos processos de trabalho em saúde, o objeto de trabalho (matéria sobre a qual será aplicado o trabalho) e os instrumentos necessários para transformar o objeto em função do fim almejado (Figura 1). Como objeto do trabalho em saúde, o autor identifica as necessidades humanas em saúde. Em relação aos instrumentos, o autor os classifica em materiais (medicamentos, insumos, equipamentos etc.) e não materiais (os saberes necessários ao agente para que opere os instrumentos materiais na direção de um determinado fim).

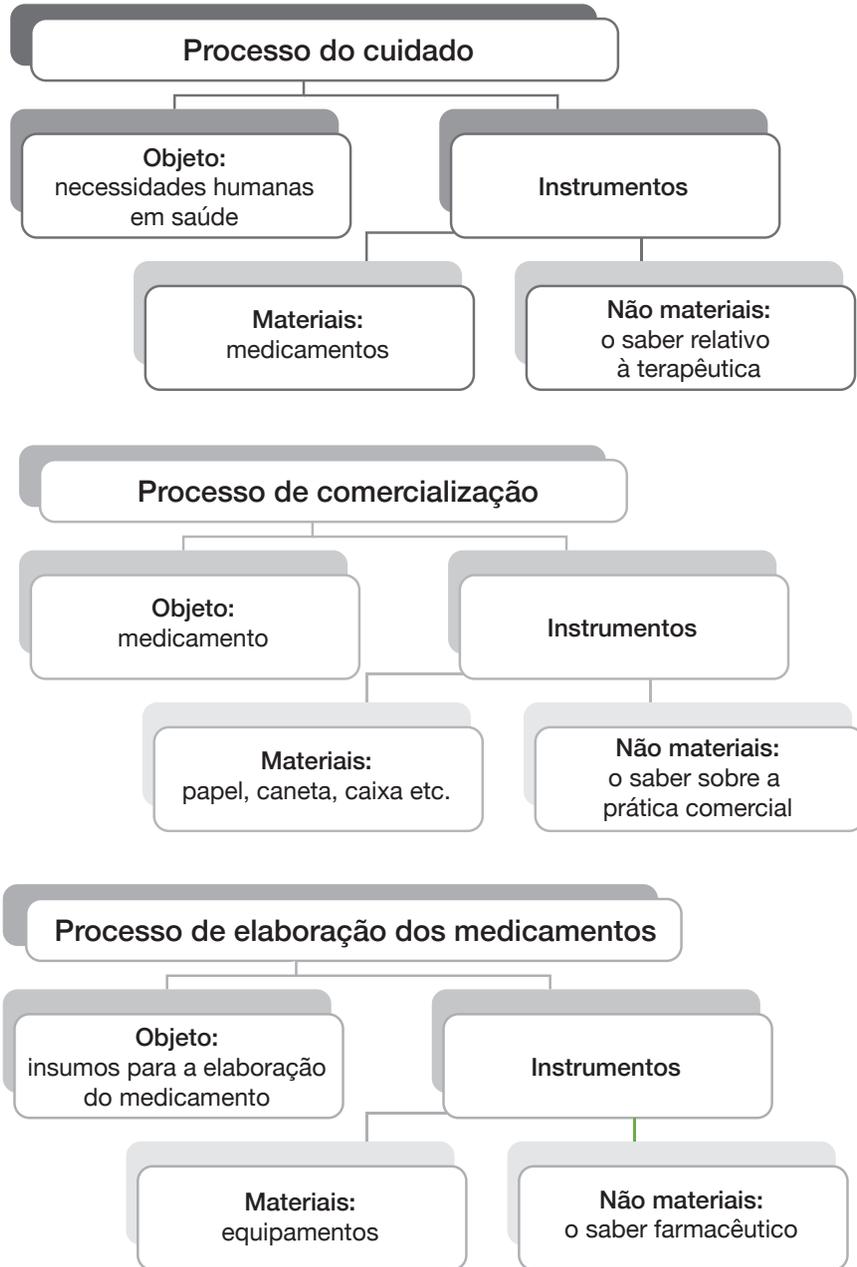
Figura 1 – Categorias propostas por Gonçalves (1992) para a análise de processos de trabalho em saúde



Fonte: Elaborado pelos autores.

Desta forma, no processo do cuidado, o objeto de trabalho, comum a toda área da saúde, são as necessidades humanas em saúde; os instrumentos materiais são os medicamentos e os não materiais, o saber relativo à terapêutica. No processo de elaboração dos medicamentos (manipulação), os objetos de trabalho são os insumos para a elaboração do medicamento e, instrumentos materiais e não materiais são os equipamentos e o saber farmacotécnico, respectivamente. No terceiro caso, o objeto é o próprio medicamento, enquanto mercadoria, e os meios são aqueles de uma prática comercial (Figura 2).

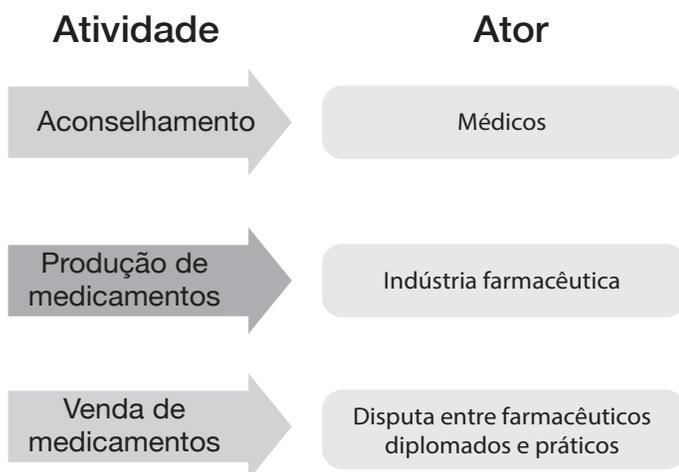
Figura 2 – Processos de trabalho no âmbito do ofício farmacêutico existente até o início do século XX, conforme as categorias analíticas propostas por Gonçalves (1992)



Fonte: Elaborado pelos autores.

Enquanto a indústria assumia radicalmente o processo de produção de medicamentos e a medicina lograva juridicamente a sua exclusividade ou, minimamente, supremacia nas atividades clínicas, colocando na posição de charlatão quem as exercesse sem ser portador do diploma de curso superior de medicina, restou ao farmacêutico disputar com o prático, em desvantagem, pelo comércio dos medicamentos (Figura 3).

Figura 3 – Representação da substituição dos atores na execução das atividades anteriormente inseridas na prática farmacêutica, após a regulamentação das profissões da saúde e da industrialização dos medicamentos, no Brasil



Fonte: Elaborado pelos autores.

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

Tem-se, assim, no processo de fragilização do grupo farmacêutico, a depreciação das atividades caracterizadas como manuais, a divisão parcelar do trabalho em saúde, o assalariamento e a perda da função e do reconhecimento social em consequência da supressão da principal atividade que contribuía para isso. A perda dos capitais social e simbólico repercutiram negativamente sobre a potencialidade do capital econômico da categoria, fazendo mover um ciclo pernicioso de depreciação da profissão.

Entre o dilema do puro comércio e a pulverização em outras atividades não específicas da profissão, o farmacêutico distanciou-se da assistência à saúde, sofrendo do que tem sido chamado de uma “crise de identidade”. Além da perda de reconhecimento social, houve também a perda do autorreconhecimento

como profissional da saúde, em um processo que pode ser interpretado à luz dos conceitos de alienação econômica e intelectual. No primeiro, o trabalhador não se reconhece como produtor (de saúde) e tampouco nos objetos produzidos por seu trabalho. No segundo, pelo desconhecimento de sua própria ação sociopolítica e histórica, ignora a origem social das ideias, aceitando como natural a realidade que o cerca (CHAUÍ, 2004).

A industrialização e a transformação do medicamento em bem de consumo

O Brasil foi incorporado na geopolítica mundial a partir da colonização estabelecida pelos portugueses. Como colônia de exploração, o seu lugar foi o de fonte de riquezas para os países europeus. A produção açucareira, sustentada pela mão de obra escrava, possibilitava uma triangulação altamente rentável e favorável à produção manufatureira que existia na Europa. Os produtos manufaturados serviam como moeda de troca para a aquisição de escravos, os quais eram vendidos nos territórios colonizados nas Américas, de onde obtinham produtos (minerais ou agrícolas, como o açúcar) altamente valorizados na Europa. O enriquecimento europeu favoreceu o desenvolvimento industrial que substituiu a produção manufatureira, em um processo que culminou, nos séculos XVIII e XIX, com a revolução industrial, e que prossegue até os dias de hoje. Mas, se a produção corresponde ao “primeiro ato” do modelo capitalista de produção, o “segundo ato” decorre da necessidade de vender tudo o que é produzido. Para o processo se retroalimentar e manter sua competitividade, o mercado tem de ser constantemente ampliado (GIOVANNI, 1980). Várias estratégias foram e são usadas para fomentar esta segunda etapa do ciclo: desde a transformação da população escrava – considerada “instrumento” essencial para a sustentação produtiva de todo o período do Brasil Colônia até o início do Brasil República – em população assalariada e, portanto, consumidora, até a criação de necessidades realizáveis por meio do consumo de determinados produtos, particularmente pela ação da indústria cultural (SORJ, 2001).

O padrão industrial de produção, consequência do desenvolvimento tecnológico, resulta da crença que se instala a partir do Renascimento. Moto central da modernidade, a ciência substitui o pensamento religioso na busca pela salvação do homem e de seu destino inexorável rumo à morte. A técnica e seus produtos tornam-se os instrumentos para atingir este fim. Neste sentido, o medicamento, produto da ciência e da técnica e portador desta potencialidade, ganha lugar de destaque na vida das pessoas. Curiosamente, neste processo, o protagonismo do profissional foi ofuscado pelo crescimento da importância (real ou simbólica) de seu objeto de seu trabalho.

Atualmente, os medicamentos apresentam um caráter híbrido, ou seja, são ao mesmo tempo instrumentos terapêuticos e bens de consumo. Enquanto

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

Para se caracterizar como um instrumento terapêutico, o seu uso deveria decorrer do reconhecimento da existência de uma situação clínica farmacologicamente tratável ou passível de prevenção. Embora isso soe como uma obviedade, é preciso dizê-la para marcar a distinção entre tal situação e as várias outras para as quais o uso de medicamentos também é frequentemente requisitado, particularmente nas sociedades contemporâneas, caracterizadas pela baixa tolerância às frustrações e modelo hedonista de comportamento. São exemplos, nesses casos, o uso de medicamentos como amortecedor químico para as situações inerentes à vida, como o luto, o estresse, o medo, a solidão, a tristeza ou os sentimentos de inferioridade. Outros exemplos são o desejo de melhorar o desempenho intelectual, atlético, sexual ou no trabalho, controlar o comportamento de determinados pacientes, crianças ou outras pessoas; melhorar a aparência; controlar a fome etc. (SANTOS; FARIAS, 2010). É o que Roudinesco (2000, p. 24) chama de “ideologia medicamentosa”: de uma forma pragmática e materialista os medicamentos, particularmente os psicotrópicos, normalizam comportamentos e eliminam sintomas dolorosos do sofrimento psíquico, sem lhes buscar significação e, com isso, cimentam a potencialidade contestatória de certas manifestações psíquicas contra a ordem socialmente estabelecida, “[encerrando] o sujeito numa nova alienação ao pretender curá-lo da própria essência da condição humana” (ROUDINESCO, 2000, p. 22).

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

O medicamento enquanto símbolo [...] é a possibilidade mágica que a ciência, por intermédio da tecnologia, tornou acessível de materializar,

representar, numa pílula ou em algumas gotas, este valor/desejo, sob a forma de prevenção, remissão, triunfo definitivo [...] sobre o cortejo de males do corpo e da alma que afetam o homem, e sobre as ‘carências’ ou ‘limitações’ inerentes à condição humana [...]. (LEFÈVRE, 1991, p. 23).

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

No imaginário popular, os valores clínicos divulgados por meio da mídia e das práticas medicalizadas dos serviços de saúde ganham sentido, incorporando crenças e valores culturais. Assim, os medicamentos passam a fazer parte do cotidiano das pessoas – por desejo ou por repúdio – e são ressignificados nas experiências vividas, individualmente ou pelo grupo social, no enfrentamento das doenças e na construção de condições de vida (LEITE, 2005). Neste sentido, a produção incessante de estereótipos, valores estéticos e comportamentais conforma uma nova forma de sociabilidade, a biossociabilidade:

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

Na biossociabilidade, a medicalização adquire um caráter de ideologia ou moralidade da saúde, requerendo a construção de “bioidentidades”, identidades somáticas, baseadas em critérios biológicos, externos, em que:

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

As bioidentidades, estruturadas na externalidade, necessitam de artigos identitários (atividades de *bodybuilding*, tatuagens, *piercings*, transplantes,

próteses, medicamentos etc.). Usando outra terminologia, Rolnik (2005) chama de drogas identitárias, os artigos destinados aos “toxicômanos de identidade”, as quais vão de produtos do narcotráfico aos medicamentos, a produtos oferecidos pela TV, bem como a literatura de autoajuda, passando pela busca exasperada do corpo/aparência da moda (SANTOS; LEITE, 2008).

Até as décadas de 1960/1970, as empresas procuravam desenvolver estratégias competitivas, reforçando pesquisas tecnológicas, na condição de empresas nacionais. A produção industrial e a expansão do comércio de medicamentos popularizaram esses produtos que, com a propaganda a seu favor, passaram a simbolizar a possibilidade de a medicina moderna superar os sofrimentos humanos.

Em meados da década de 1970, os grandes laboratórios farmacêuticos observavam baixo retorno econômico, tendo como principais causas para isso: a perda de mercado dos produtos de marca para os produtos genéricos, pela expiração de patente de muitos produtos; o declínio nas descobertas de novas moléculas sintéticas; o surgimento da biotecnologia como fonte de novos produtos farmacêuticos e o poder de mercado exercido por grandes compradores que, via de regra, forçam os preços para baixo (PINHEIRO, 1999).

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

A característica do outro grupo de medicamentos é totalmente diversa: destinam-se ao tratamento de situações raras. Esse novo nicho mercadológico não deixa de lembrar a descrição de Santos (2003, p. 255-256), para a “metamorfose da natureza do consumo” verificada nos últimos vinte anos, na qual a produção em massa é substituída pela clientelização e personalização dos objetos, transformando-os em “características da personalidade de quem os

usa”. Na maioria, são elaborados mundialmente por pouquíssimos laboratórios que, na condição de únicos produtores, conseguem fixar preços elevadíssimos. Sendo inacessíveis à quase totalidade das populações, resta ao Estado decidir pelo fornecimento.

Por outro lado, o investimento em pesquisas destinadas ao tratamento de doenças epidemiologicamente importantes em países pobres é pequeno (GARRAFA; LORENZO, 2010): em 1990, foi estimado que menos de 10% dos recursos para a pesquisa em saúde destinavam-se aos problemas dos países onde ocorrem 93% das mortes causadas por doenças possíveis de prevenção do mundo (GLOBAL Forum for health research, 2011).

Em todos os casos, as definições sobre o que produzir demonstram que o medicamento é tratado, pela indústria, como um produto para o consumo, criado e desenvolvido para gerar lucros. Assim sendo, cria-se no entorno uma crença na essencialidade, alimentada, em grande parte, pela propaganda, atividade que, juntamente com a pesquisa e desenvolvimento envolvidos no lançamento de um novo produto, têm aumentado vertiginosamente o dispêndio financeiro da indústria farmacêutica.

Conforme Petrovick (2004), um dos mais poderosos instrumentos para a indução e fortalecimento de hábitos de consumo é obtido pela exploração do valor simbólico dos medicamentos, a qual é habilmente utilizada na promoção de medicamentos. A propaganda de produtos, juntamente com agressiva política em relação à lei de proteção de patentes para novas descobertas, foi estabelecida pela grande indústria farmacêutica para manter o domínio sobre o mercado e o controle do saber tecnológico. Cabe ressaltar que é da propaganda que resulta, em grande parte, o êxito das empresas em fechar o ciclo entre a pesquisa e o retorno econômico. As estratégias de propaganda são tanto dirigidas diretamente aos que têm capacidade de promover e prescrever o novo produto – a farmácia e o médico, quanto, diretamente ao público leigo. Nesse sentido, a “medicalização” da sociedade não é uma “disfunção social” ou desvio, mas sim um processo inerente aos mecanismos estruturais, ligados à ampliação e generalização do “mercado” (LEFÈVRE, 1991). Contando com sistemas que informam sobre as prescrições e as vendas realizadas em todo o país, a indústria organiza suas estratégias de lançamentos e manutenção de produtos (GIOVANNI, 1980).

A promoção de medicamentos para prescritores utiliza diversas estratégias: das visitas dos propagandistas de laboratórios farmacêuticos divulgando os produtos com o fornecimento de folhetos, amostras grátis, brindes, ao financiamento de viagens, participação em eventos, patrocínio de publicações e pesquisas “científicas”. No setor público ou em hospitais as estratégias objetivam incluir os produtos nas listas de medicamentos selecionados na instituição. Nas farmácias são ofertadas bonificações, patrocinadas “gincanas” e outras “confraternizações”. Nestes estabelecimentos, frequentemente, é realizado

o levantamento das prescrições por prescritor, visando avaliar a efetividade da promoção. Assim, o prescritor que recebeu auxílio para participar de um evento ou que é frequentador assíduo de jantares de lançamento ou promoção de medicamentos poderá ter suas prescrições monitoradas, com a justificativa de verificar se o “investimento está valendo à pena”. Outra estratégia visa à fidelização do cliente a um determinado laboratório por meio do fornecimento, via médico, de um cartão magnético que, se utilizado mensalmente na mesma farmácia, confere ao portador descontos de até 50% no preço do medicamento prescrito (SANTOS; FARIAS, 2010).

Ainda para os profissionais da saúde, a indústria farmacêutica, sobretudo as grandes empresas, vem se valendo das teses do movimento da chamada medicina baseada em evidências, com a valorização outorgada aos ensaios clínicos para incrementar os argumentos publicitários em favor dos seus produtos. É oportuno lembrar que a realização de ensaios clínicos não é sinônimo de “validade científica” ou “evidência elevada”. Existem “ensaios clínicos” que deixam a desejar em termos de protocolo experimental ou que apresentam “eficácia” vinculada a parâmetros que não apresentam relevância clínica. Conforme Miguelote (2008, p. 7), “a indústria farmacêutica tem investido em projetos de pesquisas clínicas, com o objetivo de legitimar, cientificamente, seus produtos”.

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

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

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

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

Parte significativa desse tipo de reportagens utiliza-se de dados científicos, mesclados com misticismo, metáforas, alegorias e imagens como estratégia comercial. Para Nascimento e Sayd (2005), utiliza-se a articulação da autoridade moral da ciência a contextos simbólicos socialmente construídos. O discurso veiculado alcança migrar da condição de um simples produto para o de produtor de crenças, valores, desejos e padrões coletivos de procedimento.

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

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

Um dos instrumentos para fomentar o consumo de medicamentos no Brasil foi a expansão do número de farmácias e a sua caracterização como estabelecimento puramente comercial, particularmente com as drogarias. Outro recurso foi o estabelecimento de um grande mercado consumidor de medicamentos no Brasil, a partir do século XX. A urbanização e o crescimento populacional (e, mais recentemente, a longevidade) são elementos inquestionáveis na

expansão do mercado farmacêutico. Mas, além destes, também podem ser apontadas as políticas sociais adotadas pelo Estado entre os anos de 1930 a 1966. A ênfase inicial conferida ao subsistema de saúde pública foi progressivamente deslocada para o subsistema de medicina previdenciária. O insucesso das políticas de Saúde Pública, a intensa urbanização e a redefinição das condições de trabalho dos assalariados urbanos teriam gerado “uma demanda ‘infinita’ por assistência médica” (GIOVANNI, 1980, p. 83), sendo que nesta, a inclusão de medicamentos tornou-se cada vez maior. A opção por uma prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, dirigida a um mercado institucional cativo, favoreceu a formação do complexo médico-industrial responsável por elevadas taxas de acumulação de capital em grandes empresas internacionais ligadas à produção de medicamentos e equipamentos médicos. O Estado, ao mesmo tempo em que passou a regular a atividade privada, também se tornou um grande comprador de serviços, além financiar hospitais privados e credenciar convênios com empresas, tornando a prática médica altamente lucrativa (TEIXEIRA, 1980). A própria Central de Medicamentos (CEME), criada em 1971, com o objetivo de regular a produção e a distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos subordinados aos ministérios, foi transformada no maior distribuidor de medicamentos (SANTOS, 1999) e, por consequência, o maior comprador da indústria, atuando, como as demais distribuidoras, sem a presença do profissional farmacêutico. Em que pese a importância da expansão dos direitos sociais, a adoção de um modelo de atenção à saúde medicalizante provoca o aguçamento do consumo. Essa modalidade de benefício alastrou-se no mesmo período em que cresceu dramaticamente a presença dos laboratórios internacionais no Brasil, juntamente com sua pressão para o estabelecimento de um amplo mercado de medicamentos, ao mesmo tempo em que ocorria a precarização e a descaracterização do profissional farmacêutico. Neste contexto, Assistência Farmacêutica desvinculou-se de uma prática profissional, provida de um fim, e passou a ser traduzida pela disponibilização do medicamento (ou, minimamente, a facilitação de consumo), como benefício de uma política social. Enquanto concepção de assistência farmacêutica caracteriza-se pela ruptura de uma prática farmacêutica voltada ao cuidado e pela constituição do medicamento como síntese e substituto do próprio cuidado à saúde.

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

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

Concluindo esse item, tem-se que a industrialização dos medicamentos, iniciada no século XX, opera como motriz de outros dois processos: o declínio da profissão farmacêutica nos países periféricos e a supervalorização do medicamento.

Da década de 1980 até os dias atuais

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

Um dos frutos deste Movimento foi a transformação no estatuto da cidadania, sob a perspectiva dos direitos sociais, entendida como “um conjunto de direitos atribuídos ao indivíduo frente ao Estado Nacional” (FLEURY, 1997, p. 7). Assim, no que diz respeito ao arcabouço legal, passamos dos modelos de cidadania invertida e regulada, para a cidadania universal. Na cidadania invertida, as políticas sociais, sob a forma assistencialista, são dirigidas às necessidades sociais daqueles que não têm possibilidade de buscar a solução no mercado. Por isso, é considerada discriminatória. As políticas sociais relativas à proteção social, nos Estados nos quais predomina a cultura conservadora, são estabelecidas com base nos direitos e deveres vinculados ao *status* ocupacional, sob a forma de seguro social, correspondendo à modalidade de cidadania regulada. Na democratização social do capitalismo, a intervenção estatal busca

a correção distributiva das iniquidades sociais e dirige-se a todos os indivíduos, resultando na modalidade de cidadania universal.

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

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

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

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

O Artigo nº 196 da atual Constituição, afirmando a **saúde como direito de todos e dever do Estado**, representou uma vitória do Movimento da Reforma Sanitária que, em um cenário de crise econômica e movimentação pela democratização, promoveu uma grande mobilização no país.

Foi na década de 1980 que alguns movimentos buscaram reafirmar o papel do farmacêutico no contexto da saúde. Um deles diz respeito à Farmácia

Hospitalar, ainda que com forte conotação administrativa, organizada nos serviços farmacêuticos relativos à produção, distribuição, armazenamento e dispensação de medicamentos. É provável que a organização da Farmácia Hospitalar, campo de atuação farmacêutica mais desenvolvido à época, tenha influenciado na formulação do conceito de Assistência Farmacêutica apresentado no I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, de 1988:

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

Esse evento, realizado às vésperas da criação do SUS e destinado a propiciar o debate amplo e democrático sobre uma política de medicamentos, é um marco no que diz respeito à luta pelo direito de acesso a medicamentos e serviços afins. Contando com mais de 800 participantes, a importância do Encontro pode ser estimada pelo fato de que o conceito de Assistência Farmacêutica, então formulado, guarda muita semelhança com o atual, apresentado pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica:

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

Como discutido anteriormente no capítulo *Saúde e cidadania*, sob a denominação de Assistência Farmacêutica, o conjunto de ações necessárias à efetivação desse direito passou a demandar contingentes de profissionais farmacêuticos para atuarem no âmbito do SUS. A inserção do farmacêutico no SUS é, sem dúvida, um grande desafio e, ao mesmo tempo, uma grande oportunidade para a profissão atuar interdisciplinarmente na construção de soluções às necessidades de saúde apresentados pela população.

Outro importante movimento, iniciado a partir da década de 1990, foi a introdução, no país, da discussão e incorporação da prática chamada atenção farmacêutica. O termo atenção farmacêutica surgiu no Brasil como

tradução do espanhol “atención farmacéutica” que, por sua vez, provém do termo inglês “pharmaceutical care”. A atenção farmacêutica foi desenvolvida nos Estados Unidos da América sobre as bases da farmácia clínica, resultante da luta corporativa de uma profissão e a oportunidade de reafirmar o prestígio e a importância social, que haviam decrescido desde a industrialização dos medicamentos.

No Brasil, atenção farmacêutica está definida como:

É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde. (IVAMA et al., 2002).

O movimento de consolidação da prática farmacêutica clínica está sendo verificado em muitos países europeus e americanos e representa uma grande possibilidade de recolocar o profissional no cenário das práticas em saúde, dando-lhe visibilidade social.

3.4 A educação farmacêutica no Brasil

Ainda que pareça um contrassenso, a formação acadêmica foi responsável, em grande medida, pela descaracterização do farmacêutico como profissional da saúde.

A formação superior em Farmácia iniciou-se somente após a vinda da família real portuguesa para o Brasil, em 1808. Considerando que havia a necessidade de ofertar certos recursos para a nobreza que se estabelecia aqui, dentre os quais a formação superior, foram criados os colégios de Medicina e Cirurgia, no Rio de Janeiro e em Salvador. Posteriormente, essas instituições foram transformadas, em 1832, nas primeiras Faculdades de Medicina, que, além de conceder títulos de doutor em medicina, também dispunham de autorização para a concessão de títulos de farmacêutico e de parteira. Sete anos mais tarde, em 1839, surgiu, em Ouro Preto, a primeira escola de Farmácia do Brasil e da América Latina, desvinculada da escola de Medicina. Segundo Haddad e colaboradores (2006, p. 172), o ensino ministrado na época era voltado para

uma prática profissional “capaz de responder às necessidades da comunidade levando em conta a atenção individual ao cidadão”.

Conforme já citado, anteriormente, a partir de 1930, com a industrialização dos medicamentos, a profissão sofreu profundas modificações. O ensino de Farmácia incorpora novas habilidades, de forma a habilitar o profissional ao desempenho de atividades na indústria farmacêutica e nas análises clínicas.

Para Santos (1999), enquanto ocorria o distanciamento tecnológico entre a indústria nacional e a internacional, a formação farmacêutica dirigia-se mais a aspectos comerciais do que aos voltados para os cuidados em saúde, por interesses corporativos em garantir espaços no mercado de trabalho. É com este sentido que pode ser interpretada a legislação de 1930, ao contemplar atividades que vinham sendo executadas pelos farmacêuticos nas dependências da farmácia (análises clínicas, bromatológicas etc.), antes destinadas à preparação de medicamentos. Gradualmente, o ensino passou a focar, cada vez mais, essas novas habilidades, assim como as reformas ocorridas na década de 1960 também sugerem um posicionamento acrítico, acomodado às demandas do mercado. Tanto que, com o estabelecimento do primeiro Currículo Mínimo para a Farmácia, em 1962, foram implementadas disciplinas das análises clínicas, de forma a atender o mercado de trabalho. A formação privilegia tanto as análises clínicas que, não raro, o profissional farmacêutico passou a se chamar Farmacêutico-Bioquímico.

Em 1965, a formação, especificamente farmacêutica, esteve a ponto de desaparecer: o Ministro da Educação da época sugeriu ao Conselho Federal de Educação (CFE) a extinção das Faculdades de Farmácia, cujo curso deveria ser ministrado nas Escolas de Química (COELHO, 1980). A partir do ano seguinte, 1966, como resultado do Acordo entre o Ministério da Educação (MEC) e a United States Agency for International Development (USAID), conhecido como acordo MEC-USAID, intensificou-se uma educação utilitarista, voltada para as necessidades do mercado (MARINHO, 2005). A legislação de 1969, de acordo com os preceitos contidos nesses acordos, devia formar profissionais para o mercado de trabalho nascente, dentro de uma concepção tecnicista. No parecer do CFE, há uma recomendação explícita para que a formação para a indústria farmacêutica enfatize “os processos físicos”, subtraindo sua vinculação para com a saúde e eliminando a disciplina de Química Farmacêutica, núcleo central para a formação farmacêutica de então (COELHO, 1980). Com isso, a formação farmacêutica propriamente dita foi transformada em uma etapa preliminar, praticamente pré-profissional, para as habilitações de farmacêutico industrial ou farmacêutico-bioquímico.

Para Santos (1999), as transformações da universidade brasileira, na década de 1960, decorreram da necessidade de implementação do modelo de desenvolvimento imposto pelo capital monopolista, absorvendo os setores

das classes médias, que viam no ensino superior a sua única possibilidade de ascensão social e despolitizando a universidade. A formação de recursos humanos foi deslocada para uma ocupação a ser gerada pelo complexo industrial médico-farmacêutico de produção de medicamentos, de aparelhos médicos e de diagnóstico clínico. Ainda, na análise de Santos (1999), a formação foi estabelecida com uma concepção epistemológica, fundamentada no positivismo, de neutralidade da ciência e construção do conhecimento em um contexto “asséptico” e “a-histórico”:

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

Para Schenkel e Cunha Júnior (2007), o impacto da reforma universitária do final de 1960 teve, também, consequências para a produção de conhecimento na área, pela migração que provocou entre os docentes. Aqueles ligados às disciplinas básicas deslocaram-se para os institutos de Ciências Básicas, onde, além do ensino, continuaram a desenvolver pesquisas. Os docentes vinculados às disciplinas especificamente profissionalizantes, muitos dos quais sem dedicação exclusiva, permaneceram nas Faculdades e nos Departamentos de Farmácias.

Vê-se, assim, que as reformas do ensino foram realizadas de forma acrítica, ignorando-se que a maior parte das transformações não decorreu de uma visão estratégica de futuro, mas de acomodações imediatistas que implicaram em descaracterizações da profissão, em um processo permeado por disputas e conflitos, que extrapolavam os interesses de um único grupo profissional.

Na década de 1970, mesmo com o cerceamento à liberdade imposto pelo regime militar, movimentos nacionais e internacionais passaram a ter repercussão no Brasil, principalmente em relação ao ensino de medicina. Internamente, já estava em andamento a formulação de projetos críticos à Medicina Preventiva liberal, articulando projetos alternativos para a saúde e para a sociedade. Externamente, houve a atuação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Fundação Kellogg. Em 1972, a OPAS convocou uma reunião com os ministros da saúde da América Latina, para o desenvolvimento de um programa de “extensão de cobertura dos serviços de saúde”. Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou a Conferência Mundial de Ministros da Saúde, com o tema Atenção Primária à Saúde, lançando a Declaração de Alma-Ata, marco no desenvolvimento de muitos dos atuais sistemas de saúde. Também nessa década, a Fundação Kellogg apoiou, algumas vezes em colaboração com a OPAS, a implantação de projetos de Integração Docente-Assistencial (IDA), responsáveis pelo ensaio de propostas capazes de transformar, simultaneamente, o ensino

e o setor saúde (CHAVES; KISIL, 1999). A participação mais ativa sempre foi da Medicina, seguida da Enfermagem. Esporadicamente, houve participação da Farmácia, como no projeto desenvolvido pela Universidade Federal de Santa Catarina, no qual professores e estudantes, na condição de farmacêuticos-bioquímicos, realizavam exames típicos das análises clínicas. Entretanto, a efervescência desses movimentos, que evoluiu para o que veio a se chamar de Reforma Sanitária Brasileira, não provocou alterações na formação acadêmica da Farmácia.

Na década de 1980, promovido por entidades e órgãos da categoria farmacêutica, iniciou-se um debate nacional envolvendo professores e alunos dos cursos de Farmácia, do Brasil. A mobilização dos estudantes permitiu a realização de oito edições do “Seminário Nacional sobre Currículo de Farmácia” e quatro “Encontros Nacionais de Reforma Curricular”, no período entre 1987 e 1995. A tônica dos eventos foi a necessidade de formação profissional direcionada ao medicamento e inserida no contexto da assistência integral da saúde (SOUZA, 2003). Essa pauta polarizou as posições internas à profissão, entre farmacêuticos e farmacêuticos-bioquímicos, resultando, mais uma, vez no imobilismo das instituições formadoras.

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

A maior mudança desse cenário decorreu da Lei de Diretrizes e Bases para a Educação (LDB), de 1996. As novas regras para o ensino superior decorreram, quase que por consequência, de outro acontecimento anterior: a Constituição Federal, de 1988. Por meio desta, foram estabelecidos direitos sociais universais, como direito à saúde e à educação. Com esse último, houve a necessidade de massificar o acesso à educação. Nesse sentido, comparando o crescimento numérico de Instituições de Ensino Superior (IES), poderíamos afirmar que a LDB possibilitou um saldo extremamente positivo: partimos de 1.180 IES (85% das quais classificadas como de caráter privado), no ano de 2000, e passamos para 2.377 (88% privadas), em 2010. Em relação aos cursos de Farmácia, tínhamos 56 (59% privadas), em 1995, e em 2012 já somavam 481 (83% privadas).

Entretanto, se o direito universal à educação resultou da organização de um conjunto de forças que se uniram e lutaram por mais democracia e por uma nova Constituição, desde, pelo menos, a década de 1970, os governos neoliberais, que se estabeleceram na década de 1990, defenderam, junto com a massificação

do ensino, a flexibilização curricular, o encurtamento do tempo de formação, bem como o seu barateamento. A grande crítica às medidas neoliberais é a adoção de uma estratégia economicista na qual as necessidades de formação são substituídas pelas exigências imediatas.

Facilitando o estabelecimento de novas universidades e dando autonomia para que criassem seus cursos, a LDB incorporou o conceito de centros universitários, diferenciados das universidades pelo percentual de mestres e doutores, ou, em outras palavras, pela capacidade ou não em desenvolver pesquisa. Sabemos que, na prática, a diferenciação que se estabelece entre universidades e centros universitários vai muito além disso. Schenkel e Cunha Júnior (2007) observam que o crescimento no número de novos cursos, como consequência da LDB, é desproporcional à dimensão do sistema de formação em nível de pós-graduação.

Um ponto positivo da LDB diz respeito à finalidade atribuída à educação: “o pleno desenvolvimento do educando, seu preparo para o exercício da cidadania, sua qualificação para o trabalho”. Entretanto, pensando em como estamos habituados a ensinar, concluímos que, nesse tripé, somente a qualificação para o trabalho costuma ser contemplada, ou, minimamente, tratada como finalidade da formação. Em relação a essa diretriz, encontra-se o desafio de se pensar e agir numa perspectiva de construção e consolidação de uma concepção ampliada de Assistência Farmacêutica, que busque respostas técnicas às questões do acesso e uso racional de medicamentos, sob uma ética de justiça social e solidariedade.

Posteriormente à LDB, foram estabelecidas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Em nosso caso, a flexibilização curricular permitida pela LDB, associada à falta de um consenso ou, minimamente, de um projeto nacional para a formação/profissão farmacêutica, a tradição na formação tecnicista e biologista, as diferentes interpretações das DCN – por vezes excessivamente simplistas e por vezes tão abrangentes quanto impossíveis de operacionalizar – têm gerado uma gama de possibilidades que poderão repercutir em nova descaracterização do profissional, além de uma formação duvidosa para as atribuições que lhe são conferidas.

Como mudança importante e positiva das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia (CNE, 2002), assim como das demais profissões da saúde, tem-se a orientação para que a formação farmacêutica proporcione as ferramentas necessárias a habilitar o farmacêutico para assegurar a atenção à saúde, a tomada de decisões, a interação com outros profissionais e com o público, bem como contemple as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe, com ênfase no SUS.

O desafio da formação profissional é complexo. Sabemos que é impossível trabalhar só com o conhecimento, até pela velocidade com a qual vem sendo

produzido e acumulado. Conforme Freire (2005, p. 47), ensinar “não é apenas transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria produção ou a sua construção”. Por outro lado, não temos experiências ou temos pouca experiência para realizar a reforma ou transformação necessária ao ensino e, frequentemente, repetimos os mesmos erros.

Os dois últimos anos trouxeram mais desafios. As Resoluções nº 585 e nº 586 do Conselho Federal de Farmácia, de 2013 (CFE, 2013a; CFE, 2013b), tratam das atribuições clínicas do farmacêutico e da prescrição farmacêutica. São temas que precisam ser contemplados na formação profissional. Em 2014, a Lei nº 13.021/14 (BRASIL, 2014) mudou o perfil das farmácias e drogarias, caracterizando-as como estabelecimentos de saúde e não mais estabelecimentos comerciais. Esta Lei também determina a obrigatoriedade do farmacêutico no estabelecimento e reconhece este profissional como único habilitado para exercer a responsabilidade técnica nas farmácias. Além disso, elenca uma série de atribuições que devem ser exercidas pelo farmacêutico: proceder ao acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes, internados ou não, em estabelecimentos hospitalares ou ambulatoriais, de natureza pública ou privada; estabelecer protocolos de vigilância farmacológica de medicamentos, produtos farmacêuticos e correlatos, visando a assegurar o seu uso racionalizado, a sua segurança e a sua eficácia terapêutica; prestar orientação farmacêutica, com vistas a esclarecer ao paciente a relação benefício e risco, a conservação e a utilização de fármacos e medicamentos inerentes à terapia, bem como as suas interações medicamentosas e a importância do seu correto manuseio. São avanços importantes avanço para a valorização da categoria que representam os frutos de 20 anos de lutas.

Adicionalmente, temos agora mais outra demanda: a revisão das Diretrizes Nacionais para os cursos da área da saúde. Em relação à formação médica já houve a publicação de novas Diretrizes, em 2014, e no próximo ano as Diretrizes Nacionais para as demais profissões de saúde também deverão ser alteradas. As respostas não estão dadas e abre-se uma oportunidade de corrigir o rumo da profissão, radicalizando sua posição em um modelo de atenção à saúde voltado às necessidades da população.

Referências

- ANGELL, M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*. 3. ed. Rio de Janeiro: Record, 2008. 319 p.
- BARROS, J. C. *Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?* Brasília: UNESCO, 2004. 272 p.
- BERMUDEZ, J. A. Z. *Indústria farmacêutica, Estado e Sociedade*. São Paulo: HUCITEC/Sobravime; 1995. 204 p.

- BONFIM, J. R. A. A mercadização de produtos farmacêuticos e a inação governamental no Brasil. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R. A. (Org.). *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1999. p. 223-236.
- BOURDIEU, P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. 6. ed. Campinas: Papirus, 2005. 224 p.
- BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. 10. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007. 322 p.
- BRASIL. Central de Medicamentos. ENCONTRO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E POLÍTICA DE MEDICAMENTOS, 1. ANAIS... São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar editorial; Londrina: Uel Relatório Final. supl. I; Brasília: Central de Medicamentos, 1988.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 338*, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso em: 4 out. 2009.
- BRASIL. *Lei nº 13.021*, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm>. Acesso em: 20 dez. 2014.
- CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 11. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. 236 p.
- CFE. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução nº 585*, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. 2013a.
- CFE. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. *Resolução nº 586*, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. 2013b.
- CHAUÍ, M. *Convite à Filosofia*. 13. ed. São Paulo: Ática, 2004. 424 p.
- CHAVES, M.; KISIL, M. Origens, concepção e desenvolvimento. In: ALMEIDA, M.; FEUERWERKER, L.; LLANOS, M. (Org.). *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo/Buenos Aires/Londrina: HUCITEC/Lugar Editorial/ UEL, v. 1, 1999, p. 1-16.
- CNE. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia*, 2002.
- COELHO, C. C. *Contribuição para uma Política Nacional de Medicamentos*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1980.
- COREZOLA, F. C. *A construção de um grupo profissional: os farmacêuticos no Rio Grande do Sul*. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1996.
- CUNHA, F. O. Propaganda de medicamentos deve orientar profissionais de saúde. *Consultor Jurídico*, São Paulo, v. 8 jul. 2004. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2004-jul-08/propaganda_farmaceutica_resguardar_saude_publica>. Acesso em: 1 set. 2006.
- DIAS, J. P. S. *A Farmácia e a história: uma introdução à História da Farmácia, da Farmacologia e da Terapêutica*. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2005. Disponível em:

<www.ff.ul.pt/paginas/jpsdias/histsofarm/Farmacia-e-Historia.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2011.

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

FREIRE, P. *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa*. 31. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GARRAFA, V.; LORENZO, C. Helsinque 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados. In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F. S.; HELLMANN, F. (Org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: UNISUL, 2010, p. 21-35.

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

GLOBAL FORUM FOR HEALTH RESEARCH, *10/90 Gap*. Disponível em: <<http://www.globalforumhealth.org/about/1090-gap/>>. Acesso em: 2 nov. 2011.

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

GRIMBERG, M. Protesta social y salud: um abordaje antropológico delas demandas e iniciativas de salud em El marco de La movilizaci3n social em La Argentina. In: MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JÚNIOR, C.E.A. *Críticas e atuantes: Ciências sociais e humanas em saúde na América Latina*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 357-390.

HADDAD, A. E.; PIERANTONI, C. R.; RISTOFF, R.; XAVIER, I. M.; GIOLO, J.; SILVA, L. B. (Org.). *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

IVAMA, A. M. et al. *Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde, 2002.

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

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

LEITE, S. N.; MAFRA, A. C. “Que direito”. Trajetórias e percepções de usuários que acessam medicamentos por mandados judiciais em Itajaí-SC. CONGRESSO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 4. *Abrasco*. Apresentação Oral, 2007.

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

LUZ, M. T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. 32 p.

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

MARINHO, M. G. S. M. A presença norte-americana na educação superior brasileira: uma abordagem histórica da articulação entre a Fundação Rockefeller e estruturas acadêmicas de São Paulo. *Thesis*, ano 1, v. 3, p. 54-77, 2005. Disponível em: <www.cantareira.br/thesis2/v2n3/gabriela.pdf>. Acesso em: 23 mar. 2014.

- MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. São Paulo: Nova Cultural, 1996. v. 1, 496 p.
- MIGUELOTE, V. R. S. *A indústria do conhecimento, o médico e a indústria farmacêutica: uma coprodução de técnicos e técnicas de poder*. Dissertação (Mestrado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2008.
- NASCIMENTO, A. C.; SAYD, J. D. “Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado”. Isto é regulação? *Physis*, v. 15, n. 2, p. 305-328, 2005.
- OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. *Assistência Farmacêutica e acesso a medicamentos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. 112 p.
- ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 11, n. 1, p. 59-77, 2003.
- PEREIRA, S. L. G. Os investimentos das indústrias farmacêuticas brasileiras em programas sociais: uma análise dos indicadores sociais de 2006. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. 1, p. 19-28, 2009.
- PETROVICK, P. R. O que são medicamentos? In: SHENKEL, E.P.; MENGUE, S.S.; PETROVICK, P. R. (Org.). *Cuidado com os medicamentos*. Porto Alegre: UFRGS; Florianópolis: UFSC, 2004. p. 11-21.
- PINHEIRO, E. S. A indústria farmacêutica transnacional e o mercado brasileiro. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R. A. (Org.). *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1999. p. 165-178.
- PIRES, D. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil 1500 a 1930*. São Paulo: Cortez, 1989. 156 p.
- RECH, N. Reflexão inicial: o setor farmacêutico e o desenvolvimento nacional. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *I Fórum Nacional de Educação Farmacêutica: o farmacêutico de que o Brasil necessita: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008 (Série D. Reuniões e Conferências, p. 17-30).
- RIBEIRO, M. A. R. Saúde pública e as empresas químico-farmacêuticas. *História, Ciência, Saúde Manguinhos*, v. 7, n. 3, p. 607-626, jan./nov. 2000/fev 2001.
- ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2000. 163 p.
- ROLNIK, S. Toxicômanos de identidade: subjetividade em tempo de globalização. In: LINS, D. (Org.). *Cultura e subjetividade: saberes nômades*. 4. ed. Campinas: Papius, 2005. p. 19-24.
- SANTOS, M. R. C. *Profissão farmacêutica no Brasil: história, ideologia e ensino*. Ribeirão Preto: Holos, 1999. 155 p.
- SANTOS, B. S. *Pela mão de Alice: o social e o político na pós modernidade*. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2003. 348 p.
- SANTOS, R. I.; LEITE, S. N. Assistência farmacêutica e direito social à saúde. In: CORDEIRO B. C.; LEITE, S. N. *O farmacêutico na atenção à saúde*. Itajaí: UNIVALI, 2008, p. 43-53.

- SANTOS, R. I.; FARIAS, M. R. Conflitos bioéticos e as políticas para acesso aos medicamentos. In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F. S.; HELLMANN, F. (Org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: UNISUL, 2010, p. 278-289.
- SANTOS, R. I. *Concepções de assistência farmacêutica no contexto histórico brasileiro*. Tese (Doutorado em Farmácia) – Programa de Pós-Graduação em Farmácia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
- SCHENKEL, E. P.; CUNHA JÚNIOR, A. S. Panorama sobre a educação superior na área de farmácia no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *O ensino e as pesquisas da atenção farmacêutica no âmbito do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
- SILVA, J. A. P. *Problemática da farmácia pública brasileira*. Tese [Docência-livre]. Faculdade de Farmácia e Bioquímica, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1974.
- SORJ, B. *A nova sociedade brasileira*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. 169 p.
- SOUZA, M. A; BARROS, S. B. M. O ensino em Farmácia. *Pro-Posições*, v. 14, n. 1, p. 29-38, 2003.
- TEIXEIRA, S. M. F. Assistência médica previdenciária – evolução e crise de uma política social. *Saúde em debate*, n. 9, p. 21-36, 1980.
- VELLOSO, V. Assistência farmacêutica: discursos e práticas na capital do Império do Brasil (1850-1880). *Varia Historia*, v. 26, n. 44, p. 373-394, 2010.

ÉTICA E MEDICALIZAÇÃO

Sandra Noemi Cucurullo de Caponi
Fabíola Stolf Brzozowski

4.1 A ética na assistência à saúde

O expressivo desenvolvimento de novos fármacos e a comercialização, em larga escala, desses produtos é um fato bastante recente. Até o século XVIII, a pesquisa podia ser considerada uma atividade amadora. A partir da segunda metade do século XIX, o desenvolvimento de pesquisas científicas tornou-se mais limitado aos espaços acadêmicos e passou a dispor de métodos mais rigorosos e precisos. No século XX, como afirmam Garrafa e Lorenzo (2010), pode-se observar uma estreita ligação entre pesquisa e interesses corporativos. Os estudos universitários, pouco a pouco, começaram a aproximar-se dos interesses da indústria.

No campo da medicina e da terapêutica, por exemplo, podemos verificar essa aproximação na criação de novos fármacos. Ao mesmo tempo que se assiste a um aprimoramento da eficácia terapêutica dos medicamentos, podemos observar, também, o crescimento de um mercado em expansão, que difunde seus produtos pela mídia, que persegue o lucro e que, muitas vezes, para atingir esses lucros, pode chegar a estimular o consumo desnecessário de medicamentos ou a estimular a criação de novos mercados.

Assim, como consequência da descoberta de algum novo fármaco, tal como foi denunciado por Jörg Blech (2005), muitas vezes, pode ocorrer o surgimento de novas doenças. Observamos, ainda, a insistente divulgação, pela mídia, de diversos tipos de medicamentos, muitos dos quais estão destinados a mercados elásticos, como ocorre com as terapias preventivas, que visam antecipar riscos de possíveis doenças futuras (como os medicamentos para a hipercolesterolemia ou para a hipertensão). Outro desses mercados elásticos e de fronteiras imprecisas é o dos sofrimentos psíquicos. Na medida em que todos padecemos, em algum momento de nossas vidas, de algum tipo de sofrimento psíquico, esse mercado se torna altamente lucrativo, pois ele pode ser indefinidamente ampliado.

A indústria farmacêutica exerce um grande poder no mercado e na área da saúde como um todo, sendo uma das atividades mais lucrativas do mundo. Os fatores que favorecem essa expansão são diversos, além da eficácia maior de alguns medicamentos, não podemos desconsiderar a preocupação, própria de nossa sociedade, por generalizar e antecipar todos os riscos possíveis. O fenômeno de medicalização da vida cotidiana é outro fator que não pode ser deixado de lado.

Podemos descrever, rapidamente, a medicalização como sendo a incorporação ao campo médico¹ de problemas que até esse momento não eram considerados como passíveis de intervenção médica.

Assim, situações que antes seriam caracterizadas como tristeza podem passar a ser vistas e diagnosticadas como depressão; crianças com baixo desempenho escolar, cujas mães procurariam, anteriormente, um professor de reforço ou um pedagogo, hoje procuram auxílio médico, sendo, muitas dessas situações, diagnosticadas como Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH).

Apesar da grande movimentação financeira gerada por essa indústria todos os anos, o número de pesquisas conduzidas por esses laboratórios, direcionadas para o desenvolvimento de fármacos que atendam às necessidades de países mais pobres ainda é pequeno. Para termos uma ideia, entre 1975 e 2004, foram desenvolvidos 1.556 novos fármacos, entretanto, destes, apenas 10 eram específicos para o tratamento de doenças tropicais, típicas de países em desenvolvimento (GARRAFA; LORENZO, 2010).

Essas questões nos permitem pensar que a produção de conhecimento em geral e a produção de fármacos em particular, respondem a uma lógica que nem sempre está vinculada à pureza da pesquisa científica, à laboriosa descoberta de certos fármacos, ao objetivo único de melhorar a vida e a saúde das populações.

Outros valores estão em jogo, como: interesses econômicos, acumulação de lucro, criação de novos mercados para colocar esses medicamentos,

¹ Por campo médico entendemos aqui não só o que concerne à profissão médica em si, mas a toda a área da saúde.

competição com outras indústrias de medicamentos, *marketing* etc. Desse modo, podemos observar que, como assinala Márcia Angel (2007), existe um privilégio concedido à pesquisa e ao investimento em certos medicamentos, que poderão ser vendidos por muitos anos, para pessoas com poder de compra, ainda que isso signifique deixar de investir na produção de medicamentos para tratar doenças decorrentes da pobreza, como Chagas, malária, cólera ou tuberculose.

Os dados apresentados também nos permitem pensar que muitas das escolhas que fazemos como pesquisadores podem estar, igualmente, influenciadas por interesses econômicos, ou por promessas de prestígio acadêmico, ou, ainda, por nos facilitar a produção e publicação de papers em revistas científicas que aprimorem nossos currículos. Todo o sistema de avaliação dos pesquisadores, tanto no Brasil quanto no resto do mundo, leva a premiar aqueles que produzem pesquisas financiadas e, quanto maior o financiamento recebido, maiores os benefícios que se traduzem no reconhecimento dos pares. Como vemos, nem a produção de medicamentos, nem a própria pesquisa científica estão livres de valores ou interesses, isto é, elas não são neutras ou isentas dessas influências, como muitas vezes gostam de se definir.

Porém, tanto pesquisadores quanto indústria farmacêutica podem fazer escolhas e decidir privilegiar outros valores que não sejam aqueles limitados ao lucro, à competição entre pares, à procura de reconhecimento ou de financiamento, enfim, a valores que se limitam à conquista de benefício pessoal a qualquer custo. Podem decidir privilegiar escolhas que sirvam para melhorar a vida, a saúde e a dignidade das populações, tanto das que têm poder aquisitivo, quanto daquelas que sofrem com doenças decorrentes da marginalização e da pobreza. Refletir sobre as questões éticas implicadas nessas escolhas é uma tarefa que compete a cada um de nós como indivíduos, mas, prioritariamente, compete a nós como profissionais que desenvolvem funções de gestão e de administração do setor público de saúde.

Do apresentado até aqui, podemos apontar algumas questões para refletir, centradas em dois problemas: a ética (e a bioética) e a medicalização (particularmente a medicalização de condutas e sofrimentos). Começamos, então, por apontar algumas delas, que podem ser consideradas chaves para refletir sobre nosso dia a dia. É importante que todo profissional de saúde que lida, direta ou indiretamente, com compra, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos pense nas perguntas que apresentamos a seguir.

- 1) A indústria farmacêutica visa, exclusivamente, melhorar as condições de vida e saúde das populações?
- 2) Como e de que modo os interesses de mercado podem exercer influência (direta ou indireta) no direcionamento das pesquisas para o desenvolvimento de novos medicamentos?

- 3) Por que razão é exíguo ou quase nulo o investimento em novos fármacos para doenças prevalentes em países pobres?
- 4) Por quais razões (positivas e negativas) a indústria farmacêutica escolhe investir em fármacos destinados a doenças crônicas e privilegiar a prevenção de riscos?
- 5) Quais as consequências de investir num mercado elástico, como aquele representado pelos sofrimentos psíquicos e pelos comportamentos indesejados?

Inicialmente, abordaremos um pouco sobre ética para, logo depois, entrarmos no tema da bioética, uma ética aplicada às ciências da vida. Refletindo sobre o que foi discutido até então, buscamos pensar um pouco sobre pesquisa e indústria farmacêutica, como se dá essa relação, já trazendo o tema de medicalização, em seguida. Por fim, apresentaremos um pouco sobre medicalização do sofrimento, ou seja, como, muitas vezes, nossos sofrimentos cotidianos podem ser transformados em problemas médicos.

Como vimos, a produção de medicamentos, as intervenções terapêuticas e o próprio direcionamento das pesquisas perpassam por questões éticas. Mas podemos nos perguntar: o que é ÉTICA?

A ética é o campo da filosofia que se ocupa em refletir sobre nossos comportamentos e sobre as consequências morais desse comportamento. Esse campo do saber nos obriga a refletir sobre o modo como nos vinculamos aos outros e a nós mesmos. Quando olhamos nossos atos de uma perspectiva ética, sabemos que as escolhas humanas não podem ser realizadas simplesmente por um capricho, porque obedecemos a uma ordem ou porque estamos acostumados a agir desse modo.

A ética tem o objetivo fundamental de auxiliar-nos a refletir sobre nosso mundo e sobre nós mesmos, impedindo que se perpetuem todos os preconceitos que perpassam os discursos cotidianos, assim como muitas das afirmações que fazem parte do dito “senso comum”. Para tanto, exige um distanciamento crítico em relação àquelas coisas que consideramos como certezas inamovíveis, fatos para os quais nunca “tiramos um tempo para pensar”, pois parecem óbvios e naturais.

Porém, foi justamente porque, em determinados momentos históricos, as pessoas pararam para pensar nessas questões que estavam instituídas e aceitas por todos como inquestionáveis (como o fato de que as mulheres não teriam direito de votar, por exemplo) que muitos direitos foram conquistados. Desse modo, muitas pessoas que eram desconsideradas, que ninguém escutava ou prestava a devida atenção, passaram a ser, pouco a pouco, consideradas e ouvidas. Dentre essas conquistas, podemos destacar os direitos que as sociedades alcançaram para as crianças, as mulheres, as minorias raciais, as pessoas que

sofrem de alguma deficiência física, dentre muitos outros grupos humanos que, por muito tempo, foram vistos como seres inferiores e sem direitos.

Assim, a reflexão ética possibilitou que muitos direitos fossem conquistados e que muitas das certezas que antes faziam parte do senso comum, felizmente, pudessem cair por terra. Porém, ainda existem muitas pessoas que parecem estar à margem dos direitos e, por essa razão, temos muitos desafios que devem ser enfrentados e muitas certezas a serem removidas. E essa é uma tarefa coletiva e institucional, no sentido de que cabe às diversas instituições políticas, educativas, legislativas, bem como aos serviços de saúde e aos diversos espaços de assistência a luta por esses direitos. Mas, por sua vez, é uma tarefa que somente pode ser realizada se tomada como uma questão individual, se transformada em um projeto de cada uma das pessoas que faz parte dessas instituições.

A ética nos obriga a questionar se a ação que pretendemos realizar visa exclusivamente lucro, prestígio ou poder, ou se, ao contrário, é capaz de integrar todos os envolvidos de modo solidário, respeitando a autonomia e a capacidade de decisão de cada um dos indivíduos que são, direta ou indiretamente, afetados por essa ação. A avaliação das consequências morais de nossas ações exige um reconhecimento do outro como um sujeito autônomo, capaz de decisão e de reflexão, um sujeito que não pode ser utilizado de maneira instrumental para a conquista de meus objetivos de lucro, poder ou prestígio.

Afirmações autoritárias e irreflexivas, que por séculos perpetuaram exclusões de gênero, de raça e de classe, pouco a pouco, passaram a ser questionadas e integradas a debates jurídicos sobre direitos e deveres. Hoje são poucos os que ainda aceitam e toleram afirmações como: “os homens são mais inteligentes que as mulheres”, “as desigualdades sociais existem porque certos grupos não gostam de trabalhar”, “os professores podem agir de modo autoritário com os alunos porque eles têm um poder conquistado por seu saber”, “o médico nunca se engana e o usuário deve obedecer cegamente às suas prescrições”, “os usuários são como crianças, incapazes de refletir sobre seu próprio corpo e sobre sua saúde”, “os usuários devem aceitar e cumprir todas as prescrições e mostrar absoluta adesão ao tratamento prescrito”, dentre muitas outras certezas que, hoje, são absolutamente insustentáveis em espaços democráticos.

Os preconceitos que perpassam o senso comum devem ser cuidadosa e seriamente desmontados para que possamos ter sociedades mais solidárias e justas, para que possamos estabelecer, com os outros, vínculos menos impositivos e mais dignificantes. O professor, que imagina que o aluno deve simplesmente aceitar o que ele manda e que nada tem para aprender com seus alunos, acaba por limitar tanto as possibilidades criativas do estudante, quanto as potencialidades que esse vínculo pode representar para seu enriquecimento como professor e como indivíduo. E, algo semelhante ocorre com o profissional de saúde que acha que somente ele deve impor e nunca escutar. Perde-se ali

a dimensão da troca entre indivíduos, as experiências compartilhadas, a diversidade de vozes, a pluralidade, que formam o material a partir do qual nos constituímos como indivíduos éticos.

A ética não é uma soma de regras; não é possível montar um catálogo de ética (por essa razão se afirma que os códigos deontológicos não são verdadeiros códigos de ética, mas normas de exercício profissional). Alguém poderia argumentar: “então, se ela não diz como devemos agir, se ela não marca caminhos, parece que é completamente inútil”. Ao contrário, o que a ética permite é criar um espaço de diálogo com outras pessoas (pode ser um filósofo como Aristóteles, que nasceu no século V a.C., quando lemos seus textos, ou pode ser seu melhor amigo), que nos auxilie a pensar sobre como podemos fazer para construir nossas vidas do melhor modo possível. A ética é sempre uma decisão individual, cabe a cada um decidir qual deve ser considerada a melhor escolha e o melhor caminho a ser seguido.

Para que essa tarefa possa ser realizada, devemos tentar, como já foi dito, libertar-nos dos pré-conceitos e assumir alguns compromissos. O primeiro e o mais universal desses compromissos é o que Kant definiu como o imperativo categórico.

O imperativo categórico é a única norma, a única regra moral que se impõe a todos, e se define assim: “deves tratar aos outros sempre como um fim em si mesmo e nunca como um meio para conquistar teus próprios fins”. Isto é, debes tratar aos outros como pessoas (com valor e dignidade) e não como coisas (que têm um preço, que podem ser compradas e vendidas no mercado). Isso significa que os vínculos entre os humanos precisam supor um ponto de partida iniludível: que cada um seja tratado como um sujeito autônomo, capaz de decidir sobre o melhor modo de agir para levar uma boa vida.

Você pode estar se perguntando: e se uma pessoa gosta de humilhar os outros? Se gosta de ser autoritário e impositivo? Se decide que quer ver os outros sofrendo? O que ocorre com a ética? Bem, é aí que devem aparecer as leis, os direitos e os deveres, pois a ética nada pode fazer para aqueles que são refratários a ela.

Os filósofos, como Sêneca ou Aristóteles, diriam que as pessoas que pensam assim estão condenadas ao desprestígio e à solidão, porque elas não poderão estabelecer vínculos realmente humanos com os outros seres humanos. Elas estão condenadas a mandar e obedecer e, por essa razão, se movem no território da violência e da competição. A ética, pelo contrário, nos coloca em um mundo de troca entre iguais, onde não existe lugar para ordens ou humilhações, e supõe a reciprocidade, conquistada nas relações de amizade.

A ética somente é possível entre sujeitos que se reconhecem como iguais. Por isso, o vínculo ético fundamental é a relação de amizade, na qual duas pessoas decidem respeitar-se, não mentir, não fazer uso instrumental do

outro. O vínculo de amizade está fundado na reciprocidade, na confiança e na solidariedade, que são os eixos articuladores da ética.

Existem múltiplos autores e perspectivas éticas, como, por exemplo, os consequencialistas, os nominalistas, os altruístas.

Apesar dessa “divisão didática” em perspectivas éticas, todos os autores, desde Aristóteles até John Rawls, chamam a atenção para a importância de estabelecer vínculos solidários e não impositivos com os outros, seja em nosso cotidiano, com nossos próximos e com aqueles sujeitos anônimos, que passam por nossa vida pessoal ou profissional.

Falando em gestão

A ética fundamenta as decisões que se consolidam em diretrizes ideológicas e, conseqüentemente, em práticas nos serviços, nas instituições. As diretrizes e práticas estabelecidas nessas instituições não são fruto de geração espontânea, são fruto das decisões humanas – das pessoas que tiveram ou têm influência mais direta na tomada de decisões naquele âmbito. São, portanto, resultado de posturas éticas de pessoas que, assim como os diferentes filósofos, têm diferentes entendimentos do que é ético na organização de um serviço. Considerar todos iguais em direitos sobre os serviços (a universalidade do SUS); perceber que todos são merecedores de atenção e respeito sobre o conjunto de suas necessidades, cultura, anseios e interações sociais (a atenção integral); ou, ainda, dispensar maior atenção e cuidado se a pessoa estiver em condição de vulnerabilidade ou tendo necessidades particularmente diferenciadas (a equidade no SUS); tudo isso não é algo tão fácil de reconhecer nas atitudes de muitos profissionais de saúde, de alguns dirigentes e mesmo, claramente expostas, nas diretrizes organizacionais de muitas instituições.

Da mesma maneira, destaca-se, como indicativo de uma gestão ética, o reconhecimento do coletivo como uma forma especial de gerenciar, em que: os colegas de trabalho como atores tão importantes quanto o sujeito “gestor” para o processo de trabalho, e os usuários como cidadãos – ou seja, fundamentar a ética nas relações humanas. Agindo diferentemente disso, não é possível aplicar princípios como o do planejamento estratégico participativo e tudo o que vimos até agora sobre o processo de gestão esperado para o Sistema Único de Saúde.

Você já parou para analisar a missão, os valores, os compromissos explícitos nos documentos da instituição (ou do departamento, do setor, da unidade) em que você trabalha?

Estudiosos da ética, como espaço de reflexão, têm se debruçado sobre questões práticas, e isso se denomina ética prática. Nesse campo, múltiplas contribuições foram feitas nos últimos 20 anos sobre uma dimensão muito particular da ética prática: aquela que se ocupa das questões vinculadas com a vida e com a saúde. Esse campo do saber, que conta com publicações de prestígio, inserção institucional em hospitais e centros de saúde, desenvolvimento de pesquisas divulgadas em congressos e encontros nacionais e internacionais, denomina-se bioética, e é sobre ela que vamos expor um pouco mais, a seguir.

4.2 Bioética: principais conceitos e história

Alguns dilemas ou tensões são constantes no dia a dia. Quem nunca se deparou com uma criança febril, cuja mãe procura um medicamento para febre na farmácia de uma unidade de saúde, porém sem o receituário médico? Ou, quando chega com o receituário, o nome do medicamento está descrito pelo nome comercial e não pela Denominação Comum Brasileira?

Nesses casos, devemos favorecer o acesso ao medicamento ou às normas e legislações impostas para os serviços de saúde no SUS? O que fazer quando uma pessoa busca informações, vai de um lado para o outro no serviço e não consegue resolver seu problema?

Dessa forma, podemos dizer que a bioética se preocupa com todas as situações de vida relacionadas com tensões e que pressupõem escolhas morais. A proposta de mediação desses conflitos, sugerida pela bioética, é caracterizada pelo espírito não normativo, não imperativo e por sua posição de respeito às diferenças e ao pluralismo moral. Não é simples aceitar que existam diversas escolhas morais determinadas por diferenças culturais ou sociais, mas a bioética nos apresenta o desafio de tentar lidar, do melhor modo possível, com essa diversidade, que faz parte da condição humana. Em outras palavras, quando se fala em bioética, está se falando também em tolerância (DINIZ; GUILHEM, 2002).

O marco histórico da bioética, geralmente citado por vários estudiosos, é a publicação da obra *Bioética: uma ponte para o futuro*, de Van Rensselaer Potter, em 1971. Para Potter, a bioética deveria ser uma disciplina capaz de acompanhar o desenvolvimento científico, com uma vigilância ética que estaria isenta de valores morais. Essa proposta de associar biologia e ética ainda se mantém hoje na bioética (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Mas, vamos ver que a história da bioética tem início antes e, destacaremos alguns acontecimentos que contribuíram para o surgimento dela, principalmente relacionados a situações de pesquisas com seres humanos.

Em 1960, foi criado um comitê de seleção de diálise, o *Seattle Artificial Kidney Center*, que era responsável pela seleção, dentre pacientes renais

crônicos, daqueles que fariam parte de um novo programa de hemodiálise. Esse programa contava com uma nova tecnologia de hemodiálise, o shunt artério-venoso, possibilitando o tratamento de doentes com falência renal. Apesar de representar uma possibilidade de tratamento, havia alguns problemas: o *Seattle Artificial Kidney Center* tinha apenas nove leitos (ou seja, o número de pacientes era superior à capacidade do programa); a diálise “tradicional” era ainda um tratamento raro nos Estados Unidos (o que fez com que a nova terapia fosse bastante procurada); a nova hemodiálise apresentava alto custo e as empresas de seguro saúde não concordavam em pagar por tratamentos experimentais.

Para tentar contornar esses problemas, foi criado, então, um comitê, composto por sete pessoas de diferentes formações, porém essencialmente leigas na área médica. Os casos eram analisados individualmente, levando-se em conta somente critérios sociais, tais como sexo, idade, situação conjugal, dependentes, escolaridade, ocupação, perspectivas para o futuro. Dessa forma, esse comitê tinha o poder de decidir quem sobreviveria ou não, quem teria direito ao tratamento e quem não teria. E por essa razão, também observamos que foram feitas escolhas que privilegiaram determinados grupos mais socialmente aceitos, em detrimento de outros grupos, geralmente marginalizados.

Pensando em tudo que discutimos até então, faz-se necessário questionar os critérios utilizados: será que a posição social deve interferir na seleção de usuários para determinados tratamentos? Pessoas casadas, que frequentam a igreja, que têm filhos, emprego, bom salário e que colaborem com ações comunitárias possuem mais direitos do que as demais? Será que essa é uma boa maneira de lidar com os problemas descritos anteriormente? Essa é uma forma justa de decidir quem pode e quem não pode receber determinado tratamento?

Esses critérios sociais, muitas vezes, refletiam os preconceitos e as ideias do senso comum, validando e até aumentando as injustiças e iniquidades sociais. Além disso, a decisão de salvar vidas (ou então, a decisão sobre quem deveria ser beneficiado pelo tratamento) deixou de ficar com o médico e passou para um comitê de leigos, o que abalou a confiança na relação médico/paciente (BRAZ et al., 2013). Esse comitê de decisão funcionou por, aproximadamente, 10 anos e esteve em atividade até 1971, criando, nesse período, situações altamente injustas.

Juntamente com a evolução tecnológica da medicina vieram novos desafios, tais como a definição de morte cerebral; a escolha de critérios para a seleção de pessoas que receberão determinados tratamentos; a priorização, em razão dos custos, do tratamento de algumas condições patológicas em detrimento de outras; o desenvolvimento de pesquisas clínicas; dentre outros, com os quais as associações médicas não conseguiam lidar. A medicina da época seguia diretivas mínimas, como *primum non nocere* (pelo menos não lesar) e *salus aegroti suprema lex* (o bem-estar do paciente em primeiro lugar). Dessa forma, conforme afirma Heck (2005), a bioética nasceu ao mesmo tempo em que a

ética médica tradicional, restrita à normatização da profissão médica, começou a entrar em crise, e se descobriu despreparada para enfrentar as mudanças tecnológicas que estavam ocorrendo no âmbito das ciências biológicas.

Além dessas mudanças tecnológicas e médicas, os anos de 1960 foram marcados pela luta de direitos civis, reforçando movimentos sociais organizados, tais como o feminismo, o movimento negro, *hippie* etc. Diniz e Guilhem (2002) relataram que esses movimentos promoveram discussões sobre temas tangentes à ética normativa e aplicada, revelando questões relativas à diversidade de opiniões, ao respeito pela diferença e ao pluralismo moral.

A bioética surgiu, então, como um espaço a partir do qual passam a ser garantidos os interesses de grupos e indivíduos em condições de vulnerabilidade social, tema totalmente novo até aquele momento. Para Diniz e Guilhem (2002), um dos principais elementos que causou essa mudança foi a formação de um discurso crítico em relação à pesquisa científica. Pela primeira vez, parece ficar em evidência para o grande público que, como já apresentamos no apartado anterior, o discurso científico não é inquestionável, não é absolutamente neutro e isento de valores, nem está apenas a serviço da humanidade.

Pensando sobre o termo “vulnerabilidade social”, vem à tona a ideia de fragilidade, debilidade, desproteção, abandono, exclusão. Em bioética, uma situação de vulnerabilidade social pode ser definida como aquela em que as condições de vida, historicamente determinadas, interferem na autodeterminação dos sujeitos em relação à sua participação em pesquisas, das quais podem decorrer riscos ou potencializar já previstos, prejudicando a capacidade de defesa dos próprios interesses em relação aos benefícios visados pela pesquisa (GARRAFA; LORENZO, 2010).

Leitura complementar: Recomenda-se a leitura do texto *Helsinki 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados*, que integra o livro *Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica*, publicado pela Editora Unisul, em 2010.

Eis alguns exemplos que caracterizam situações de vulnerabilidade social: desigualdades sociais; baixo nível de instrução das pessoas; pouco acesso a serviços de saúde; vulnerabilidade relacionada a gênero, à idade, a preconceitos raciais ou étnicos; existência de condições ambientais precárias; pessoas mentalmente afetadas, cuja capacidade de decidir encontra-se diminuída; dentre outras.

Em razão dos novos desafios advindos das novas tecnologias, da realização de estudos com seres humanos e da preocupação com a saúde dos sujeitos de

pesquisa, veio a necessidade de criação de alguma forma de controle desses estudos. A Declaração de Helsinque, redigida em 1964, pela Associação Médica Mundial, é o resultado principal do esforço para possibilitar a regulamentação da investigação com seres humanos e consiste em um conjunto de princípios éticos que regem esse tipo de pesquisa. Dentre as diretrizes, podemos destacar a importância dada ao consentimento livre e esclarecido e à afirmação de que o bem-estar dos seres humanos deve vir antes dos interesses da ciência e da sociedade.

Atividade complementar: A professora Marta Verdi cedeu uma entrevista para o Curso de *Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD*, onde trata das diferentes perspectivas em bioética, observadas atualmente, no Brasil. O vídeo está disponível no *link*: <<http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/2856>>.

4.3 Ética, pesquisa e indústria farmacêutica

Desde o surgimento da Declaração de Helsinque, nos anos de 1960, vemos que a ética na pesquisa clínica com seres humanos vem sofrendo avanços e retrocessos. Por um lado, temos os interesses econômicos ditando regras e, por outro, instituições envolvidas com os direitos e o bem-estar dos sujeitos de pesquisa. Nesse embate, nem sempre direto e nem sempre perceptível, e apesar dos avanços adquiridos nas últimas décadas, a indústria vem ganhando espaço e os interesses econômicos, muitas vezes, acabam prevalecendo. Esse será o tema de discussão a seguir, sobre o qual, primeiramente, traçaremos um panorama das mudanças ocorridas na Declaração de Helsinque para, depois, abordarmos mais especificamente da indústria farmacêutica e dos métodos de garantia de mercado desta.

Atividade complementar: Essa questão pode ser bem observada no filme *O jardineiro fiel*, de Fernando Meirelles (2005), baseado no livro homônimo de John Le Carré, quando apresenta uma situação de abuso em pesquisas clínicas com seres humanos, que pode ser ilustrativa para analisar a relação dos Laboratórios farmacêuticos com os pacientes pobres dos países do Terceiro Mundo (no caso, na África).

Ética e pesquisa com seres humanos

A Declaração de Helsinque (1964) representa um grande avanço dentro da ética em pesquisa e bioética. Antes dela, havia apenas o Código de Nuremberg, criado em 1947, para nortear a ética em pesquisa e controlar os abusos ocorridos em estudos clínicos, porém esse código não era revestido de poder legal.

Foram realizadas, desde sua criação, seis revisões na Declaração de Helsinque, sendo que a última foi em 2008 e é considerada, por muitos autores, um retrocesso, ao estabelecer a possibilidade de estudos duplo standard para pesquisas clínicas.

Antes de entrar no tema do duplo *standard*, é importante termos uma ideia do conteúdo da declaração de uma forma geral. Alguns dos princípios básicos da Declaração de Helsinque incluem:

- os projetos de pesquisa devem ser submetidos a comitês independentes do pesquisador e do patrocinador;
- os interesses dos sujeitos de pesquisa devem prevalecer sobre os interesses da ciência e da sociedade;
- precauções devem ser tomadas para respeitar a privacidade dos sujeitos da pesquisa e minimizar qualquer dano que a pesquisa possa trazer a eles;
- os pesquisadores devem interromper a pesquisa quando os riscos forem maiores que os possíveis benefícios;
- todo pesquisador deve fornecer informações sobre sua pesquisa e obter o consentimento informado dos participantes.

Uma característica importante, que constava na Declaração de Helsinque até 2008, era a garantia do melhor método existente de diagnóstico e terapia para cada usuário (incluído aí o grupo controle do estudo, se houver). O duplo *standard* está relacionado a essa garantia, que passou a ser a exigência do melhor método de diagnóstico e de terapêutica disponível no lugar onde a pesquisa é desenvolvida (GARRAFA; LORENZO, 2010). A normativa do duplo *standard* permitiu a existência de tratamentos diferenciados, dependendo do local da pesquisa, regulamentando as disparidades já existentes entre países ricos e pobres, em relação às terapêuticas de referência para as pesquisas clínicas. Essa situação pode ser observada no filme *O jardineiro fiel*, anteriormente citado.

Os argumentos a favor dessa mudança não veem desvio ético ao utilizar, por exemplo, placebo nos ensaios clínicos em países pobres, mesmo que existam métodos eficazes, nos países ricos, para tratar as condições em teste. Nesse caso, dizem seus defensores, estaria sendo oferecida uma oportunidade de tratamento para essas pessoas e, além disso, estariam sendo oferecidos benefícios secundários, tais como assistência médica, fornecimento de

equipamentos e formação de recursos humanos (GARRAFA; LORENZO, 2010). Um caso semelhante de uso indevido de placebo ocorreu entre os anos de 1998 e 2000, em um estudo, realizado em 16 países da África, sobre a transmissão vertical de HIV de mãe para filho.

Leitura complementar: Para uma apresentação detalhada desse caso, recomenda-se a leitura do artigo *A biopolítica da população e a experimentação com seres humanos*, de Sandra Caponi, publicado no periódico *Ciência e Saúde Coletiva*, em 2004.

Para os autores Garrafa e Lorenzo (2010), primeiramente, a falta de acesso a medicamentos é resultado de desigualdades sociais e não é algo natural. Assim, o não acesso não pode e não deve ser considerado como um padrão local que legitime o não tratamento, justificando a redução de proteção à integridade física e ao acesso a benefícios para os sujeitos de pesquisa clínica, que são, ao mesmo tempo, usuários necessitados de atenção médica. Além disso, a falta de acesso dos países pobres a certos medicamentos pode estar relacionada aos altos preços praticados pelas empresas e à defesa de suas patentes. Avançando um pouco mais, é possível pensar que a aceitação do duplo standard constitui, na verdade, mais um estímulo para que as indústrias de medicamentos mantenham o baixo custo das pesquisas, possibilitando maiores lucros.

Ética e indústria farmacêutica

Muito se fala hoje na gigante e colossal indústria farmacêutica, que lucra milhões de dólares por ano, e das estratégias de *marketing* e de promoção de medicamentos que ela adota. Aqui poderemos pensar um pouco sobre o surgimento dessa indústria e o que há por trás desse imenso montante de dinheiro.

As primeiras drogarias, as chamadas boticas ou apotecas, de que se têm notícias são do período da Idade Média e, até meados do século XIX, a produção de medicamentos era artesanal. Os medicamentos eram confeccionados com matérias-primas de origem vegetal ou animal. Os boticários eram responsáveis por conhecer e curar doenças e tinham alguns requisitos a seguir, tais como manter local e equipamentos adequados para a confecção e o armazenamento dos medicamentos.

No século XVI, a pesquisa de princípios ativos de plantas, animais e minerais que seriam capazes de curar doenças ganhou força, impulsionando estudos e pesquisas na área farmacêutica. A partir do século XIX, as boticas da Europa e América do Norte se tornaram companhias farmacêuticas (indústrias

de medicamentos) ou drogarias. Algumas das grandes indústrias farmacêuticas atuais nasceram nesse período.

Nas décadas de 1920 e 1930, ocorreu um grande marco na produção de medicamentos, em razão da descoberta da insulina e da penicilina, que passaram a ser manufaturadas e distribuídas em massa. A indústria farmacêutica alavancou, na década de 1950, devido ao desenvolvimento de estudos científicos sistemáticos, de biologia humana e de técnicas manufatureiras mais sofisticadas. Muitos novos medicamentos surgiram nessa época e foram produzidos em larga escala nos anos de 1960, tais como o primeiro contraceptivo oral, cortisona, medicamentos para hipertensão e outros medicamentos para o coração, inibidores da monoaminoxidase (MAO), clorpromazina, haloperidol e diazepam, só para citar alguns.

A partir de então, a indústria de medicamentos só cresce, com rendimentos incomparáveis. Produzir medicamentos se tornou uma atividade bastante lucrativa, principalmente depois de 1980. Até meados de 1980, as vendas de medicamentos sob prescrição médica, nos Estados Unidos, eram estacionárias, porém, entre 1980 até 2000, elas triplicaram. Em 2002, essas vendas chegaram a US\$ 200 bilhões (ANGELL, 2007).

Mas, vamos deixar um pouco de lado esses números assombrosos e discutir alguns fatores que podem auxiliar para que esse valor de venda seja mantido pela indústria. Alguns deles são mais visíveis e bastante conhecidos, como propaganda direta de medicamentos ao consumidor, promoção de medicamentos aos profissionais de saúde por meio de representantes dos laboratórios e financiamento de congressos. Outros são mais sutis e é a esses que, neste texto, vamos voltar nosso olhar com mais atenção.

Um desses fatores é o aumento do número de doenças diagnosticáveis. Só na área de saúde mental, por exemplo, em 40 anos, o número de diagnósticos quase triplicou. Em 1952, ano de publicação da primeira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I), havia 106 diagnósticos de doenças mentais descritos.

Já em 1994, na quarta edição do DSM, esse número estava em 297. Segundo Jörg Blech (2005), uma das causas do crescimento das indústrias farmacêuticas nos últimos anos é o tratamento cada vez maior de pessoas que, na realidade, não estão doentes. Para o autor, os grupos farmacêuticos e as associações médicas redefinem o que é saúde e, dessa forma, muitas situações de vida e comportamentos normais são enquadrados, sistematicamente, como estados patológicos. De acordo com Blech, as indústrias farmacêuticas patrocinam a invenção de quadros clínicos, resultando em novos consumidores para seus produtos.

Ainda no exemplo da saúde mental, o recém-lançado DSM-5 (2014) vem sofrendo duras críticas, em razão, principalmente, de dois motivos: (1)

envolvimento dos membros responsáveis pela sua organização com a indústria de medicamentos; e (2) critérios diagnósticos mais abrangentes. Sobre o primeiro, de acordo com Cosgrove e Krimsky (2012), em março de 2012, 69% dos membros da força-tarefa do DSM-5 possuíam relação com a indústria. Essa participação, mesmo que indireta, dos produtores de medicamentos na elaboração da quinta edição do manual significa um viés importante, considerando-se o fato de que ele é visto como uma “bíblia” para o diagnóstico em psiquiatria. O motivo (2) está relacionado com a expansão da categoria diagnóstica, que discutiremos ao longo dos próximos parágrafos.

Blech (2005) nos fornece alguns exemplos de situações que foram “inventadas”, resultando em novos compradores de medicamentos, tais como: hipertensão arterial, fobia social, *jet lag*, hipercolesterolemia, sobrepeso, menopausa, fibromialgia, síndrome do intestino irritável, disfunção erétil, dentre outras. Muitas vezes, essas doenças possuem bases científicas escassas. De acordo com Angell (2007), hoje, os laboratórios farmacêuticos não anunciam medicamentos para tratar doenças, e sim doenças para conseguir utilizar seus medicamentos, ou seja, cria-se uma doença para poder utilizar um determinado medicamento. A autora descreve o exemplo da azia:

Quase todo mundo tem azia de vez em quando. O remédio costumava ser um copo de leite ou um antiácido de venda livre, para aliviar os sintomas. Mas agora a azia passou a se chamar [...] “doença do refluxo gastroesofágico [...]” e a ser anunciada, juntamente com o medicamento para tratá-la, como um prenúncio de uma doença grave do esôfago – o que normalmente não é o caso. Resulta daí que, em 2002, o Prilosec® foi o terceiro medicamento mais vendido mundialmente [...] e seu concorrente, o Prevacid®, foi o sétimo. (ANGELL, 2007, p. 102-103).

Além de novas doenças, o que ocorre, muitas vezes, é a expansão da categoria diagnóstica (ANGELL, 2007; BLECH, 2005; CONRAD, 2007). Isso significa que um diagnóstico pode ser redefinido, com critérios mais abrangentes, resultando em uma categoria capaz de englobar um número maior de pessoas. Como exemplo, podemos citar o caso da hipertensão. Até recentemente, a hipertensão era definida como pressão acima de 140 por 90 (mmHg), quando um grupo de especialistas modificou a definição da doença, e passou a reconhecer a situação chamada de pré-hipertensão, definida como pressão entre 120 por 80 (mmHg) e 140 por 90 (mmHg). Esse fato resultou em um novo grupo de consumidores de medicamentos para hipertensão, pois, apesar de se recomendarem exercícios e mudanças de hábitos nessa faixa de pressão arterial, muitas pessoas utilizam medicamentos, mesmo com a falta de provas convincentes de benefício para esse grupo (ANGELL, 2007).

Alguns grupos de situações são mais facilmente medicalizadas e potencialmente tratáveis, de acordo com Blech (2005). Uma delas é a transformação de processos normais da vida em problemas médicos, como, por exemplo, a queda de cabelo. Quando se descobriu o primeiro regenerador capilar do mundo, estudos concluíram que um terço dos homens sofriam de queda de cabelo. Além disso, se afirmou que a queda de cabelo provocava pânico e problemas emocionais, além de reduzir as perspectivas de trabalho.

A segunda situação é a transformação de problemas pessoais e sociais em problemas médicos. Em neurologia, a transformação de pessoas sadias em doentes funciona bem, visto que os critérios para o diagnóstico, geralmente, são subjetivos, e são poucos os exames físicos e/ou laboratoriais que podem comprovar ou descartar alguma doença. Um exemplo é a timidez, que passou a ser chamada de fobia social, tratável com antidepressivo. E outro exemplo que podemos destacar é o do Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), cujo diagnóstico pode ser recebido por crianças desatentas ou mais agitadas na escola.

Outras situações, frequentemente, medicalizadas são os riscos. A ideia de que os fatores de risco podem e devem ser controlados e que as doenças podem ser evitadas por meio desse controle está bastante em voga: “fumar causa câncer”, “comer carne vermelha causa problemas cardíacos”, dentre outras frases, se tornaram bastante comuns no dia a dia e muitos controles passam por tratamentos com medicamentos. Um exemplo é o colesterol: colesterol alto é fator de risco para doenças cardiovasculares. Porém, o limiar do que são considerados altos níveis de colesterol diminuiu nos últimos anos, ou seja, o número de consumidores de estatinas aumentou.

Leitura complementar: Para aprofundar essa questão sobre os riscos, recomenda-se a leitura do texto de Luis David Castiel, intitulado *Identities sob risco ou risco como identidade? A saúde dos jovens e a vida contemporânea*, publicado na *Revista Internacional Interdisciplinar, INTERthesis*. Trata-se de um ensaio que discute a questão da identidade dos jovens brasileiros em relação aos riscos na nossa cultura contemporânea.

Sugere-se, também, outro texto do mesmo autor, denominado *Riscos catastróficos e seus enredos: a hiperprevenção como forma de vida medicada*, integra o livro *Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica*, publicado pela Editora Unisul, em 2010.

Também vem se tornando comum a transformação de sintomas pouco frequentes em epidemias de larga proporção, como o exemplo da disfunção

erétil: desde a introdução do Viagra® no mercado, o número de homens com impotência aumentou. Alguns estudos afirmam que, aproximadamente, 50% dos homens entre 40 e 70 anos sofrem de disfunção erétil.

Por fim, outra situação que destacamos é a transformação de sintomas leves em indícios de doenças mais graves. Blech (2005) exemplifica esse fato por meio da síndrome do intestino irritável. Essa doença é caracterizada por muitos sintomas que todas as pessoas já experimentaram em algum momento da vida, tais como dores, diarreias e flatulências, alternadas com períodos assintomáticos. Para o autor, entre 60% e 70% da população sofre de um ou mais desses sintomas, de modo que se poderia dizer que é anormal estar totalmente livre de todos eles. Por muito tempo essa doença foi considerada leve, relacionada a doenças psicossomáticas. Com o surgimento, nos Estados Unidos, de um medicamento para tratá-la, o alosetron, o objetivo foi expandir o mercado, por meio da difusão de informação, afirmando que a doença era frequente, significativa e independente. Em 2000, o alosetron foi retirado do mercado americano, retornando em 2002, porém com restrições.

Por meio desses exemplos, é possível perceber que, frequentemente, ocorre manipulação de informações por parte dos produtores de medicamentos, com o objetivo de fazer com que seus produtos pareçam o mais eficazes e seguros possível. De maneira geral, a indústria farmacêutica participa de todas as etapas de estudos dos novos medicamentos, desde o planejamento até a discussão de seus resultados. O envolvimento da indústria nesses estudos nos faz refletir sobre suas tendenciosidades. Para Angell (2007, p. 117), “os pesquisadores não controlam mais os ensaios clínicos; os patrocinadores os controlam”.

Uma questão importante para considerarmos está relacionada a essas doenças que descrevíamos anteriormente, as doenças “inventadas” e as “expandidas”. É possível notar que, geralmente, são consideradas doenças crônicas e facilmente comercializáveis em países desenvolvidos. Enquanto novos tratamentos são criados para doenças inventadas, milhões de pessoas morrem todos os anos em decorrência de doenças tropicais infecciosas, típicas de países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento.

Essas são as chamadas “doenças negligenciadas” que, só em 1999, mataram cerca de 14 milhões de pessoas no mundo. Dentre as causas dos altos índices de mortalidade, destaca-se a falta de pesquisa e desenvolvimento de medicamentos para o tratamento de doenças que atingem a população excluída dos bens de consumo, tais como leishmaniose, tuberculose, malária e doença de Chagas (MACIEL, 2010).

Leitura complementar: Para aprofundar essas questões, sugere-se leitura do estudo de Ethel Maciel, que integra o livro *Medicalização da Vida: Ética, Saúde Pública e Indústria Farmacêutica*, publicado pela Editora Unisul, em 2010. O título do texto é *Doenças negligenciadas: nova agenda para velhas doenças*.

Barros (2008) estima que um terço da população mundial seja portador do bacilo da tuberculose, o *Mycobacterium tuberculosis*, sendo que, desses, entre 5% e 10% desenvolvem a doença. Só em 2005, 1,6 milhão de pessoas morreram de tuberculose e 9 milhões foram infectadas. Desses 9 milhões, aproximadamente metade viviam em seis países pobres (Bangladesh, China, Índia, Indonésia, Paquistão e Filipinas).

Apesar disso, de acordo com Maciel (2010), apenas 10% das pesquisas em saúde, realizadas no mundo, são dedicadas às condições que correspondem a 90% da carga global de doenças. Além disso, há poucos financiamentos buscando investigações sobre essas doenças. As doenças negligenciadas despertam pouco interesse para a indústria farmacêutica, principal fonte de estudos sobre medicamentos no mundo, pois o retorno financeiro não seria tão grande.

Uma grande fonte de crescimento econômico para as indústrias de medicamentos, por sua vez, são aqueles que Angell (2007) denomina “medicamentos de imitação”. Os medicamentos de imitação têm qualidades terapêuticas semelhantes às de algum medicamento já comercializado, ou a mais de um. Em outras palavras, são medicamentos lançados no mercado como novas moléculas, porém não podem ser considerados inovadores, e não demonstraram superioridade aos medicamentos já existentes.

Entre 1998 e 2002, foram aprovados pelo *Food and Drug Administration* (FDA) 415 novos fármacos, dos quais apenas 14% foram considerados medicamentos inovadores. Outros 9% foram considerados aperfeiçoamentos significativos de fármacos já comercializados. E os demais 77% foram classificados pelo FDA como sendo do mesmo nível de outros medicamentos já disponíveis no mercado para tratar a mesma condição, ou seja, eram medicamentos de imitação (ANGELL, 2007).

Angell (2007) aponta, como exemplo bastante representativo do que seria um medicamento de imitação, o Nexium® (esomeprazol). O esomeprazol é um fármaco inibidor da bomba de prótons, indicado no tratamento da azia. Foi lançado no mercado em 2001, quando ia expirar a patente do Prilosec® (omeprazol), também inibidor da bomba de prótons e indicado no tratamento da azia. O Prilosec® era o campeão de vendas do laboratório produtor, o mesmo que fabricou o Nexium®. A perda da patente do Prilosec® resultaria em grande perda financeira para a indústria, que, com ele, faturava cerca de seis bilhões

de dólares por ano. Para não perder muito, a estratégia do laboratório foi desenvolver uma “nova” molécula. O omeprazol é composto de uma mistura de duas formas (isômeros) de sua molécula, uma ativa e outra supostamente inativa. O laboratório isolou a forma ativa e a transformou em um novo medicamento, o esomeprazol, anunciando-o como um avanço em relação ao omeprazol. Essa ideia foi aceita de imediato, e quem receitava Prilosec® rapidamente passou a receitar o Nexium®.

Para ser aprovado para o tratamento de determinadas condições, o medicamento deve passar por ensaios clínicos, e com o Nexium® não foi diferente. De quatro estudos que compararam o Nexium® com o Prilosec®, o Nexium® apareceu como superior em dois deles. Investigando mais a fundo, é possível perceber a estratégia do laboratório, que comparou os dois medicamentos com doses não equivalentes, utilizando doses maiores de Nexium®.

Mas, o que garante o sucesso de um medicamento de imitação? Primeiramente, o mercado precisa ser grande para conseguir acomodar todos os medicamentos concorrentes e, por isso, geralmente os medicamentos de imitação são desenvolvidos para tratar doenças crônicas. Pessoas com doenças raras não são interessantes, pois o mercado é pequeno, e nem pessoas com infecções agudas, com condições passageiras interessam, pois geralmente o tempo de tratamento é curto. E doenças letais também não são interessantes, pois elas matam os clientes e esses medicamentos não se tornam campeões de venda. Outro fator é que o mercado precisa ser composto de clientes pagantes e precisa ser altamente elástico para se expandir, como já discutimos anteriormente. Angell (2007) nos coloca algumas questões: o que há de errado com isso? Se esse processo significa que mais pessoas vão receber medicamentos não há um benefício? Não deveríamos estar mais preocupados com o resultado do que com o processo?

Angell responde às próprias perguntas questionando os benefícios de se tomar tantos medicamentos: “[...] devemos perguntar se o público realmente se beneficia tomando tantos medicamentos. Na minha opinião, nós nos tornamos uma sociedade hipermedicada” (ANGELL, 2007, p. 184). A autora não nega o papel vital dos bons medicamentos, pois graças a eles muitas pessoas vivem mais e melhor. Entretanto, devem ser prescritos cuidadosamente e somente quando necessários, e a decisão do prescritor deve ser baseada em pesquisa e informação verdadeiras.

Por que é um problema esse grande consumo de medicamentos? Medicamentos não são substâncias inertes, que não causam nenhum malefício à saúde. Ao contrário, podem, em muitos casos, causar danos aos indivíduos que os utilizam e também à sociedade de modo geral, como no caso dos antibióticos, cujo uso indiscriminado possibilita o surgimento de micro-organismos cada vez mais resistentes, além de exigir a busca por medicamentos cada vez mais potentes para combatê-los.

Um dos casos mais clássicos de dano causado por um medicamento foi o da talidomida, que foi comercializada pela primeira vez em 1957, na Alemanha. Inicialmente, era indicada como um fármaco sedativo e hipnótico, com poucos efeitos adversos. Era considerada tão segura que chegou a ser prescrita para gestantes, no combate aos enjoos matinais. Foi rapidamente difundida pelo mundo, chegando a ser comercializada em 46 países. No final da década de 1950, foram descritos os primeiros casos de bebês com malformações congênitas. Essas crianças foram chamadas de “bebês da talidomida” ou “geração talidomida”. Só depois de muitas crianças atingidas é que se restringiu o uso da talidomida a mulheres grávidas.

Outro exemplo, mais atual, é o do Vioxx® (rofecoxibe), um anti-inflamatório não esteroidal, indicado para o tratamento de osteoartrite, dor aguda e dismenorreia. Aprovado pelo FDA em 1999, foi largamente aceito entre médicos e usuários com artrite e outras condições inflamatórias crônicas e/ou agudas. Em 2004, o laboratório produtor retirou voluntariamente o medicamento do mercado, alegando aumento do risco de ataques cardíacos e derrames associados a seu uso a longo prazo e em altas doses. Antes da retirada, foi um dos medicamentos mais lucrativos para o laboratório produtor.

Sugerimos a reflexão das seguintes questões:

- 1) A indústria farmacêutica visa exclusivamente melhorar as condições de vida e saúde das populações?
- 2) Como e de que modo os interesses do mercado podem exercer influência (direta ou indiretamente) no direcionamento das pesquisas para o desenvolvimento de novos medicamentos?
- 3) Por que razão é exíguo ou quase nulo o investimento em novos fármacos para doenças prevalentes em países pobres?
- 4) Por quais razões (positivas e negativas) a indústria farmacêutica escolhe investir em fármacos destinados a doenças crônicas, e a privilegiar a prevenção de riscos?
- 5) Quais são as consequências de investir num mercado elástico como aquele representado pelos sofrimentos psíquicos e os comportamentos indesejados?

Falando em gestão

Direcionando essas questões éticas para nossa reflexão sobre a gestão da assistência farmacêutica, temos uma problemática bastante complexa para analisar e enfrentar: os interesses comerciais que permeiam as decisões, os direcionamentos políticos, a condução dos programas e as atividades cotidianas da

atenção à saúde e do gerenciamento dos serviços. O SUS é o grande consumidor de medicamentos e materiais médico-hospitalares no Brasil. Ter um medicamento padronizado para a atenção à saúde na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, ou em outros programas, é garantia de mercado amplo e seguro para uma indústria farmacêutica. Não é difícil concluir que há sempre grande interesse envolvido com a padronização de medicamentos no âmbito do SUS.

As estratégias aplicadas podem ser mais diretas ou indiretas, envolvendo desde a propaganda de medicamentos direcionada aos profissionais de saúde da rede e aos gestores, a oferta de prêmios ou gratificações pela prescrição ou aquisição de certos medicamentos, mas também pela publicação de resultados de pesquisa tendenciosos, a influência sobre grupos de portadores de algumas doenças e mesmo pelos investimentos no desenvolvimento de medicamentos que não atendem as reais necessidades da população. Nesse cenário, é impossível não relacionar, ainda, a judicialização para acesso a medicamentos, que muitas vezes reflete essas estratégias e acaba por criar um espaço de mercado, dentro do SUS, para medicamentos não padronizados. Podemos, então, a partir de uma reflexão sobre os nossos serviços, nossos espaços de trabalho e de gestão, questionar sobre a ética que norteia as práticas das nossas instituições. Você já identificou qual a ética explicitada nos documentos institucionais. Agora vamos pensar na prática cotidiana e como ela revela conceitos éticos. Didaticamente, podemos focar algumas questões bem delimitadas para analisar:

- A permissão para propaganda de medicamentos nos serviços públicos: Sabe-se que a qualidade das informações contidas nas propagandas de medicamentos é comprometida, tanto na propaganda ao consumidor quanto na propaganda direcionada aos prescritores. Para estes últimos, o principal efeito é o condicionamento das prescrições, com base em informações apenas das supostas vantagens do medicamento anunciado, sem precauções, problemas, formas de monitoramento e tudo mais. Além disso, a influência está relacionada aos sistemas de brindes e vantagens (FAGUNDES et al., 2007). A propaganda em ambientes de ensino também tem sido alvo de críticas contundentes, mas, assim mesmo, permanece uma prática comum e de alto risco para a saúde do SUS, uma vez que estabelece os vínculos com os profissionais ainda em formação. E nos serviços públicos? Qual a finalidade da visita médica por representantes de laboratórios? Certamente não é para incentivar a adesão às Relações de Medicamentos já padronizadas nos serviços!

- A permissão para distribuição de amostras grátis nos serviços públicos: É ainda muito comum encontrar amostras grátis de medicamentos em consultórios médicos e unidades de dispensação de medicamentos das unidades de saúde. Na maioria das vezes, essas amostras são levadas para as unidades pelos prescritores, que recebem tais amostras e as levam para os serviços com a intenção de ajudar os usuários, podendo prescrever medicamentos não disponibilizados, normalmente, no serviço e os doando diretamente ao usuário. Em outras situações, distribuidoras e indústrias farmacêuticas fazem doações para os serviços (neste caso, não só de amostras, mas também de medicamentos), podendo ser de produtos de grande valor terapêutico e importantes para o serviço, mas também de medicamentos não padronizados, supérfluos ou prejudiciais para o sistema, do ponto de vista do uso racional de medicamentos. Mas, qual é a finalidade da amostra grátis? Não outra que a propaganda de medicamentos! De fidelizar o cliente, de habituá-lo ao produto, à marca. Em um texto de 2009, discutimos a questão das doações de medicamentos e amostras para os serviços públicos de saúde, a partir da experiência real, vivida por ocasião das enchentes em Santa Catarina (LEITE, 2009), abordando a seguinte questão: no caso de amostras ou medicamentos doados que não os padronizados, qual a vantagem de tê-los no serviço? Possibilitar a prescrição e o hábito – do prescritor e do usuário – de usar um medicamento que não vai estar sempre disponível? Criar uma demanda baseada em que critérios – já que o produto não foi padronizado, seguindo os critérios do uso racional de medicamentos? Essas questões fazem parte do seu dia a dia?

Leitura complementar: Sugere-se a leitura do texto *Solidariedade x caridade: uma reflexão sobre o caso dos medicamentos doados para Santa Catarina*, de Silvana Nair Leite, publicado na revista *Comunicador Farmacêutico – COFA*, do Conselho Regional de Farmácia de Santa Catarina, na edição de abril/maio de 2009.

Agora, vamos avançar um pouco mais no processo que chamamos de medicalização,² relacionado a essas estratégias de criação e expansão de doenças

² Medicalização: processo pelo qual problemas não médicos passaram a ser vistos e tratados como problemas médicos. Não se restringe ao uso de medicamentos.

e sua consequente medicamentação,³ ou seja, o uso de medicamentos em situações que, anteriormente, não eram consideradas problemas médicos e, consequentemente, não existiam medicamentos para elas.

4.4 O que significa medicalizar?

Você já observou que as pessoas estão adquirindo ou consumindo muito medicamento? Que qualquer coisa pode ser tratada por um médico? Que doenças que ninguém nunca ouviu falar surgem cada vez com mais frequência? Que situações que antes eram cuidadas pelos próprios indivíduos que as vivenciavam ou por sua família são agora olhadas por profissionais de saúde (como o parto, por exemplo)?

Esses fatos evidenciam que estamos diante de um processo que podemos chamar de medicalização.

A ideia de medicalização surgiu em 1960, com a publicação de *Nêmesis da medicina*, de Ivan Illich. Naquela época já se acreditava que a medicina estava ocupando espaços que não eram estritamente médicos, como, por exemplo, o nascimento e a morte. Outros autores, como Michel Foucault e Thomas Szasz, referiram-se ao avanço da medicina em territórios ambíguos, onde não existia uma ideia clara de normalidade e patologia, como era o caso específico da loucura.

Desse modo, a psiquiatria poderia integrar, dentro de seu campo de interesse, juntamente com a loucura (cujos limites apareciam como pouco claros e pouco definidos para o saber médico), outros fatos sociais que foram considerados como indesejáveis para o correto desenvolvimento da sociedade capitalista, tais como a criminalidade, o uso de álcool, a preguiça ou a falta de vontade para realizar as tarefas do dia a dia.

Essas críticas surgiram num momento em que houve uma grande expansão da medicina, com a utilização de novos exames diagnósticos (especialmente de imagem), novas classes de medicamentos, novas técnicas e materiais cirúrgicos e novas áreas de pesquisa, como a genética, a imunologia, a virologia, entre outras. Por esse motivo, houve uma melhoria nos indicadores de saúde na maior parte dos países, tais como o aumento da expectativa de vida e a diminuição da mortalidade infantil e materna.

Nas últimas décadas do século XX e na primeira década do século XXI, a medicina passou a ter uma presença cada vez maior no dia a dia da maioria das pessoas. Cada vez mais o saber médico aparece como aquele que pode dar grandes respostas para todos os nossos problemas, inclusive aqueles não

³ Medicamentação: uso de medicamentos em situações medicalizadas, ou seja, para o tratamento de condições que, anteriormente, não eram consideradas problemas médicos.

vinculados diretamente ao processo saúde/doença. A medicina aparece, assim, como o grande marco de resolução de problemas, desde uma úlcera ou uma simples infecção, até as mais diversas situações de nossas vidas, como o sono, a sexualidade, o modo como nos alimentamos, as emoções mais secretas e profundas, dentre muitas outras.

Assim, ao mesmo tempo em que existe uma enorme valorização da medicina, do conhecimento científico e dos avanços tecnológicos, também aumentam as críticas a uma medicina centrada na doença, que parece ter se tornado incapaz de estabelecer um diálogo com os usuários.

Um certo reducionismo a explicações biológicas (neurológicas ou genéticas) do processo saúde/doença parece ter levado a situações em que são considerados os contextos singulares de aparição dos sofrimentos tanto psíquicos quanto físicos. Como consequência, surgem e se multiplicam outras práticas de cura e de cuidados referidos ao corpo, como as medicinas populares e alternativas, que indicam, também, um processo de resistência contra esse poder médico centrado na doença e que, muitas vezes, aparece como incapaz de escutar as demandas dos usuários.

A partir de agora, vamos analisar os conceitos de medicalização, desmedicalização e remedicalização tal como aparecem na literatura contemporânea. Isso porque, nos últimos anos, proliferou uma imensa literatura que voltou a se interessar e a refletir sobre esses conceitos que, como vimos, surgiram em meados de 1960 e 1970. Após um longo período em que essas ideias pareciam ter ficado no esquecimento, hoje aparecem novos cenários onde os processos de medicalização se tornam evidentes, e é indispensável que voltemos nosso olhar para eles.

Medicalização, desmedicalização e remedicalização

A medicalização é explicada de maneiras muito diversas. Uma avaliação da bibliografia sobre o tema demonstra que há diversas definições possíveis, tais como:

- o crescimento abusivo do número de estabelecimentos médicos (hospitais, indústrias, laboratórios) ou de profissionais médicos;
- a maior produção, variedade e distribuição de medicamentos;
- a incorporação de temas pela racionalidade biomédica;
- o controle dos indivíduos por meio da medicina, entre outras.

No entanto, partimos da seguinte definição: entende-se por medicalização o processo pelo qual o discurso e as práticas médicas se apropriam da resolução de situações cotidianas, que fazem parte da condição humana e que provocam ou poderiam vir a provocar, eventualmente, algum tipo de sofrimento físico ou

psíquico.

Para exemplificar, podemos pensar nesta situação: uma criança de 5 anos começa a frequentar a escola. Os pais são chamados para uma conversa, pois a criança não consegue parar quieta em sua carteira e copiar todo o conteúdo do quadro negro. Os pais conversam com o filho, porém são chamados novamente pela escola, na semana seguinte, com a mesma reclamação. A professora sugere que a criança seja hiperativa e orienta os pais a procurarem um médico, preferencialmente um neurologista pediátrico. Os pais ficam bastante apreensivos, uma vez que sempre viram o filho como sendo uma criança normal.

Essa situação se tornou relativamente comum nas escolas e muitos problemas que eram resolvidos na própria instituição passaram a ser de responsabilidade da área da saúde. Grande parte dos problemas educacionais são, agora, remetidos para a medicina e, muitas vezes, “resolvidos” com um medicamento.

Convidamos você a fazer um teste para “medir” o TDAH em adultos, disponível na internet. Se formos observar, grande parte dos sintomas são tão gerais que muitos de nós acabaremos com uma mensagem do tipo “Esses resultados (número e intensidade de sintomas) sugerem que você pode ser portador de TDAH”, com a recomendação para “procurar um médico especialista”.

O que os testes e o diagnóstico desse transtorno parecem esquecer é o contexto social no qual aparecem as dificuldades da criança e também do adulto. É frequente observarmos salas lotadas e desconfortáveis, tanto no ensino público quanto no ensino privado. Os professores do ensino elementar, muitas vezes, não estão bem preparados para a função complexa que devem desenvolver; os salários são baixos; lidar com crianças nunca é fácil, ainda mais quando elas não têm hábitos de leitura e quando os grupos são numerosos. Enfim, são múltiplos os fatores sociais que podem levar uma criança a não ser tão comportada quanto se espera dela.

Os processos de medicalização tendem a esquecer e apagar esses fatos sociais e psicológicos complexos, que, certamente, não são simples de resolver, restando mais fácil substituí-los por uma deficiência ou alteração biológica, neste caso um déficit neurológico (desequilíbrio dos neurotransmissores dopamina e noradrenalina, alterações na região frontal do cérebro), que poderia ser resolvido com um diagnóstico de TDAH e com uma terapêutica farmacológica, que é a Ritalina® (metilfenidato).

Alguns autores, como Peter Conrad (2007) ou Robert Nye (2003), fazem um resgate histórico do uso do termo medicalização, mostrando que ele é compreendido de maneiras diferentes em diferentes momentos. Os primeiros trabalhos referem-se à medicalização apenas como ampliação da assistência médica, do número de habitantes por médico, e ao surgimento de novas técnicas terapêuticas. Mais tarde, o termo ganhou um significado mais amplo, referindo-

se à crescente incorporação de diferentes aspectos do cotidiano das pessoas, sejam sociais, econômicos ou existenciais, sob o domínio do medicalizável, isto é, do diagnóstico médico, da cura, da terapêutica, e da patologia.

E, atualmente, existe ainda outro conceito em desenvolvimento, o de biomedicalização. Alguns autores contemporâneos consideram que a medicalização que observamos hoje apresenta algumas diferenças em relação ao processo inicialmente descrito, nas décadas de 1960 e 1970 (CLARKE et al., 2003).

O prefixo “bio” da palavra biomedicalização está relacionado à grande importância que a biologia desempenha nas explicações médicas. O processo de biomedicalização parece visar a transformação dos fenômenos biomédicos, não apenas o seu controle, por meio da tecnologia, de novos diagnósticos, tratamentos e procedimentos da bioengenharia, genoma, tecnologias de visualização do corpo, do desenvolvimento de novos fármacos, da medicina baseada em evidência etc. Não vamos entrar em mais detalhes acerca dessa discussão neste momento, mas queremos frisar que falaremos apenas em medicalização ao longo do texto, mesmo quando nos referirmos a processos que alguns autores chamariam de biomedicalização.

O filósofo Michel Foucault vincula o processo de medicalização ao nascimento da medicina moderna. Essa questão é analisada por ele em sua obra *O nascimento da clínica* (2003), na qual afirma que a medicina de hoje é herdeira da medicina moderna do século XIX, caracterizada por uma estrutura diferente da medicina que a precedeu e da medicina greco-romana. Para ele, a história da medicina não é resultado de uma progressão histórica linear, impulsionada por novas descobertas científicas, mas consequência de uma ruptura, de uma mudança completa na maneira de olhar e de entender a clínica médica. A partir desse momento, separa-se a doença do doente, surgem as especialidades médicas referidas a diferentes órgãos ou lesões orgânicas, e se organiza esse saber médico que nós conhecemos, preocupado em estabelecer correlações entre um conjunto de sintomas e uma lesão orgânica. A anatomoclínica possibilita que o clínico estabeleça as comparações entre os sintomas que apresenta o usuário e as lesões observadas nos cadáveres de sujeitos que apresentaram, antes de morrer, sintomas semelhantes. No entanto, a tendência da medicina atual de medicalizar novos espaços parece contradizer essa lógica, pois, em muitos processos de medicalização, ocorre justamente o contrário.

Não é possível estabelecer uma correlação com uma lesão orgânica ou com uma bactéria quando falamos de patologias como TDAH, depressão ou síndrome do pânico. No entanto, todas as justificativas de intervenção médica sobre esses sofrimentos apresentam-se como soluções prontas para resolver deficiências biológicas, como o déficit de serotonina, noradrenalina ou dopamina. Podemos

afirmar que, para o diagnóstico e a terapêutica de uma úlcera, não são aplicados a mesma lógica e o mesmo modelo explicativo utilizados no diagnóstico de depressão. Porém, são feitos esforços poderosos para aproximar os dois modelos explicativos, ainda que isso esteja longe de poder ser realizado.

Para Foucault, os processos de medicalização são múltiplos e variados e configuram diferentes modalidades de exercício de poder em nossa sociedade. Essas pequenas redes de poder aparecem em nosso cotidiano de modo mais ou menos evidente, tornando os sujeitos cada vez mais submissos aos desígnios do poder médico.

Algo semelhante afirma Ivan Illich, em sua obra *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina* (1975), na qual analisa o processo de medicalização, já não por referência a uma rede de micropoderes, mas, sim, como um processo vertical e hierárquico de exercício de poder, que seria característico da medicina desde inícios da sociedade industrial. Illich entende que esse poder médico diminui a capacidade dos sujeitos de darem respostas a seus problemas, ou, dito de outro modo, limita continuamente a autonomia das pessoas, gerando dependência de um saber que não é seu e com o qual passam a ter uma relação de subordinação e dependência. Assim, os indivíduos ficarão cada vez mais dependentes dos procedimentos e das intervenções médicas. Fundamentalmente, no momento em que o discurso médico se internaliza na mente dos sujeitos como única verdade cientificamente legitimada, eles ficarão dependentes desses produtos médico-terapêuticos que são, por exemplo, os medicamentos.

Para Illich, esse processo leva a que, conscientemente ou não, os indivíduos sejam forçados a abandonar os próprios conhecimentos e as práticas antes aceitas sobre o processo saúde e doença, tal como ocorreu com o desaparecimento das medicinas populares (BOLTANSKI, 1984). O paradoxo que Illich procura demonstrar é o da contraproduzitividade dessa sociedade que promete a resolução de todos os problemas por meio do acesso à tecnologia de ponta, mas que, na verdade, gera mais dependência da própria tecnologia. Essa dependência termina por limitar a capacidade das pessoas de cuidarem de si mesmas, não havendo um avanço real em saúde, mas um processo de perda de autonomia, de multiplicação de riscos e medos e, conseqüentemente, de mais procura de assistência médica, mais tecnologia e mais fármacos.

Williams e Calnan (1996) fizeram uma revisão dos estudos sobre medicalização e os dividiram em dois grandes grupos:

- 1) os autores que a veem como resultado do poder exercido pela própria categoria médica em definir o que é saúde e doença para estender seu domínio profissional;
- 2) aqueles que a veem como resultado de um processo social mais amplo, no qual a corporação médica é apenas uma parte.

Existem diversos estudos que pertencem ao primeiro grupo, que abordam como um novo tema passa a ser reinterpretado e encampado pela medicina, como a medicalização do corpo feminino, do parto, da menopausa e da menstruação, de variações do comportamento, do aprendizado, entre outros exemplos. Os autores que pertencem a esse grupo estão interessados em demonstrar como um determinado tema, como o alcoolismo, por exemplo, quando se transforma em objeto da medicina, passa a ser convertido em doença.

São estudos bem heterogêneos, que variam de acordo com a metodologia aplicada. Alguns autores, por exemplo, abordam o discurso da população e a sua maior dependência de algum serviço médico; outros abordam o discurso médico e o processo de incorporação de um novo tema pela medicina. Como foi explicado por Hacking (2007), cada problema novo a ser medicalizado exige uma abordagem diferente; cada processo histórico de construção de uma patologia se forma a partir de estratégias diferentes porque cada um desses processos envolve fatos sociais diferentes.

No segundo grupo de estudos, a medicalização serve como exemplo de uma teoria social em que a corporação médica é parte de um processo, como pode ser observado nos trabalhos de Illich, Foucault e Freidson. Este último (FREIDSON, 1988), no livro da década de 1970, *Profession of Medicine*, apresenta sua teoria sobre a construção das profissões a partir do processo de profissionalização na medicina, no qual a medicalização é consequência da legitimação e da institucionalização dessa profissão.

Apesar da presença marcante da ideia de medicalização nos trabalhos de Foucault, Illich e Freidson, eles não apresentam nenhuma definição precisa do termo. No entanto, outros autores, como Lowenberg e Davis (1994) ou Conrad (2007), definiram alguns eixos articuladores dos processos de medicalização:

- a) a ampliação da jurisdição médica a âmbitos e fatos que até esse momento não faziam parte da medicina;
- b) a desculpabilização que acompanha vários processos como ocorre com o baixo desempenho escolar na infância que, quando diagnosticada como TDAH, pode levar os pais a sentirem-se desculpabilizados pelo fracasso escolar do filho (um elemento da positividade que torna aceitável a medicalização); e, por último,
- c) a relação hierarquizada e autoritária do profissional de saúde para com o usuário, que o leva a impor prescrições médicas como sendo verdades que não podem ser questionadas ou desrespeitadas, limitando a autonomia e a capacidade de autocuidado do usuário.

O processo de desculpabilização (item b) admite, por sua vez, uma leitura dupla. Podemos dizer que, em certo sentido, a biomedicina ocupa hoje o espaço da igreja e da moral católica. Ela seculariza ou dessacraliza explicações de fatos

ou de condutas (não aceitas pela sociedade) que antes eram pensadas em termos de culpa e pecado, como o alcoolismo, a drogadição, a perversão sexual, os viciados em trabalho, em jogos, em sexo etc. Desde que a medicina define essas condutas como doença, permite que seja retirada a culpa moral e oferece uma possibilidade de “cura”.

Porém, a medicina pode criar novos tipos de estigma social no momento em que define um diagnóstico médico. Assim, pode se desconSIDERAR a palavra de um colega que faz uma reclamação porque ele tem diagnóstico de “ansiedade”; desconSIDERAR as dúvidas ou problemas de relacionamento de uma pessoa por ter o diagnóstico de “fobia social”; ou minimizar os relatos de um aluno sobre a falta de comodidade na sala de aula ou a falta de competência do professor, se ele possui um diagnóstico de TDAH.

Por outra parte, sabemos que a abordagem médica que costuma utilizar a culpa e o medo como ferramentas para que as pessoas sigam as prescrições é muito comum. Assim, para Castiel (2010), por exemplo, a problemática do risco também pode gerar medo e ansiedade. Múltiplas estratégias de culpabilização se estendem nos mais diversos espaços de vida dos sujeitos, como comer determinados alimentos, fazer pouca atividade física, trabalhar excessivamente ou fumar, passaram a ser considerados quase como uma debilidade moral, na medida em que se associam com riscos de contrair alguma doença.

Repete-se uma e outra vez a sentença culpabilizante de que ingerir gorduras, beber, fumar ou ter um estilo de vida sedentário pode levar aos mais diversos sofrimentos físicos e produzir as mais diversas patologias. Assim, quem adoece pode vir a ser considerado culpado por não ter seguido essa imensa variedade de prescrições preventivas que lhe foram indicadas. Então, podemos afirmar que, pela mediação do discurso do risco, os processos de medicalização continuam criando novas estratégias de culpabilização as quais, muitas vezes, podem conviver com certo sentimento de desculpabilização que, em alguns casos, pode vir a provocar o diagnóstico médico (como no caso do TDAH, anteriormente analisado).

Os desafios da desmedicalização

No estudo *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos*, Marcia Angell (2007) parece indicar que a assistência médica e a procura por novos fármacos não pode ser considerada como a principal causa de melhoramento da saúde das populações. Ao contrário, entende que a prática médica aumenta seu campo de ação quando define um maior número de condições humanas como enfermidades. Desse modo, a ampliação da medicina pode vir a constituir uma defesa de privilégios ocupacionais e de classe em lugar de um mecanismo para manter bons níveis de atenção.

Segundo alguns autores, ao mesmo tempo em que a medicina avança, também tem aumentado o espaço de crítica entre a população e a medicina moderna, no qual a mídia tem um papel crucial de desmistificação da ciência e da tecnologia (WILLIAMS; CALNAN, 1996). Haveria um empoderamento da população, já que as pessoas estão mais conscientes das fragilidades das corporações e existe uma tendência, cada vez maior, em criar grupos de identificação e de solidariedade entre pessoas que sofrem de alguma doença ou que compartilham algum problema particular. Associações de pacientes oncológicos, de alcoólicos, de familiares com Alzheimer, de pais e filhos com TDAH, proliferam nas sociedades atuais. No entanto, sabemos que muitas dessas redes sociais, fundadas em identidades, criam novas soluções, mas também novos problemas.

Grande parte dessas sociedades são hoje financiadas por laboratórios farmacêuticos e orientadas por discursos médicos e estatísticos tendentes a mostrar a eficácia de certos tratamentos e de certos fármacos. Por outra parte, a população, munida de maior acesso à informação, por meio da internet ou de outros meios de comunicação, poderia estar mais consciente dos custos, benefícios e malefícios de uma maior medicalização de suas vidas (MOYNIHAN; SMITH, 2002). Mas, ao mesmo tempo, também está sujeita a novas demandas de medicalização transmitidas pela mídia que, dia a dia, apresenta novos tratamentos e também novas e variadas patologias antes inimagináveis (SOARES, 2009).

Se voltarmos para os três eixos do processo de medicalização podemos afirmar que, em relação ao terceiro eixo, referido à hierarquização do saber médico e à imposição de normas, existe, na atualidade, um incipiente processo de desmedicalização, pois é possível observar o crescimento de outras racionalidades médicas e de outras áreas ligadas à saúde, como a acupuntura, a homeopatia, a educação física e uma revalorização da medicina popular, representando movimentos que tentam valorizar a autonomia dos sujeitos e sua capacidade de autoatenção.

Leitura complementar: Para obter um conceito mais detalhado sobre autoatenção, sugere-se a leitura do artigo *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*, de Menendez (2003), publicado no periódico *Ciência e Saúde Coletiva*, em 2003.

Esses saberes abordam o processo saúde/doença desde uma perspectiva que supõe ter um maior respeito pelas culturas locais e populares, como pode ser observado pela ampliação do uso de fitoterápicos.

Por outra parte, e como já afirmamos, o conceito de risco introduz uma nova possibilidade de medicalização. Como sabemos, os estudos epidemiológicos e populacionais, utilizados para cálculos de risco de morbimortalidade por doenças cardiovasculares, degenerativas ou outras, são também utilizados, direta ou indiretamente, na prática clínica diária, o que, muitas vezes, pode possibilitar uma invasão desnecessária e indesejada na vida das pessoas e um controle de vários aspectos de suas existências. Desse modo, provavelmente, assistimos a uma nova moralização e culpabilização dos indivíduos, agora referida a estilos de vida considerados indesejados ou de risco.

4.5 Medicalização do sofrimento

A partir de agora, será discutida a utilização de serviços médicos excessivos, incluindo medicamentos, em situações de vida que poderiam ser consideradas “normais”, repensando nosso modelo de saúde e a prática profissional.

A tendência de se construir explicações biológicas para comportamentos considerados como socialmente indesejados, tais como o alcoolismo, a violência, a tristeza ou a infância problemática, caracterizou grande parte do discurso da Higiene e da Medicina Legal, no final do século XIX e início do século XX. Assim, desde os anos de 1980, temos visto reaparecerem, com força inesperada, estudos que, a partir das neurociências, da genética e da sociobiologia, têm retomado a preocupação em relação às “condutas indesejadas”, criando novas estratégias explicativas, baseadas no determinismo biológico clássico.

Essa persistência de um século de explicações biológicas para as condutas ou para os fenômenos existenciais não pode ser facilmente reduzida à história da progressiva conquista na localização de lesões orgânicas, distúrbios cerebrais, deficiências químicas ou a identificação de genes responsáveis. As patologias associadas a comportamentos possuem, ainda hoje, como no início do século, diagnósticos ambíguos e imprecisos, terapêutica de eficácia duvidosa e efeitos colaterais imprevisíveis.

Conhecemos a eficácia social que possui este tipo de explicação: aquilo que tem uma origem orgânica identificável poderá ser resolvido com uma terapêutica (farmacológica ou cirúrgica, de acordo com as épocas) apropriada. Um fármaco capaz de atuar diretamente contra o déficit de serotonina fará com que pessoas diagnosticadas com depressão modifiquem sua conduta e permaneçam mais felizes e satisfeitas pelo período de tempo que dura sua ação, desconsiderando a multiplicidade de fatores pedagógicos, sociais, familiares que podem afetar esse indivíduo num determinado momento.

Para analisar a emergência, consolidação e expansão da medicalização dos comportamentos e sofrimentos, retomamos como exemplo o diagnóstico

de depressão. Para que a depressão pudesse se transformar na “epidemia do século”, foi necessária a criação de uma rede de pequenas interações entre sujeitos com frustrações e sofrimentos cotidianos, e um aparelho estatístico e médico cada vez mais sofisticado de classificação de sintomas, de localização cerebral, de diagnósticos por imagem.

Não se trata de afirmar que a depressão é uma invenção, uma ficção socialmente criada. Devemos partir da certeza de que existe um fenômeno patológico que pode produzir sofrimentos extremos, negar a realidade da depressão é, como afirma Pignarre (2001), ofensivo para todos aqueles que sofrem ou sofreram dessa patologia. O problema aparece quando analisamos as consequências dessa definição ambígua e pouco clara. Em primeiro lugar, essa ambiguidade pode levar a uma ampliação indefinida de uma categoria médica. Como não existem critérios claros para diferenciar o que é depressão do que é uma situação de tristeza, ocorre que dificuldades cotidianas de nossas vidas que, em outras oportunidades, seriam pensadas como situações de sofrimento pessoal hoje são diagnosticadas como um transtorno de humor: a depressão.

Como sabemos, os critérios para diagnosticar um episódio depressivo maior, tal como foi definido pelo DSM-IV,⁴ exige a presença de cinco (ou mais) dos nove sintomas já conhecidos (perda de interesse, alteração de sono e apetite, fadiga etc.), sendo que o tratamento considerado mais eficaz é a associação de psicofármacos, particularmente os chamados Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS), com psicoterapia.

Porém, ainda que os critérios para estabelecer o diagnóstico de depressão não se refiram a explicações etiológicas, mas à descrição e contagem de sintomas, a terapêutica refere-se a uma causa biológica da doença. Surge, então, uma pergunta inevitável: por quais mecanismos ocorre o deslocamento de um diagnóstico descritivo e não etiológico à prescrição de uma terapêutica que se sustenta em alterações químicas de funções cerebrais?

Esse deslocamento supõe uma explicação etiológica, causal, que está ausente dos critérios estabelecidos no DSM-IV.

Afirma-se que o que limita todo e qualquer “capricho diagnóstico” (KITCHER, 2002) não são os critérios descritivos, mas as explicações etiológicas, as referências a estudos biológicos de laboratório que indicam que o déficit de certos neurotransmissores é a causa direta da doença. A lógica que se pretende aplicar não é outra que aquela que deu nascimento à medicina moderna: a localização anatomopatológica de déficit ou de lesões no corpo. Entretanto, esse esquema explicativo possui, como os critérios de diagnóstico do DSM-IV, sérias debilidades epistemológicas que precisam ser cuidadosamente analisadas.

⁴ Na época da elaboração do capítulo, a quinta edição do manual (DSM-V) foi lançada, por isso a opção em citar o DSM-IV como referência.

Os estudos de localização cerebral, realizados a partir dessas novas “janelas ao cérebro”, que são os exames de PET-Scan (ORTEGA, 2006), ou com o auxílio de modelos animais, descansam sob a certeza de que existem explicações biológicas causais para a depressão semelhantes àquelas que nos permitem identificar a etiologia de outras doenças. Assim como existe uma relação causal entre o *Trypanosoma cruzi* e a doença de Chagas, dir-se-á que existe também uma relação causal entre o déficit serotonina e um episódio depressivo.

Leitura complementar: Sugere-se a leitura do texto *O corpo transparente: visualização médica e cultura popular no século XX*, de Francisco Ortega, publicado na revista *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, em 2006.

Se isso é possível, ocorre porque nos estudos etiológicos clássicos, o diagnóstico e a terapêutica têm um ponto em comum, aquilo que Pignarre (1995) denominou “marcador biológico”. Essa testemunha confiável está ausente nas doenças psiquiátricas em geral e na depressão em particular. Por essa razão, é necessário criar estratégias explicativas diferentes daquelas que caracterizam os estudos etiológicos clássicos.

No caso da depressão, o que permite articular a trama explicativa não é o diagnóstico ou a explicação etiológica, mas, sim, a terapêutica. É a partir do antidepressivo que se inicia a busca de causas biológicas. Ele permite identificar quais são os mecanismos biológicos, os receptores neuronais afetados e, a partir de então, poder-se-á postular a causa orgânica, cerebral, dos padecimentos.

Perante a ausência de um “marcador biológico”, seja um micro-organismo, um parasita, um tecido celular, a rede causal se reconstrói a partir da terapêutica. Pignarre (2001) encontra um antecedente dessa inversão explicativa no que ele chama de “hipótese dopaminérgica da esquizofrenia”. Nesse caso, “se associa o déficit de um neurotransmissor no cérebro (a dopamina) à esquizofrenia com o argumento de que a clorpromazina atua sobre esse neurotransmissor” (PIGNARRE, 2001, p. 115). Essa mesma lógica se repete com os Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina (ISRS): a associação do déficit de serotonina com a depressão resulta do argumento de que os ISRS atuam sobre esse neurotransmissor.

Da mesma forma, a resposta positiva ao tratamento medicamentoso para o TDAH, principalmente o metilfenidato, foi o principal argumento usado pelos autores que aceitaram a hipótese biológica para esse transtorno, desde a década de 1950, quando os medicamentos foram sendo incorporados ao tratamento de crianças desatentas. E esse discurso continua aparecendo nos estudos científicos atuais. Isso significa que, não conseguindo provar as hipóteses

biológicas levantadas para o TDAH até hoje, o medicamento ainda é utilizado para sustentá-las (BRZOZOWSKI, 2013).

Embora esses estudos se mostraram eficientes para criar novos medicamentos, todas as hipóteses etiológicas que foram construídas a partir desses protocolos de investigação (com modelos animais ou com o uso do PET-scan) mostraram-se, até hoje, pouco conclusivas.

No entanto, mesmo existindo certo consenso quanto à insuficiência de informações confiáveis referidas à localização cerebral da depressão, os estudos dedicados a descobrir e aperfeiçoar novos antidepressivos não deixam de se multiplicar. Isso é possível porque a produção de antidepressivos e a busca pela investigação da localização cerebral da depressão se movem em direções independentes.

O investimento milionário em pesquisa de novos antidepressivos tem dois objetivos claros: encontrar medicamentos com menos efeitos colaterais do que aqueles em uso e produzir novos medicamentos para novos diagnósticos que surgem por associação ou aproximação entre distúrbios (depressão com ansiedade, anorexia nervosa, depressão com hiperatividade etc.). Esses estudos, baseados em alterações de comportamentos, são realizados com absoluta independência do êxito ou fracasso das pesquisas centradas na localização cerebral.

Criou-se, assim, uma frutífera e milionária linha de pesquisa e financiamento com características próprias. Embora esses estudos se definam como pertencentes ao campo das pesquisas biológicas, afirmando que seus protocolos são idênticos aos estudos de qualquer outra doença, para Pignarre (2001) não seria correto falar de pesquisa biológica. O autor cria o conceito de “biologia menor” (*petite biologie*) para designar esses conhecimentos, que permitem produzir novos psicofármacos a partir das reações provocadas pelos fármacos hoje existentes.

Como afirma esse autor: “Os pesquisadores da indústria farmacêutica impõem sua biologia menor. Ela não tem grande utilidade fora do laboratório, sua ambição é aperfeiçoar e afinar os instrumentos de seleção de novos psicotrópicos que sempre serão os penúltimos” (PIGNARRE, 2001, p. 120). A última descoberta sempre deve remediar os efeitos colaterais da anterior e anunciar os medicamentos por vir, que reduzirão, por sua vez, os efeitos colaterais que esta apresenta.

Uma característica dessa “biologia menor” é a identificação diagnóstico-terapêutica, pois é o medicamento que cumpre o papel de “marcador biológico”. Assim, “passando de uma classe química de antidepressivo a outra, os pesquisadores e os médicos modificaram os critérios de classificação dos pacientes” (PIGNARRE, 2001, p. 123). A ação diferenciada de cada medicamento é o que permite criar novas classificações diagnósticas. Teremos, então,

“depressivos que têm necessidade de serem estimulados e aqueles que precisam ser tranquilizados, depressivos ansiosos e depressivos agressivos ou totalmente inibidos etc.” (PIGNARRE, 2001, p. 121).

As pequenas alterações nas diversas moléculas que são testadas em laboratório transformam os critérios de classificação dos pacientes e, como consequência, terminam por transformar a própria definição do diagnóstico. Assim, a ausência de um marcador biológico, ao mesmo tempo em que representa o limite e a dificuldade desse modelo explicativo, abre ilimitadas possibilidades para pesquisas futuras. Essa ausência também permite que seja explorada livremente essa ampla fronteira, pouco clara e indefinida, entre o sofrimento normal e o sofrimento patológico. Permite “explorar o território dos comportamentos e as emoções que ainda não foram medicalizados, e participar da redefinição permanente dos problemas mentais” (PIGNARRE, 2001, p. 143).

Leitura complementar: Para uma análise detalhada sobre o assunto, recomenda-se a leitura do texto de Ángel Martínez Hernández: *A medicalização dos estados de ânimo. O consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições*. O texto integra o livro *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*, publicado pela Editora Unisul, em 2010.

Situamo-nos, assim, em um território sem limites epistemológicos definidos, sem marcadores, nem testemunhas confiáveis, mas é justamente essa ambiguidade que permite a crescente multiplicação de diagnósticos e, conseqüentemente, o crescimento ilimitado dessa misteriosa e temida epidemia de depressão. A partir da mediação dos psicofármacos, os dois níveis de diagnóstico – o nível descritivo (DSM) e o nível etiológico – se articulam. O antidepressivo tem um efeito duplo: permite definir a etiologia (uma reação favorável à fluoxetina, um ISRS, indica déficit de serotonina), e permite otimizar e criar novos critérios diagnósticos.

O biólogo e geneticista Steven Rose inicia seu livro de filosofia da biologia, denominado *Trajéórias de vida: biologia, liberdade e determinismo* (ROSE, 2001), com a seguinte afirmação:

O atual entusiasmo pelas explicações biológicas deterministas da condição humana remonta ao final da década de 1960. Ele não foi impulsionado por alguma descoberta particular das ciências biológicas, nem por uma teoria nova e influente. Sua ascensão decorre de uma tradição anterior que é a do pensamento eugênico que, depois de conhecer um grande avanço nos Estados Unidos, na década de 1930, ficou eclipsada como consequência do Holocausto, inspirado por ideias racistas. (ROSE, 2001, p. 10).

Como resposta aos horrores da Segunda Guerra Mundial, criou-se, por algumas décadas, um consenso pelo qual as raízes da desigualdade humana, seja de raça, de gênero, de etnia, não deviam ser procuradas em nossos genes, mas, sim, na distribuição desigual de riqueza e de poder entre grupos humanos.

Esse consenso parece ter-se quebrado nos últimos trinta anos, destinando-se cada vez maiores recursos e esforços à procura de explicações biológicas para os comportamentos, as desigualdades sociais, as mais variadas debilidades do caráter, as pequenas escolhas cotidianas, as exclusões e os conflitos urbanos. Esses fatos, dentre muitos outros, parecem ter ingressado novamente no território das explicações médicas e psiquiátricas, pela classificação de fatos sociais como patologias psiquiátricas que reclamam uma intervenção terapêutica. Para cada um desses fatos, os defensores do reducionismo prometem a descoberta de alguma explicação neurogenética que possibilitará intervenções eficazes e definitivas, uma terapêutica farmacológica ou uma estratégia preventiva que permitam substituir a complexidade das explicações sociológicas ou psicológicas existentes.

Evitar que os problemas mentais se cronifiquem ou se tornem “mais graves” é um dos argumentos para se intervir nos pequenos desvios de conduta (CAPONI, 2012). Para a autora, foi a partir da segunda metade do século XIX, e com a expansão das ideias da teoria de degeneração de Benedict August Morel, que toda e qualquer conduta se tornou passível de intervenção médico-psiquiátrica, situação que Foucault (2001) chamou de medicina do não patológica.

O certo é que novas vozes aparecem a cada dia, seja nas mais prestigiosas publicações científicas ou no mais popular meio massivo de telecomunicação, em defesa de alguma nova descoberta que possa, finalmente, comprovar a veracidade do determinismo neurogenético de nossas escolhas e condutas. Assim,

[...] afirma-se que foram descobertos, não somente os genes de uma doença como o câncer de mama, mas também da homossexualidade, do alcoolismo (que tanto preocupava aos degeneracionistas), da criminalidade, chegando até a célebre especulação de Daniel Koshland, nesse momento diretor da revista *Science*, de que poderiam existir genes dos sem-teto. (ROSE, 2001, p. 313).

Em cada um desses casos, os defensores das explicações neurogenéticas serão cautelosos em afirmar que os fatos sociais também têm sua importância. Porém, perante o que consideram uma sucessão de medidas sociais pouco eficazes e pouco frutíferas, eles parecem reclamar para si o poder de descobrir as intervenções precisas, efetivas e definitivas para cada um dos problemas que tanto angustiam nossa sociedade contemporânea: a violência urbana, os sofrimentos psíquicos, as dificuldades de aprendizagem escolar, os sem-teto etc.

Para essa ambição explicativa dos neurogeneticistas de hoje, pode ser repetida a mesma advertência que Charpentier enunciara, em 1893, a Magnan:

Tenhamos cuidado com essa tendência (da psiquiatria), ou então as pequenas loucuras da infância, as da adolescência, os tiques, todas as perturbações mais ou menos conhecidas da vontade, os estados emocionais, os defeitos de equilíbrio, as perturbações menores, poderão atingir o estatuto de doença mental. (CHARPENTIER apud MAGNAN, 1893, p. 130).

O “triumfalismo arrogante” (ROSE, 2001) das explicações neurogenéticas para comportamentos e sofrimentos parece ser tão sedutor para nossas sociedades contemporâneas, caracterizadas pela precariedade dos laços sociais, pela fragilidade laboral, pelos processos migratórios e pela violência urbana, como já foram as propostas dos degeneracionistas na conservadora sociedade europeia da segunda metade do século XIX, ou as intervenções racistas dos eugenistas, nos Estados Unidos da década de 1930. Em cada um desses momentos históricos, as explicações biológicas pareceram concentrar poderes reveladores, capazes de ocupar o lugar abandonado perante a renúncia coletiva em procurar soluções sociais para problemas sociais.

E os profissionais de saúde, os farmacêuticos em especial, possuem um papel fundamental nesse processo, tanto no que diz respeito ao atendimento individual (dispensação de medicamentos, atenção farmacêutica) quanto ao planejamento e formulação de políticas de medicamentos.

Lembrar-se desses conceitos e refletir eticamente sobre eles, sobre o dia a dia, sobre os problemas discutidos até aqui, é indispensável para uma boa atenção, a fim de que as pessoas possam levar uma boa vida. A responsabilidade dos gestores é imensa, pois são eles que decidem as políticas a serem adotadas, os recursos a serem disponibilizados, a forma como o sistema de saúde vai caminhar. E, nesse processo, colocar-se no lugar do outro é fundamental: lembrar que o outro possui autonomia; é capaz de decidir sobre sua saúde e seu futuro; possui conhecimento sobre seu próprio corpo e sobre seus sofrimentos; e que, em uma relação ética de diálogo e respeito pelas diferenças, o profissional pode aprender muito com ele. Essa, sem dúvida, é a melhor forma de construirmos um sistema de saúde e atenção justo, solidário e eficaz.

Referências

ANGELL, M. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito*. Rio de Janeiro: Record, 2007. 319 p.

BARROS, J. A. C. D. Ampliando o acesso aos medicamentos: a questão das enfermidades negligenciadas. In: BARROS, J. A. C. D. (Org.). *Os fármacos na atualidade: antigos e novos desafios*. Brasília: ANVISA, 2008. p. 79-88.

BLECH, J. *Los inventores de enfermedades: cómo nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino, 2005. v. 65. 256 p.

BOLTANSKI, L. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

BRAZ, M.; SCHRAMM, F. R.; TELLES, J. L.; REGO, S. T. D. A.; PALÁCIOS, M. *Bioética: algumas datas e acontecimentos*. 2013. Disponível em: <<http://www.ggente.org/>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

BRZOZOWSKI, F. S. *Explicações reducionistas no discurso científico sobre o Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade desde 1950*. 2013. 283 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

CAPONI, S. *Loucos e degenerados: uma genealogia da psiquiatria ampliada*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 210 p. 168.

CASTIEL, L. D. Riscos catastróficos e seus enredos: a hiperprevenção como forma de vida medicada. In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F. S.; HELLMANN, F. (Org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Unisul, 2010. p. 49-71.

CLARKE, A. E.; SHIM, J. K.; MAMO, L.; FOSKET, J. R.; FISHMAN, J. R. Biomedicalization: tecnoscience transformation of health, illness and US biomedicine. *American Sociological Review*, v. 68, n. 2, p. 161-194, 2003.

CONRAD, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.

COSGROVE, L.; KRIMSKY, S. A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: a pernicious problem persists. *PLOS Medicine*, v. 9, n. 3, p. 1-4, 2012.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. *O que é bioética?* São Paulo: Brasiliense, 2002. 69 p.

FAGUNDES, M. J. D.; SOARES, M. G. A.; DINIZ, N. M.; PIRES, J. R.; GARRAFA, V. Análise bioética da propaganda e publicidade de medicamentos. *Ciência e saúde coletiva*, v. 12, n. 1, p. 221-229, 2007.

FOUCAULT, M. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001. 479 p.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. 241 p.

FREIDSON, E. *Profession of Medicine: a study of the Sociology of Applied Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.

GARRAFA, V.; LORENZO, C. Helsinque 2008: redução de proteção e maximização de interesses privados. In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOZOWSKI, F. S.; HELLMANN, F. (Org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Unisul, 2010. p. 21-35.

- HACKING, I. Kinds of people: moving targets. *Proceedings of the British Academy*, v. 151, p. 285-318, 2007.
- HECK, J. N. Bioética: contexto histórico, desafios e responsabilidade. *Ethic@*, v. 4, n. 2, p. 123-139, 2005.
- ILLICH, I. *A expropriação da saúde: Nêmesis da Medicina*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. 196 p.
- KITCHER, P. *Las vidas por venir*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2002.
- LEITE, S. N. Solidariedade x caridade: uma reflexão sobre o caso dos medicamentos doados para Santa Catarina. *Comunicador Farmacêutico – COFA*, Florianópolis, p. 7-9, 10 maio 2009.
- LEITE, S. N.; MAFRA, A. C. “Que direito?” Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. *Ciência e saúde coletiva*, v. 15, supl. 1, p. 1665-1671, 2010.
- LOWENBERG, J. S.; DAVIS, F. Beyond medicalization-demedicalization: the case of holistic health. *Sociology of Health & Illness*, v. 16, n. 5, p. 579-599. 1994.
- MACIEL, E. L. N. Doenças negligenciadas: “nova agenda para velhas doenças”. In: CAPONI, S.; VERDI, M.; BRZOSOWSKI, F. S.; HELLMANN, F. (Org.). *Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica*. Palhoça: Unisul, 2010. p. 96-107.
- MAGNAN, V. *Leçons clinique sur les maladies mentales*. Paris: Bureaux du Progrès médical, 1893.
- MENENDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.
- MOYNIHAN, R.; SMITH, R. Too Much Medicine? *British Medical Journal*, v. 324, n. 7342, p. 859-860, 2002.
- NYE, R. A. The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century. *Journal of History of the Behavioral Sciences*, v. 39, n. 2, p. 115-129, 2003.
- ORTEGA, F. O corpo transparente: visualização médica e cultura popular no século XX. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, v. 13, p. 89-107, 2006.
- PIGNARRE, P. *Les deux médecines: médicaments, psychotropes et suggestion thérapeutique*. Paris: La Découverte, 1995. 190 p.
- PIGNARRE, P. *Comment la dépression est devenue une épidémie*. Paris: Hachette, 2001. 150 p.
- ROSE, S. *Trayectorias de vida: biología, libertad y determinismo*. México: Granica, 2001.
- SOARES, G. B. *A depressão em pauta: análise do discurso midiático*. 2009. 56 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.
- WILLIAMS, S. J.; CALNAN, M. The “Limits” of Medicalization? Modern Medicine and the Lay Populace in “Late” Modernity. *Social Science and Medicine*, v. 42, n. 12, p. 1609-1620, 1996.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Fabiola Bagatini Buendgens
Fernanda Manzini

5.1 Promoção da saúde e os modelos de práticas educativas em saúde

As práticas educativas encontram-se entre as principais ações desenvolvidas nos serviços de saúde. Desenvolvê-las na perspectiva da promoção da saúde é essencial para a efetividade das ações direcionadas ao processo saúde-doença.

Há uma divisão clássica entre as três principais estratégias para intervir no processo saúde-doença dos indivíduos (BUSS, 2002):

- promoção da saúde;
- prevenção das doenças, acidentes e violências e seus fatores de risco;
- tratamento e reabilitação.

Na prática, as ações para realização dessas estratégias estão imbricadas e temos dificuldade de diferenciá-las. No entanto, Buss (2002) ressalta que é importante realizar o esforço de diferenciá-las, para que possamos dar maior efetividade a essas ações.

Para Buss (2002, p. 50):

É reconhecido em todas as sociedades e pelos estudiosos em todo o mundo que a saúde não é uma conquista, nem uma responsabilidade exclusiva

do setor saúde. Ela é o resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, que se combinam de forma particular em cada sociedade em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis.

Analisando o exposto por Buss (2002), é necessário questionar se o modelo de medicina hegemônico, denominado modelo biomédico, é capaz de “produzir” indivíduos saudáveis. Há tempos se discute que um modelo centrado na assistência individual e curativa, com ênfase no atendimento hospitalar, médico centrado e medicalizante, é pouco resolutivo e não soluciona os problemas de saúde.

É claro que, para os profissionais de saúde, promover a saúde é mais do que prevenir doenças e tratá-las.

Mas, afinal, o que é promover saúde? Qual é a relação entre a promoção da saúde e a educação em saúde.

Promoção da saúde

Um dos primeiros registros do termo promoção da saúde foi realizado pelo médico francês Henry Sigerist, no artigo *The place of the physician in modern society* (1946), ao definir as quatro tarefas essenciais da medicina: promoção da saúde, prevenção da doença, restauração do doente, e reabilitação (BUSS, 2003). Para ele, promover a saúde seria proporcionar condições de vida e de trabalho decentes, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, e o alcance desse objetivo se daria, por meio de um esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos (VERDI; CAPONI, 2005).

Lewell e Clark, em 1965, ao desenvolverem o modelo da história natural da doença, propuseram três níveis de prevenção, identificados como: primário, secundário e terciário, conforme ilustrado no Quadro 1:

Quadro 1 – Níveis de prevenção propostos para o modelo da história natural da doença, de Lewell e Clark (1965)

Nível de prevenção	Ações a serem desenvolvidas	
Prevenção primária (desenvolvida em um estágio de pré-patogênese)	1º nível: Promoção da saúde	2º nível: Proteção específica
Prevenção secundária	3º nível: Diagnóstico precoce e tratamento imediato	
Prevenção terciária	4º nível: Limitação do dano	5º nível: Reabilitação

Fonte: Elaborado pelos autores.

O modelo proposto por Lewell e Clark tem como foco a prevenção de doenças, com enfoque no indivíduo e nas famílias. Neste modelo, a promoção da saúde está inserida em um dos níveis da prevenção primária, definida como “medidas destinadas a desenvolver uma saúde ótima”, tendo como ações a serem realizadas: educação sanitária; bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases de desenvolvimento da vida; atenção ao desenvolvimento da personalidade; habitação adequada, recreação e condições agradáveis de trabalho; aconselhamento matrimonial e educação sexual; genética; exames seletivos periódicos (BUSS, 2002; 2003; VERDI; DA ROS; SOUZA, 2012; BATISTELLA, s.d.).

Trata-se, como pode-se observar, de uma visão limitada do conceito de promoção da saúde, pois está focada nos aspectos biológicos e o conceito de saúde é entendido apenas como ausência de doença. Há uma naturalização da realidade social, das relações de poder, das condições de vida dos indivíduos. E isso tende a gerar uma frustração no profissional de saúde, que “informa” qual a conduta a ser tomada pelos usuários, mas não consegue verificar o resultado de sua prática e a resolução dos problemas.

Em 1974, a partir da divulgação do Informe Lalonde,¹ surgiu, formalmente, no Canadá, o moderno movimento de promoção da saúde. Foi a primeira vez que promoção da saúde apareceu como termo e conceito em um documento oficial. O Informe demonstrou que grande parte dos esforços da sociedade para melhorar a saúde, assim como a maior parte dos gastos em saúde, no Canadá, se concentravam na forma de organização da assistência à saúde que, até então, não incluía aspectos socioeconômicos, políticos e culturais que influenciam o processo saúde-doença. A ênfase maior era dada à prevenção, ao tratamento e à recuperação, deixando de lado a educação e a promoção da saúde. No entanto, ao identificar as causas principais de adoecimento e morte no país, verificou-se que a origem estava, principalmente, relacionada aos aspectos biofísicos, à poluição ambiental e ao comportamento humano ou estilo de vida. Dessa forma, era necessário modificar a situação identificada, começando pelo conceito de campo da saúde, que passou a abranger, além da **biologia humana**, o **meio ambiente**, o **estilo de vida** e a **organização da atenção à saúde**, em que se distribuem inúmeros fatores que influenciam a saúde (BUSS, 2000; BECKER, 2001; PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Após a discussão apontada no Informe Lalonde, as práticas de promoção da saúde foram orientadas para a mudança de estilo de vida e de comportamentos individuais considerados não saudáveis (MOREIRA; BARREIROS, 2006). Sabe-se que tais ações, quando exercidas desconsiderando o contexto político, econômico

¹ O documento *A new perspective on the health of Canadians*, mais conhecido como Informe ou Relatório Lalonde, em referência à Marc Lalonde, então Ministro da Saúde e Bem-Estar do país.

e social, tendem a expressar uma postura comportamental preventivista e culpabilizar os indivíduos, como, por exemplo, na obesidade. Nas últimas décadas, a prevalência de sobrepeso e obesidade tem aumentado em todo o mundo, seja em crianças, em adolescentes ou em adultos, nas diferentes classes sociais. Barros Filho (2004) aponta que este problema tem tamanha envergadura que hoje os pesquisadores procuram respostas nos mais diversos tipos de estudos: biologia molecular, estudos psicológicos, estudos sociais, estudos clínicos, até a tentativa de entender o problema dentro da teoria da evolução.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1978, realizou a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, onde foi abordado o problema da equidade em saúde em nível mundial, a fim de proteger e promover a saúde de todos os povos. Uma das principais metas estabelecidas era a de que, até o ano 2000, todos os povos atingissem um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde constituíam a chave para que essa meta fosse atingida, como parte do desenvolvimento, no espírito da justiça social. Os pressupostos apresentados nesta Conferência serviram como base para os idealizadores da promoção da saúde.

Em 1986, foi realizada a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde² em Ottawa/Canadá, considerada o evento mais importante para o desenvolvimento da moderna noção de promoção da saúde, pois foi levada em conta, oficialmente, a influência dos determinantes sociais na saúde e na qualidade de vida; e foi revisado e ampliado o conceito de promoção da saúde. Dessa forma, promoção da saúde passou a ser definida como “o processo de capacitação (*empowerment*) da comunidade (indivíduos e coletividade) para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (BUSS, 2002, p. 52).

A Carta de Intenções apresentada nesta Conferência – Carta de Ottawa – confirmou importantes posições estabelecidas em Alma-Ata, considerando que as condições e os recursos fundamentais para a saúde são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Além disso, estabeleceu uma agenda para a Promoção da Saúde em torno de cinco linhas de ação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; reforço da ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação do sistema de saúde.

² Até 2013, já foram realizadas oito Conferências internacionais sobre promoção da saúde (Ottawa, Adelaide, Sundsvall, Jacarta, Cidade do México, Bangkok, Nairobi). A última foi realizada em Helsinque/Finlândia, em junho de 2013. A partir dessas conferências e de diversos outros movimentos, a promoção da saúde passa a nortear cada vez mais a elaboração de políticas de saúde em diversos países.

Para Carvalho (1996 apud BECKER, 2001), o conceito de promoção da saúde passa a ser a espinha dorsal da nova saúde pública, sendo definido pela primeira vez em termos de políticas e estratégias. Na análise do autor, isso representa um avanço em relação à retórica genérica proposta na Conferência de Alma-Ata, onde foi estabelecida como principal meta a “Saúde para Todos no Ano 2000”.

Os conceitos e princípios estabelecidos na Carta de Ottawa e na Conferência de Alma-Ata somaram-se às discussões do movimento da Reforma Sanitária brasileira e se refletiram na Constituição Federal de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Porém, somente em 2006, o Brasil formalizou a Política Nacional de Promoção da Saúde, que tem por objetivo promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais (BRASIL, 2010).

Buss (2002) propõe que as diversas conceituações disponíveis, assim como a prática da promoção da saúde, podem ser reunidas em duas grandes tendências:

- 1) **Primeira tendência – Centrada no comportamento dos indivíduos e nos seus estilos de vida:** A promoção da saúde consiste em ações relacionadas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, em uma lógica individual ou familiar, mas sem levar em consideração o ambiente. Com essa lógica, as atividades de promoção da saúde tendem a se concentrar em componentes educativos, relacionados com riscos comportamentais passíveis de serem mudados sob controle dos indivíduos, como, por exemplo: higiene pessoal, alimentação, fumo, ingestão de bebidas alcoólicas, comportamento sexual, entre outros. Nesse entendimento, os fatores que não podem ser controlados pelos indivíduos não são identificados como ações de promoção da saúde. Um exemplo dessa tendência o Relatório Lalonde.
- 2) **Segunda tendência – Enfoque mais amplo de desenvolvimento de políticas públicas e condições favoráveis à saúde:** Ao considerar o papel protagônico dos determinantes sociais no processo de saúde-doença, temos outro tipo de enfoque sobre a promoção da saúde, ao entendermos que ela é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, como alimentação e nutrição, habitação e saneamento, trabalho, renda, educação, justiça social. Com isso, as atividades de promoção da saúde voltam-se mais para o coletivo de indivíduos e ao ambiente (físico, político, social, econômico e cultural), o que implica que a promoção da saúde vai além do setor saúde, exigindo a criação de políticas públicas intersetoriais e a mobilização da sociedade e de outros segmentos do poder público. Esta tendência tem como base os pressupostos estabelecidos na Carta de Ottawa.

Verdi, Da Ros e Souza (2012) destacam que se deve entender a saúde por meio da politização das práticas sanitárias, tendo como objeto a produção de bens e serviços, a produção dos sujeitos e a democratização institucional. Para isso, destacam os autores, a promoção da saúde deve incluir o fortalecimento da democracia e a intervenção sobre o ambiente.

Nakamura (2013) analisou a produção científica na área da Farmácia, relacionada à promoção da saúde. Segundo a autora, os documentos relativos às práticas, políticas e educação profissional internacionais da farmácia se referem à promoção da saúde, como um dos objetivos do setor e como prática dos farmacêuticos. No entanto, a autora refere que as citações ou são muito evasivas (apenas citando o termo) ou se restringem à proposição de práticas farmacêuticas, preponderantemente, relacionadas ao uso de medicamentos e ao aconselhamento para mudanças de estilo de vida e redução de riscos.

O termo Promoção da Saúde também consta em documentos de referência nacional, como na Política Nacional de Medicamentos (1998), na Proposta de Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (2002), nas Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Farmácia (2002) e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (2004). Contudo, Nakamura (2013) destaca que, em nenhum momento, nesses documentos, desenvolve-se a aplicação do termo, conceitualmente ou em descrição de práticas farmacêuticas do que seria promover saúde nos campos de atuação do farmacêutico. É por isso que há a necessidade de refletir sobre a promoção da saúde para basilar a prática do profissional farmacêutico.

Modelos de Práticas Educativas em Saúde

A educação e a saúde são caracterizadas pela sua indissociabilidade na vida concreta. No cotidiano, basta pensar que qualquer ação de saúde requer comunicação e diálogo entre os sujeitos envolvidos, seja individual ou coletivamente.

Não existe apenas um jeito de educar em saúde, mas diferentes modos de pensar e fazer educação. E esse jeito de educar em saúde vai depender da visão de mundo, da concepção de saúde e da concepção de educação que temos (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

A educação em saúde aqui é entendida como processo social com grande potencial de **transformação da realidade**.

Pelicioni e Pelicioni (2007) destacam que a educação em saúde é parte da saúde pública e, conseqüentemente, da medicina, e, com isso, cada época histórica reflete as tendências dessas áreas e reproduz as suas concepções.

Há dois principais modelos que têm embasado a prática educativa no contexto da saúde: **educação para a saúde ou educação sanitária e educação em saúde, a qual inclui a educação popular**.

Esses diferentes termos não são sinônimos, possuem significados distintos e refletem a visão de mundo, educação e saúde que temos e, embora apresentem concepções totalmente diferentes, eles coexistem e orientam as ações dos profissionais de saúde.

Educação para a saúde ou educação sanitária

Neste modelo, a educação é compreendida como mero instrumento, um meio para se alcançar a saúde, a qual é entendida como ausência de doença. Parte-se da premissa de que os sujeitos são desprovidos de saberes e os profissionais de saúde possuem o conhecimento correto para tratar cada problema (doença, enfermidade, sintoma, risco), a fim de restaurar um padrão entendido como saudável, sob o ponto de vista sanitário, no sentido de adaptar o indivíduo a uma situação de normalidade (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010). Para isso, o modelo de trabalho na saúde a ser adotado contempla atividades, predominantemente, curativas e reabilitadoras (BESEN et al., 2007).

Nessa lógica, os indivíduos passam a ser responsabilizados pelas escolhas de hábitos e estilos de vida, desconsiderando as múltiplas variáveis que interferem em suas escolhas individuais e coletivas. Não se considera, também, que tais escolhas são, muitas vezes, induzidas ou impostas, e não revelam plena autonomia de decisão (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

Os conhecimentos são repassados de forma verticalizada, seguindo o modelo de educação tradicional e de educação “bancária”, como denominada por Paulo Freire (sobre quem discorreremos a seguir). Nega-se qualquer possibilidade de participação ativa dos sujeitos nos processos terapêuticos e, conseqüentemente, o poder de decidir sobre seus males, seus corpos, e suas vidas. A esses sujeitos resta o papel passivo de aceitar as orientações, os medicamentos, os procedimentos e as demais intervenções (PELICIONI; PELICIONI, 2007; VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010; RENOVATO; BAGNATO, 2012).

Para Barros (2003), citado por Verdi, Büchele e Tognoli (2010), a prática educativa reduzida a ações e técnicas constitui-se em um momento de domínio exclusivo do profissional. Com isso, o momento de relação entre o profissional e o usuário passa a ser um momento de dar orientações, de dar informações, de (re)forçar e até de cobrar e repreender.

Durante o percurso histórico, a educação sanitária caracterizou-se pelo seu papel regulador, normatizador, de controle sobre os corpos por meio de dispositivos que se utilizaram de estratégias fundamentadas, principalmente, no poder disciplinar (RENOVATO; BAGNATO, 2012). Em suma, as práticas da educação sanitária pautam-se no modelo informação-mudança de comportamentos.

Educação em saúde

Neste modelo, o processo saúde-doença é reconhecido como processo determinado socialmente, porém sem descaracterizar a materialização do

sofrimento nos corpos, nas relações dos sujeitos. Neste modelo, busca-se superar a dicotomia profissional/paciente (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

O usuário é entendido como um sujeito com potencial crítico, criativo, transformador da realidade, e, sobretudo, capaz de decidir a respeito de sua saúde. Para isso, é preciso reconhecer que:

- cada indivíduo tem o seu saber;
- cada indivíduo carrega uma experiência com o processo saúde-doença;
- a família, os amigos e a comunidade possuem um importante papel no entendimento do processo saúde-doença.

Já, o profissional de saúde passa a ter um papel de facilitador desse processo reflexivo-criativo que conduz o indivíduo a melhores escolhas e decisões (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

O reconhecimento da realidade dos sujeitos deve considerar sempre a necessidade de se conhecer a história, as crenças, os hábitos, os costumes e as condições em que as pessoas vivem. É importante, também, ter respeito às crenças de qualquer natureza, como religiosa, política, filosófica.

A relação entre o usuário e o profissional de saúde é entendida como uma via de mão dupla, em que ambos têm a ensinar e a aprender. Essa relação busca resgatar o protagonismo da população como sujeitos autônomos para decidir sobre sua saúde e seu corpo, e como coletivo cuja ação política pode interferir nas decisões do sistema de saúde, e deve ser baseada na troca de experiências, em que o saber técnico do profissional não é anulado e o saber popular do indivíduo/família não é subestimado (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

Para tanto, é preciso que todos assumam a condição de aprendizes, buscando compreender a realidade e as tramas de poder que dominam as relações existentes, inclusive nos serviços de saúde. Assim, é necessário que os sujeitos descubram-se com poder e com força para reagir, para pensar, para criticar, para criar e para transformar (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

A educação em saúde vai muito além do que, simplesmente, informar ou tentar mudar comportamentos. Pelicioni e Pelicioni (2007) identificam, como objetivos da educação em saúde:

- preparar os indivíduos para o exercício da cidadania plena;
- criar condições para que se organizem na luta pela conquista e implementação de seus direitos, para que se tornem aptos a cumprir seus deveres, visando a obtenção do bem comum e a melhoria da qualidade de vida para todos; e
- possibilitar que esses atores se tornem capazes de transformar a sociedade.

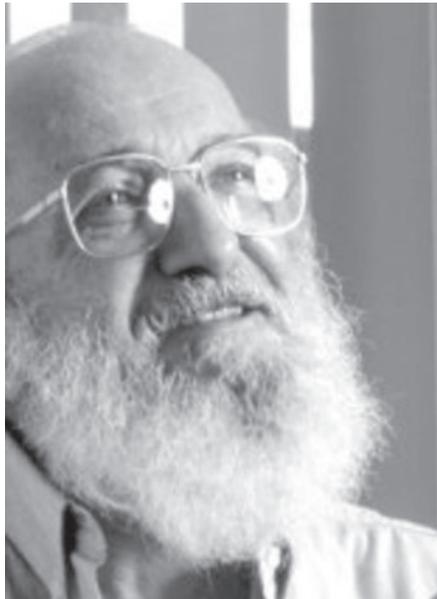
Neste conteúdo, apesar de apresentar algumas especificidades, foi inserida a educação popular na educação em saúde por acreditar que ambas partilhem os

mesmos princípios. Alguns autores a consideram como um terceiro modelo de prática educativa em saúde.

Paulo Freire é considerado um dos autores que mais contribuiu para a reflexão e inserção da educação popular em práticas de saúde. Embora sua prática pedagógica tenha sido voltada à educação formal de adultos, o referencial teórico por ele desenvolvido possui grande influência nas práticas de educação popular. Ele mostrava a educação solidária, dialogada, sem arrogância e supremacia do educador, defendendo a articulação do saber, conhecimento, da vivência, comunidade, escola, do meio ambiente, traduzindo-se como um trabalho coletivo. A articulação proposta por Freire representa a interdisciplinaridade, atualmente muito discutida na educação e na saúde (MIRANDA; BARROSO, 2004).

Paulo Freire (1921-1997) foi um educador, pedagogo e filósofo. É considerado um dos pensadores mais notáveis na história da pedagogia mundial, declarado Patrono da Educação Brasileira. É autor de obras como: Educação como prática da liberdade, Pedagogia do oprimido, Pedagogia da autonomia e Pedagogia da indignação.

Figura 1 – Paulo Freire



Fonte: Disponível em: <<http://acervo.paulofreire.org/xmlui/handle/7891/256>>.

Paulo Freire desenvolveu seis pressupostos, denominados ideia-força, fundamentais para uma prática educativa crítica e transformadora da realidade (FREIRE, 1979). Conheça-os.

- Toda ação educativa deve, necessariamente, estar precedida de reflexão sobre o homem e o contexto no qual ele está inserido. Esta primeira suposição é muito importante, pois norteia todas as demais concepções.
- O homem chega a ser sujeito por uma reflexão sobre sua situação, sobre seu ambiente concreto. A educação deve proporcionar ao indivíduo uma tomada de consciência e atitude crítica no sentido de transformar sua realidade.
- A partir da integração do homem com o seu contexto, haverá a reflexão, o comprometimento, a construção de si mesmo e o ser sujeito.
- À medida que o homem se integra às condições de seu contexto de vida será capaz de refletir e obter solução/resposta para os desafios encontrados, transformando sua cultura.
- O homem cria cultura e faz história.
- A educação deve permitir que o homem chegue a ser sujeito, construa-se como pessoa, transforme a realidade, estabeleça relações de reciprocidade, faça cultura e história.

Das ideias-forças, fundamentadas por Freire, surgiram alguns conceitos formulados pelo autor, que foram utilizados na educação e também na área da saúde, tais como: autonomia, problematização, diálogo, conscientização e liberdade. A Figura 2 apresenta esses conceitos, sobre os quais se discorrerá a seguir:

Figura 2 – Pressupostos fundamentais utilizados na educação e na saúde



A educação em saúde é um importante instrumento para se promover a participação ativa das pessoas na conquista de sua **autonomia**. Entende-se como autonomia a capacidade que o sujeito possui em autodeterminar-se, escolher, apropriar-se e reconstruir o conhecimento produzido, culturalmente, em função de suas necessidades e interesses. Caracteriza-se pela responsabilização, autodeterminação, decisão, autoavaliação e compromissos, a partir da reflexão de suas próprias experiências e vivências (CARVALHO; STRUCHINER, 2005; FLECK, 2004). Besen e colaboradores (2007) destacam que a autonomia permite que o indivíduo escolha, entre as alternativas e as informações, que lhe são apresentadas, de forma esclarecida e livre.

Paulo Freire já nos dizia:

Ninguém é autônomo primeiro para depois decidir. A autonomia vai se constituindo na experiência de várias, inúmeras decisões que vão sendo tomadas. (FREIRE, 1996).

Por meio da **problematização**, o educador propõe aos educandos a reflexão crítica da realidade, no sentido de produzir uma ação transformadora. A problematização parte de situações vividas e implica um retorno crítico a essas (MIRANDA; BARROSO, 2004; VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

Para Miranda e Barroso (2004), a **conscientização** é um compromisso histórico, é uma inserção crítica na história, assumindo o homem uma posição de sujeito, podendo transformar o mundo, e, assim, possibilitando o desenvolvimento crítico da tomada de consciência.

Outro pressuposto importante é o **diálogo**. Para Paulo Freire (1994), o diálogo é uma condição básica para o conhecimento,

[...] é uma necessidade existencial. É o encontro entre os homens, mediatizados pelo mundo, para designá-lo, onde a reflexão e a ação orientam-se para o mundo que é preciso transformar e humanizar. É necessário amor, humildade, fé no homem, criatividade, criticidade e esperança.

Miranda e Barroso (2004) destacam que Paulo Freire criticou o monólogo existente nos círculos educacionais vigentes, onde só o professor ou educador tem voz, introduzindo o conceito do diálogo. Com isso, reconhece-se que ambos, educador e educando, são sujeitos no ato de, criticamente, conhecer a realidade e de recriar esse conhecimento.

A **liberdade** é uma conquista e exige uma busca permanente dos sujeitos. Paulo Freire dizia que a libertação é um doloroso parto do qual nascerá um novo ser humano. Segundo esse autor, não existe educação sem liberdade de criar e

de propor o que e como aprender, herdando a experiência adquirida, criando e recriando, integrando-se às condições de seu contexto, respondendo os seus desafios, objetivando-se a si próprio, discernindo, transcendendo, lançando-se no domínio da história e da cultura (MIRANDA; BARROSO, 2004; FLECK, 2004; VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

É de grande importância conhecer e apropriar-se desses conceitos para refletirmos sobre as ações de promoção e de educação em saúde, desenvolvidas nos serviços.

Relação entre promoção da saúde e educação em saúde

Segundo Nakamura e colaboradores (2014), a maioria dos trabalhos de produção científica na área da Farmácia, relacionados à promoção da saúde, relatam atividades descritas como de promoção da saúde em farmácias comunitárias, tendo como sujeitos do estudo os próprios farmacêuticos e, em menor proporção, os usuários.

Os trabalhos relacionados à prática do profissional se limitam a descrever atividades realizadas em programas pontuais, propondo materiais e práticas, como folders, palestras e aconselhamento farmacêutico; atividades educativas em temas mais amplos, especialmente, relacionados aos cuidados com o uso de medicamentos; e a avaliar a opinião do farmacêutico ou a satisfação do paciente quanto aos serviços realizados. As ações estão mais limitadas em ações informativas unidirecionais, focadas no saber profissional e na sua disposição para informar ou prestar aconselhamentos, tendo a mudança de estilo de vida dos indivíduos como o objetivo principal (NAKAMURA et al., 2014).

A partir da análise de Nakamura e colaboradores (2014), é possível concluir que as ações de educação em saúde, propostas nesses estudos, seguem uma lógica preventivista e não construtivista, com enfoque na mudança de estilo de vida dos indivíduos, o que não gera autonomia e, ao contrário, pode resultar em maior dependência da população em relação aos profissionais.

Muitas ações reconhecidas como educação em saúde ainda são voltadas para as populações carentes como forma de adestramento e indução da mudança de comportamento. Será que esse tipo de ação visa à mudança da situação e/ou à conquista da autonomia dos indivíduos?

Por vezes, as atividades de educação em saúde propostas tendem a ser desenvolvidas sem considerar as situações de risco de cada comunidade, desenvolvendo-se, aparentemente, como um fim em si mesmas. O profissional de saúde assume a condição de “educador”, como “o que sabe”, em direção ao usuário dos serviços de saúde, na condição de “educando”, como “o que desconhece”.

Besen e colaboradores (2007), entendendo a importância de os profissionais da Estratégia de Saúde da Família estarem aptos a trabalhar sob

a lógica da Promoção da Saúde, investigaram a compreensão sobre educação em saúde desses trabalhadores. Os autores constataram que a formação dos profissionais de saúde é uma das problemáticas centrais, uma vez que identificaram a predominância de discursos permeados por uma educação voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos, com relação vertical e impositiva.

A Figura 3 ilustra o que se aborda neste conteúdo e sustenta a ideia de que a concepção de saúde e de promoção da saúde dos sujeitos, sejam eles trabalhadores ou usuários dos serviços, implicará práticas educativas a serem adotadas, demonstrando a relação intrínseca entre esses temas.

Figura 3 – Relação entre o conceito ampliado de saúde, a promoção da saúde e a educação em saúde



Fonte: Elaborado pelos autores.

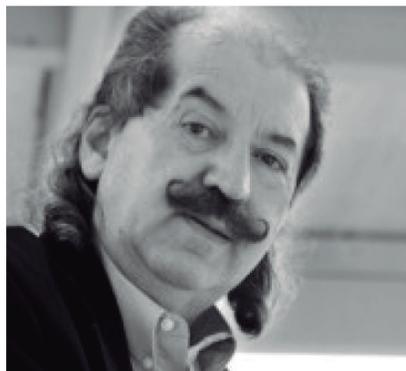
Refleta sobre este exemplo: está faltando albendazol na farmácia da unidade de saúde. Na reunião do Conselho Local de Saúde, houve uma reivindicação sobre a falta de medicamentos antiparasitários. Conhecendo o território e os usuários, sabe-se que as condições de saneamento básico são precárias e que as crianças da comunidade costumam brincar na valeta de esgoto, que está aberta na rua. Considerando que a influência dos determinantes sociais no processo saúde-doença, e que uma das linhas da promoção da saúde é o reforço da ação comunitária e o desenvolvimento de habilidades pessoais, a educação em saúde torna-se um instrumento fundamental no empoderamento da comunidade de que o problema, neste caso, está além da falta do medicamento. É preciso que a comunidade compreenda o problema e reivindique melhores condições de saneamento básico junto aos órgãos competentes, mediante a ação do controle social.

5.2 Sete teses sobre Educação em Saúde de Briceño-Léon

Para começar, é importante conhecermos quem é este autor. Briceño-Léon é venezuelano, sociólogo, doutor em ciências sociais, professor titular da Universidade Central da Venezuela, diretor do Laboratório de Ciências Sociais (LACSO), coordenador do Observatório Venezuelano de Violência (OVV), membro da Woodrow Wilson International Center for Scholars (Washington), e presidente da Associação Venezuelana de Sociologia. É membro do Comité de Dirección para la Investigación Estratégica, Social, Económica y Ética, Programa Especial para la Investigación y Capacitación sobre Enfermedades Tropicales, da Organização Mundial da Saúde. É caracterizado como um cientista social da saúde, em virtude da sua valiosa contribuição na área da educação em saúde, voltada para a participação da comunidade.

Briceño-Léon, considerando a importância da participação ou não do indivíduo no controle de enfermidades, no artigo de debate sobre educação em saúde, publicado em 1996, estabeleceu dois importantes postulados que podem orientar a prática educativa com o objetivo de promover a participação comunitária: **é necessário conhecer o ser humano e, é necessário contar com o ser humano**. Ou seja, somente conhecendo o indivíduo e suas particularidades será possível desenvolver ações sanitárias eficientes e permanentes; e não se pode cuidar da saúde de outra pessoa, se ela não quer fazê-lo sozinha.

Figura 4 – Roberto Briceño-Léon



Fonte: Disponível em: <<http://www.derechos.org/ve/2010/09/10/ovv-20-743-homicidios-impunes-en-caracas-durante-10-anos/el-sociologo-roberto-briceno-leon/>>.

Conhecer o indivíduo significa conhecer:

- As **concepções de saúde e doença** presentes na vida de cada indivíduo, pois, a saúde, para alguns, é o antônimo de doença, para outros é sentir-se

bem. Alguns acreditam que a saúde e a doença só dependem do comportamento do próprio indivíduo, enquanto outros acham que ambas resultam da “vontade de Deus” ou de forças sobrenaturais e espirituais. Dessa forma, a compreensão das diferentes concepções irá nortear a organização das ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação e está intimamente relacionada às dinâmicas de cuidado existentes.

- Os **hábitos de vida**, já que o estilo ou modo de viver de um indivíduo ou grupo pode interferir no processo saúde/doença, assim como no cuidado. Entretanto, os hábitos de vida não devem ser reduzidos a escolhas individuais, passíveis de controle, principalmente quando se trata de população marginalizada, onde o contexto político, econômico e social precisa ser considerado.

O indivíduo não pode ser “culpado” por problemas de saúde, cujas causas encontram-se fora de sua governabilidade. Para Buss (2002), os comportamentos e hábitos de vida dependem de condições objetivas de oferta, de demanda, do consumo, dos modismos e não exclusivamente de uma escolha das pessoas.

- Os **determinantes sociais**, uma vez que fatores relacionados às condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação e saneamento, podem influenciar a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco em uma população. Isso indica que indivíduos em desvantagem social correm um risco diferenciado, criado por condições habitacionais mais humildes, exposição a condições mais perigosas ou estressantes de trabalho e menor acesso aos serviços (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Assim, se faz necessário que as condutas a serem adotadas considerem os determinantes sociais, mas também estimulem a sociedade para tomada de consciência e atuação sobre esses determinantes.

Contar com o indivíduo, segundo Bricenõ-Léon (1996), é considerar e respeitar a liberdade e a capacidade individual de aceitar ou não uma intervenção. As ações de saúde autoritárias podem ser justificadas em casos de epidemias, quando a sociedade deve ser mais protegida e os direitos coletivos estão acima dos direitos individuais, como, no caso da dengue, quando se faz necessário entrar na casa ou na propriedade das pessoas, mesmo sem consentimento, em prol de um benefício comum. Entretanto, em condições não epidêmicas, é difícil sustentar a ideia de impor proteção ao indivíduo, sem a vontade dele. Então, nesses casos, torna-se mais fácil considerá-lo um ignorante social ou alguém com incapacidade física e/ou mental para decidir, e, portanto, protegê-lo mesmo que ele não queira.

Na prática diária, comumente, os profissionais de saúde se colocam como detentores do saber técnico e desprezam todo o conhecimento prévio do sujeito,

utilizando estratégias de convencimento e até mesmo repressão frente a hábitos considerados não adequados. Esse tipo de posicionamento não considera as situações sociais, políticas e econômicas relacionadas às condições de saúde, que influenciam o processo de cuidado (BRICEÑO-LEÓN, 1996; VASCONCELOS, 2004; PIMENTA; LEANDRO; SCHALL, 2007).

Dentro deste contexto, é importante para o profissional refletir se o posicionamento que toma é o de detentor do saber, sem considerar as múltiplas variáveis do processo, ou se preocupa em conhecer o sujeito no contexto social e cultural.

Conhecer o indivíduo e compreender a lógica de pensamento e ação, considerando a influência dos determinantes sociais, é fundamental para estabelecimento de vínculo entre profissional-usuário/família/comunidade e para abertura da participação ativa dos sujeitos, tanto nos seus processos terapêuticos individuais, quanto nas intervenções mais amplas que buscam a transformação da realidade das comunidades (CARVALHO; GASTALDO, 2008; VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

A partir desses dois postulados descritos, Briceño-Léon (1996) desenvolveu sete teses sobre Educação em Saúde com o intuito de orientar práticas de educação sanitária. São elas:

- 1) A educação não é apenas o que acontece nos programas educacionais, mas em toda ação sanitária.
- 2) A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado.
- 3) Não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas diferentes.
- 4) A educação deve ser dialógica e participativa.
- 5) A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas.
- 6) A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento esforço-recompensa.
- 7) A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

Essas teses precisam ser conhecidas, compreendidas e trabalhadas previamente e durante qualquer ação de educação sanitária junto ao indivíduo ou à coletividade.

Tese I. A educação não é apenas o que acontece nos programas educacionais, mas em toda ação sanitária

A educação não é apenas resultado de programas educacionais, realizados por meio de folhetos, cartilhas, palestras, grupos e/ou materiais audiovisuais, mas

é resultante de toda e qualquer ação de saúde. As ações desenvolvidas, por si só, transmitem mensagens a indivíduos que possuem vivências subjetivas e objetivas e estas serão interpretadas conforme sua cultura e inserção social (ARAÚJO, 2006; MARTIN-BARBERO, 2009). É importante destacar que toda ação de saúde gera uma ação educativa que pode ser implícita ou explícita, formal ou informal, intencional ou não. Portanto, quando não há preocupação com a dimensão pedagógica, as ações de saúde, mesmo quando pensadas para melhorar algum aspecto sanitário, ou seja, com boas intenções, podem gerar resultados contrários aos esperados ou mensagens deseducadoras (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

Para evitar ou minimizar que isso aconteça é importante:

- Refletir sobre o que será trabalhado, para quem e como será trabalhado.
- Desenvolver e utilizar habilidades de comunicação.
- Ter clareza sobre qual é o resultado esperado.
- Analisar as intenções dos atores que executarão determinada ação.

Um exemplo desta tese, no exercício da prática farmacêutica, pode ser remetido a uma farmácia onde o usuário retira medicamentos pertencentes ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica. A estrutura física é precária, com caixas de medicamentos espalhadas pelo chão, e a dispensação dos medicamentos é realizada de forma desorganizada e pouco criteriosa (sem registro e sem necessidade de apresentação da prescrição). De forma não intencional, pode-se reforçar aos usuários a percepção de que a qualidade dos medicamentos entregues é inferior a dos demais medicamentos disponíveis no mercado. Em contraposição, a aquisição e dispensação dos medicamentos constantes no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, seguem os critérios estabelecidos pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, podendo reforçar a ideia de que estes medicamentos, em virtude da documentação exigida, apresentam qualidade superior àqueles. Outro exemplo pode ser visualizado na comunicação ao usuário sobre as reações adversas de um determinado medicamento. Se durante a dispensação, o profissional apenas menciona uma longa relação de efeitos adversos ou simplesmente entrega um documento citando-os, sem esclarecer ou explicar, provavelmente, o usuário ficará receoso em tomar a medicação e não irá aderir ao tratamento. Esses são cuidados simples, que, porém, dão coerência ao que se fala nas atividades educativas e nas orientações em saúde.

Tese II. A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas um cheio a ser transformado

O objetivo da educação não é preencher o vazio da ignorância, mas transformá-lo e, para isso, é necessária uma ação crítica, mas, ao mesmo tempo, respeitosa e solidária. Segundo Alves (2005, p. 48), o

[...] objetivo da educação é transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. Objetiva-se, ainda, que as práticas educativas sejam emancipatórias.

Infelizmente, é comum encontrarmos profissionais de saúde com o entendimento de que os usuários são semelhantes a copos vazios, cabendo ao profissional enchê-los com o conhecimento, seja sobre a doença, os medicamentos, os hábitos de vida, entre outros. Segundo Chiesa e Veríssimo (2001), nos serviços de saúde ainda há predominância de um modelo assistencial que privilegia ações curativas, com uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença. Esse modelo condiciona a prática educativa a ações que visam modificar práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais. Por exemplo, a realização de grupos educativos é uma das principais oportunidades para praticar a negociação, a corresponsabilização e as relações entre o profissional de saúde e a comunidade (MACHADO; WANDERLEY, 2011). Entretanto, em virtude desse modelo, atividades consideradas participativas, como os grupos, são organizadas, prioritariamente, como aulas expositivas ou palestras, quase inexistindo espaço para discussões ou manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

No desenvolvimento de práticas educativas, é importante reconhecer que todos os indivíduos têm conhecimentos, crenças e percepções sobre um tema particular, “todo mundo é um copo cheio”.

A bagagem de saberes não pode ser considerada incorreta, inadequada ou má, sob a óptica do saber científico e técnico, e ser apagada ou desconsiderada no momento em que o profissional da saúde faz uma intervenção educativa.

É preciso considerar e conhecer quais são os conhecimentos, as crenças e as percepções do indivíduo para trabalhar sobre eles no sentido de contribuir para a transformação desses em saberes novos. Portanto, é fundamental respeitar os conhecimentos alheios e ser solidário no compartilhamento de informações, lembrando que as mensagens serão reinterpretadas pelo indivíduo, com base em seu contexto, e o que ficará é o que “fizer sentido” para ele.

Se você, farmacêutico, conversa com o usuário utilizando uma linguagem técnica sobre a doença dele ou os medicamentos que ele usa/usará, provavelmente, isso será abstrato ou não fará sentido para ele, e o resultado esperado não será alcançado. Logo, a intervenção educativa, provavelmente, não terá efeito algum.

Nesse processo, não apenas o usuário modifica-se, mas também o profissional, pois este, para alcançar os resultados esperados, deve conhecer o usuário e adequar as informações ao contexto dele, de modo que elas

sejam compreendidas por ele. Além disso, esse processo abre a possibilidade de negociação entre indivíduo e profissional para adoção de mudanças que melhorem o estado de saúde, contribuindo para o êxito da atividade educativa.

Tese III. Não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas diferentes

Todos têm conhecimento, “todos são um copo cheio”! Assim, já que ambos possuem conhecimento, o processo educativo não deve ser unidirecional, mas bidirecional, em que ambas as partes terão o compromisso de transformar os seus próprios saberes (BRICEÑO-LEÓN, 1996). Paulo Freire acreditava no aprendizado recíproco, afirmando que o conhecimento deve ser partilhado com o objetivo de transformar os saberes existentes (FREIRE, 2009). Mas, para que isso seja possível, torna-se fundamental respeitar o saber do outro.

A partir do intercâmbio entre os saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir, de forma compartilhada, um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, fortalecendo a confiança do usuário nos serviços e nos profissionais, e proporcionando mudanças duradouras de hábitos e de comportamentos. Essas mudanças ocorrem por meio do intercâmbio e da transformação dos saberes existentes e não pela persuasão ou autoridade do profissional (ALVES, 2005).

A relação bidirecional permite o intercâmbio de saberes entre profissionais de saúde e usuários que dominam os usos de plantas medicinais. Conforme Gomes e Merhy (2011), o diálogo diante de práticas, como a fitoterapia, é relevante, pois, identificando os usos das plantas por parte da população, os profissionais podem enriquecer seus arsenais terapêuticos; ao mesmo tempo, podem orientar algumas incorreções no manejo de plantas medicinais que já foram cientificamente comprovadas, como efeitos adversos e contraindicações de determinadas substâncias.

Outro exemplo simples, porém comum, tem-se ao fazer o aprazamento dos horários de tomada de medicamentos, quando, muitas vezes, sugerimos sempre os mesmos horários para determinados medicamentos (ex. diurético pela manhã). Será que esse é o melhor horário de tomada do medicamento para todos os usuários? Experimente perguntar, antes, como o usuário faz. Muitas vezes ele vai apresentar estratégias, nas quais você nunca havia pensado.

Os profissionais da saúde se detêm na literatura científica e nos guidelines e, por vezes, se esquecem de que podem aprender muito com o usuário, afinal é ele quem melhor conhece o seu corpo e sua mente e precisa conviver diariamente com a doença e com os medicamentos. Assim, perde-se a possibilidade de detectar ou prevenir problemas relacionados à administração de medicamentos e de aprender alternativas para o manejo da doença e das reações adversas.

Quando um sintoma ou uma reação adversa não estão descritos ou previstos na literatura, isso não significa que ele não exista ou que não seja um problema de saúde importante para o indivíduo.

Tese IV. A educação deve ser dialógica e participativa

Partindo da premissa de que todos os sujeitos envolvidos no processo educativo sabem algo, então, esse é um processo de diálogo entre saberes, no qual todos se comprometem a escutarem-se e a transformarem-se. Um processo dialógico é um processo participativo, no qual todos os envolvidos contribuem para a construção do conhecimento, promovendo nos indivíduos o desenvolvimento de autonomia e corresponsabilização (FREIRE, 2009). Isso implica que todos atuem da mesma forma, embora com papéis distintos, sem predominância ou dominação de nenhuma das partes. Nesse processo, não há um que manda e os outros obedecem, um que desenha e os outros aplicam (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

Um processo participativo envolve o confronto de perspectivas e prioridades, em que as do profissional de saúde são tão válidas e legítimas quanto as da comunidade (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

Um exemplo que pode ser utilizado para ilustrar esta tese é a discussão sobre o que os termos *compliance* e *adherence*³ significam para a nossa área. O primeiro estaria mais centrado na ideologia biomédica e implica uma posição prescritiva e de superioridade do profissional da saúde frente ao usuário, o qual é visto como um cumpridor de recomendações. O indivíduo doente é tratado com pouca (ou nenhuma) autonomia para desobedecer às recomendações do profissional. Na relação profissional-usuário, o comportamento do doente e o controle da situação é parte do profissional. O segundo procura ressaltar a perspectiva do indivíduo, considerando-o como um ser capaz de decidir, de forma consciente e responsável, por seu tratamento. Todos os indivíduos têm autonomia e habilidade para aceitar ou não as recomendações dos profissionais (GONÇALVES et al., 1999). Um termo relativamente novo na literatura, *concordance*, é uma combinação obtida após negociação entre o indivíduo e o profissional de saúde, respeitando as crenças e os desejos do primeiro em decidir se sobre quando e como os medicamentos serão tomados (HORNE et al., 2005).

Somente com a participação ativa da comunidade é possível promover uma educação que estimule o senso crítico, o conhecimento sobre os determinantes

³ A análise dos temas *compliance*, *adherence* e *concordance* é importante para uma reflexão sobre a adesão à terapêutica medicamentosa, uma vez que autores, como Leite e Vasconcellos (2003), apontam que não há consenso entre os estudiosos sobre essa temática, variando os conceitos e o foco para compreender o fenômeno da adesão, que pode estar no usuário ou em fatores externos a ele.

sociais e biológicos das doenças e as formas de intervir não só na sua realidade individual, mas sobre o ambiente e a sociedade.

Tese V. A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas

A confiança é fundamental para o êxito de qualquer ação. Um dos pontos essenciais da Declaração de Alma-Ata, documento resultante da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários (1978), referia-se à importância da educação como promotora da confiança e do estímulo para participação e envolvimento da comunidade no planejamento, gestão e prestação de cuidados primários. Portanto, para conseguir a participação e a atuação das pessoas, é necessário que elas confiem em si mesmas e acreditem que têm capacidade para resolver seus problemas e manter sua saúde, e que as ações executadas terão resultados.

Se um indivíduo acredita que alcançará uma meta, fará esforço especial para alcançá-la, mas, se não crê em seu potencial, nada fará. As ações que realizamos todos os dias se fundamentam na expectativa de futuro. É essa previsão ou expectativa de resultado que leva o indivíduo a se comportar de determinada forma (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

Quando profissionais de saúde se colocam como detentores do saber e se consideram capazes de atuar sem a participação da comunidade, estão agindo de forma a minar a confiança que os indivíduos possam ter em si mesmos e eliminar qualquer possibilidade de participação (VERDI; BÜCHELE; TOGNOLI, 2010).

Por exemplo, no caso do tabagismo, se o indivíduo não confia na sua capacidade de parar de fumar, mesmo recebendo medicamento e acompanhamento psicoterapêutico, ele não alcançará o objetivo proposto, pois ficará dependendo das intervenções externas. Dessa forma, quando não há confiança, estabelece-se uma relação de dependência entre o indivíduo/comunidade e o profissional ou o Sistema de Saúde, tornando-o mero receptor de favores, sempre aguardando que algo seja feito em favor dele, já que é incapaz de resolver alguma coisa. Esse tipo de conduta reflete a concepção paternalista do Estado, que desestimula e serve como obstáculo para a participação comunitária.

Uma situação similar acontece na judicialização, relacionada ao acesso a medicamentos, em que os indivíduos consideram que o medicamento adquirido é resultado da intervenção do médico, do advogado ou de um político, e não porque se trata de um direito do cidadão, estabelecido na Constituição.

Essa situação, do ponto de vista social, pode facilitar práticas de corrupção política. Mas, é possível verificar que, quando os indivíduos se empoderam e compreendem o funcionamento do Sistema, aprendem a lidar com as situações

e os obstáculos que o Sistema cria para manter o domínio e o controle. Cria-se, então, consciência da manipulação social.

Leitura complementar: Para saber mais sobre as motivações e percepções de usuários sobre a judicialização, como forma de acesso aos medicamentos, ilustrando a visão paternalista do Estado, sugere-se a leitura do artigo de Leite e Mafra, de 2010, intitulado *Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina*. O artigo foi publicado no periódico *Ciência & Saúde Coletiva*.

Tese VI. A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: esforço-recompensa⁴

A educação não pode ser apenas verbal. A tese VI vem complementar o que foi exposto na tese anterior, na qual o reforço do tipo verbal torna-se agora um reforço do tipo prático, em que os indivíduos precisam acreditar que suas ações terão resultados, e que estes realmente existem. A ação educativa deve estar acompanhada de conquistas obtidas por meio de esforço e definição de metas desafiadoras, como um estímulo à inteligência. Se o indivíduo trabalha, participa e obtém conquistas, há a ideia de que o esforço está associado à conquista.

Aqui é retomada a importância do “fazer sentido”, em que, se o indivíduo não compreender e assimilar as informações repassadas pelo profissional da saúde e não perceber que o esforço está relacionado a um resultado concreto, é pouco provável que ele seja aderente a uma dieta com restrição de carboidrato para auxiliar no controle do diabetes, por exemplo.

Entretanto, esta tese não pode ser interpretada descontextualizada e reduzida à culpabilização do indivíduo – por este não se “esforçar” em eliminar da sua dieta os carboidratos refinados, ignorando as condições sociais e culturais em que ele está inserido, e apoiando-se à ilusão liberal de que o sucesso na vida depende, exclusivamente, do esforço individualista. Essa visão foi criticada na Carta de Ottawa (1986), a qual destacou que a promoção da saúde não está relacionada apenas à mudança de hábitos de vida individuais, mas envolve outros aspectos, como políticas públicas, participação comunitária, ambientes saudáveis e reorientação dos serviços de saúde.

Aproveitando o exemplo da restrição de alimentação no controle da diabetes apresentado nesta tese, vamos conferir: já paramos para pensar o

⁴ Nesta tese, “recompensa” não deve ser entendida em uma perspectiva reducionista, como, por exemplo, condicionar a entrega dos medicamentos à participação em uma palestra.

quanto isso implica no convívio social do indivíduo? O que significa para ele não poder participar de um almoço de família, no qual todos celebram e saboreiam uma macarronada, por exemplo? Ao invés de culpabilizar o indivíduo por não seguir as recomendações, devemos tentar compreender qual é o sentido desse ato para o usuário. Somente assim, poderemos contribuir para que o esforço faça sentido para ele.

Tese VII. A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva

A participação comunitária não exime ou substitui a responsabilidade individual, ao contrário, uma boa política de estímulo à participação deve promover o interesse e o compromisso de cada indivíduo com as metas em saúde.

Conforme Briceño-León (1996), há dois tipos de participação comunitária: a individual familiar e a coletiva. A partir dessa perspectiva, a participação comunitária é compreendida como uma ação desenvolvida pela sociedade civil, diferente das medidas executadas pelo Estado.

A individual familiar refere-se a ações desenvolvidas por uma pessoa ou um grupo familiar com interesses comuns. Nesse caso, há uma relação direta entre as ações exercidas e os benefícios obtidos, os quais não são compartilhados com outros indivíduos ou famílias. Na coletiva, as ações são realizadas por um grupo de indivíduos, mas não há uma relação restritiva entre as atividades executadas e os benefícios alcançados, uma vez que eles são públicos ou coletivos, portanto, torna-se impossível discriminar àqueles que participaram ou não de sua realização.

Na individual familiar, há um aumento na responsabilidade de cada indivíduo, pois cada um sente-se obrigado a alcançar suas próprias metas de bem-estar e saúde, e torna-se claro que, se não houver produção, não haverá resultado. Já, na lógica da ação coletiva, há aqueles que não participam da ação e também se beneficiam dos resultados, ressaltando a importância de promover a solidariedade e o voluntariado, porque, caso contrário, torna-se impossível a efetivação de obras com natureza coletiva (BRICEÑO-LEÓN, 1996).

Portanto, as ações educativas devem ser capazes de promover a responsabilidade individual para a conquista de seus próprios benefícios, compreendendo que esta responsabilidade varia de acordo com os diferentes contextos e experiências de vida, sem culpabilizar os indivíduos; e desenvolver mecanismos de cooperação e construção solidária, visando o desenvolvimento de ações coletivas (BRICEÑO-LEÓN, 1996). Esses objetivos contrariam os pressupostos da ideologia liberal, segundo a qual cada indivíduo deve lutar pelos seus sonhos e conquistar seus objetivos, enfraquecendo as lutas pelos objetivos coletivos.

Esta tese está muito relacionada ao empoderamento comunitário, em que indivíduos empoderados, atuando de forma cooperativa, são capazes de alcançar ótimos resultados, incluindo modificações nas políticas públicas.

A própria conquista do SUS, por meio do Movimento da Reforma Sanitária, foi conduzida pela sociedade civil, que lutava pelo fim da ditadura militar, contra o complexo médico-industrial e por um sistema único de saúde, sendo que, por conta disso, hoje todos os brasileiros usufruem desta conquista.

No âmbito da assistência farmacêutica, um exemplo de cooperação comunitária é a garantia do acesso universal e gratuito a medicamentos antirretrovirais para o tratamento do HIV/AIDS, implantado no início da década de 1990 e garantido por Lei em novembro de 1996, quando organizações não governamentais e indivíduos soropositivos, contribuíram para a conquista do direito de acesso a esses medicamentos.

A socióloga Maria Cecilia de Souza Minayo, ainda em 1996, compartilhou uma reflexão sobre as teses propostas por Briceño-Léon. Segundo ela, entre as sete teses,

[...] as três primeiras são negativas e críticas, já as quatro últimas são propositivas. O autor denuncia o fracasso da pedagogia impositiva; os modelos de investigação e ação fundamentados na ideia de que o outro faz tal coisa 'errada' porque é ignorante. Realiza uma crítica relevante ao modelo investigativo americano denominado CAP (Conhecimento, Atitudes e Práticas), importado ingenuamente para nossa realidade. Por fim, chama atenção para o tipo de educação unidirecional. Propõe [...] uma educação dialógica e participativa, que reforce a confiança da população em si mesma; que utilize o modelo pedagógico esforço-resultado a partir de metas passíveis de serem conquistadas e, por fim, o fomento da responsabilidade individual e da cooperação (MINAYO, 1996, p. 20-21).

Leitura complementar: Recomenda-se a leitura do artigo *Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria*, de Roberto Briceño-León, publicado no periódico *Cadernos de Saúde Pública*, em 1996.

Embora já se tenham passado quase 20 anos da publicação dessas teses, percebe-se que o conteúdo abordado por meio delas é atual, senão novo para alguns, visto que, no âmbito da prática diária, a postura assumida por grande parte dos profissionais de saúde ainda é unidirecional e impositiva. Isso está muito relacionado ao modelo de formação universitária que tivemos, o qual tem sido reestruturado por meio de mudanças curriculares, iniciadas em 2002. Além disso, a formação

continuada ou permanente dos profissionais de saúde tende a preencher as lacunas deixadas pela graduação. Dessa forma, esperamos que os postulados e as sete teses propostos por Briceño-Léon contribuam para o conhecimento e o desenvolvimento de habilidades para o exercício na atenção à saúde.

Falando em gestão

O conteúdo apresentado instiga a reflexão do quanto as ações chamadas “educativas” dependem, essencialmente, da compreensão que temos sobre cidadania, direitos, deveres, saber, e qual o papel de cada um de nós na sociedade. Como toda ação em saúde é uma ação de educação em saúde, ela acontece mesmo que não tenhamos a intensão (muitas vezes ensinando na prática o que nós mesmos consideramos inadequado). Mas, o desenvolvimento de ações planejadas para a educação em saúde, em grande parte das vezes, depende muito da disposição e iniciativa de determinados profissionais, que sentem a necessidade da ação e que se sentem motivados para tal, muitas vezes sem contar com estrutura ou apoio adequado. Contudo, um serviço de farmácia apropriado deve ter a educação em saúde como atividade permanente e estruturada, como parte inerente ao processo de trabalho. As farmácias precisam estar estruturadas para isto. Em 2009, a publicação “Diretrizes para estruturação de farmácia no âmbito do SUS”, do Ministério da Saúde, apontou a necessidade de ter este como um serviço a ser ofertado nas farmácias. Para tanto, prevê, na estrutura física, dispositivos para divulgação de informativos, tanto em impressos quanto em mídia áudio-visual, e a disponibilidade de salas para atividades como oficinas, reuniões de grupos, e também atendimentos individuais com finalidades educativas. A educação em saúde, portanto, precisa estar na pauta da gestão da assistência farmacêutica, desde o planejamento de ações específicas para educação ou para direcionamento dos processos de trabalho com o cuidado com a educação não verbal, atitudinal, de formas de trabalho; do planejamento e execução das atividades formais de educação em saúde para o uso responsável dos medicamentos por todos os envolvidos, garantindo recursos, equipamentos, espaços, além de ser responsável pela qualidade dos materiais educativos utilizados nas atividades. Sobre este último ponto, muitos são os erros que costumam ser repetidos e que merecem nossa atenção.

5.3 Um olhar sobre os materiais educativos utilizados nos serviços de saúde

A educação não se resume ao que acontece nos programas educacionais, ela permeia toda a ação sanitária. Dessa forma, a educação em saúde se faz presente nas conversas informais, nas salas de espera, e no encontro entre usuário e profissional, onde as práticas pedagógicas comunicativas constroem a vontade coletiva; motivam a participação; suscitam novas subjetividades nas pessoas em relação à sua saúde, à doença e aos serviços de saúde (PEDROSA, 2007).

Em programas educacionais, assim como nos outros espaços e formas de interação, um recurso muito utilizado para contribuir nas práticas educativas são os materiais educativos. Conforme pontuado por Araújo (2006), quando elaboramos materiais educativos, produzimos sentidos, os quais são definidos como os significados e as interpretações produzidos frente a um processo de interlocução entre sujeitos, entre sujeitos e instituições e entre instituições (ARAÚJO, 2006; MARTIN-BARBERO, 2009).

Sendo assim, parte-se da premissa de que os **materiais educativos** atuam como **mediadores na produção de sentidos (no “fazer sentido”)**, na medida em que são dispositivos pelos quais determinados valores, conceitos e políticas ganham status de verdade e determinam práticas sociais específicas em torno dos discursos sanitários (KELLY-SANTOS; RIBEIRO; MONTEIRO, 2012).

Grande parte dos materiais educativos ainda se resume ao modelo informacional, que, normalmente, visa apenas mudanças comportamentais e considera o emissor (quem faz o material) o detentor do conhecimento, e o receptor (quem recebe o material) um sujeito passivo e acrítico (ARAÚJO, 2006; MEYER et al., 2006; NOGUEIRA; MODENA; SCHALL, 2009; KELLY-SANTOS; MONTEIRO; ROZEMBERG, 2009). O grande desafio a ser superado é fazer com que o emissor e o receptor, denominados interlocutores, interajam de forma dialógica, articulando os vários contextos e modificando o significado de suas histórias e de seus saberes (ARAÚJO, 2004; CARVALHO, 2007; FREIRE, 2009; KELLY-SANTOS; MONTEIRO; ROZEMBERG, 2009; KELLY-SANTOS; RIBEIRO; MONTEIRO, 2012).

Na área da farmácia, é muito comum encontrarmos publicações reconhecidas como ações de educação em saúde, principalmente as utilizadas em grupos relacionados ao uso de medicamentos, envolvendo temas como: hipertensão, diabetes, asma, tabagismo. Ao analisarmos essas publicações, verifica-se que a maioria tem o foco centrado em cuidados específicos relacionados à doença ou ao medicamento.

Dessa forma, considerando a importância dos materiais educativos na produção dos sentidos; e que, comumente, esses materiais são elaborados

de forma centralizada e destinados à população em geral – sem considerar as especificidades referentes a determinados grupos e contextos e sem contemplar a relação cotidiana entre profissionais e usuários –, faz-se necessário refletir sobre a elaboração desses dispositivos.

Previamente, e durante a elaboração de qualquer material educativo, é fundamental ter em mente para quê e para quem esse material será destinado, e de que forma ele será produzido e distribuído. Nos materiais educativos, a concretude é fator determinante para que haja um processo comunicativo, porém, ainda, grande parte dos materiais prioriza uma abordagem textual, eminentemente conceitual e abstrata (ARAÚJO, 2006).

Os materiais educativos podem ser elaborados para diversos públicos: usuários, outros profissionais de saúde, conselheiros de saúde, e diversos outros atores. Será enfocada a elaboração de materiais voltados para os usuários dos serviços de saúde.

Em um estudo realizado por Oliveira (2012), observou-se que nenhum dos 28 materiais analisados apresentava indicação explícita quanto ao público alvo; já, no estudo realizado por Luz e colaboradores (2003), verificou-se que, entre os 18 materiais analisados, apenas cinco especificavam tal indicação. No trabalho desenvolvido por Nogueira, Modena e Schall (2009), também foi encontrado resultado semelhante, sendo que os autores associaram este achado ao modelo fragmentado do processo comunicativo, em que é enfatizado apenas o caráter instrumental do processo comunicativo, no qual é desconsiderada a heterogeneidade dos receptores, bem como a sua capacidade de interpretação crítica. Segundo os mesmos autores, há uma tendência de aproximar os indivíduos em suas generalizações e não em suas especificidades, o que remete à noção de público elástico, numa tendência, diretamente, correlacionada à preocupação distributiva por parte do emissor (NOGUEIRA; MODENA; SCHALL, 2009). Como reflexo, os materiais produzidos podem ser descontextualizados, apresentando falta de adequação do conteúdo, do formato, da linguagem e das ilustrações utilizadas (PIMENTA; LEANDRO; SCHALL, 2007).

Alguns fatores são fundamentais no processo de comunicação e podem influenciar positiva ou negativamente a compreensão e a interpretação do receptor, tais como: utilização de informações confiáveis, formato e diagramação do material, linguagem adotada, ilustrações e cores (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ARAÚJO, 2006; KELLY-SANTOS; MONTEIRO; RIBEIRO, 2010; REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

Em relação ao formato, a mensagem que se deseja trabalhar poderá ser propagada por meio de material escrito (impresso ou eletrônico) ou de recurso audiovisual, cabendo ao emissor selecionar a forma mais adequada ao seu propósito, de modo a possibilitar uma comunicação efetiva. Entre os diferentes formatos, o escrito impresso (cartilhas, folhetos, livros, *folders*, cartazes etc.), por

ser considerado o de maior credibilidade e de maior aceitação pelos receptores, é amplamente utilizado para se veicular mensagens de saúde (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ARAÚJO, 2006).

Por outro lado, há algumas restrições ou limitações em relação ao uso do escrito impresso, em virtude de dificuldades de leitura que podem estar relacionadas tanto à inadequação do material, quanto às características do leitor, principalmente às referentes ao seu grau de escolaridade. Essas limitações podem ser minimizadas por meio da utilização de uma linguagem simples, associada à utilização de recursos iconográficos, como vídeos, fotos, esquemas, entre outros (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ARAÚJO, 2006).

Segundo Kelly-Santos, Monteiro e Ribeiro (2010), a lógica panfletária, utilizada em alguns casos, está focada na disseminação maciça de informação, perpetuando a vigência de modelos verticais de comunicação. Na tentativa de construir um vínculo mais próximo e direto com o receptor, o emissor tem utilizado uma variedade de formatos, tais como adesivos, jogos, calendários, cartões-postais e telefônicos, cordéis e histórias em quadrinhos.

É essencial que a linguagem adotada seja compreensível e acessível ao público alvo, por isso torna-se importante conhecer a forma como ele se expressa e o vocabulário ou os termos utilizados e empregados por ele. Desse modo, será possível evitar mal-entendidos, que possam determinar conceitos e ações inapropriadas.

O vocabulário deve ser coerente com a mensagem, ser convidativo, de fácil leitura e entendimento. Fatores como o uso frequente de polissílabos, termos técnicos, siglas e palavras complexas dificultam a leitura e a compreensão do texto (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ECHER, 2005; REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

Um estudo qualitativo, desenvolvido sobre acesso a medicamentos em uma população de baixa renda do município de São Paulo/SP, resultou em uma cartilha denominada *Remédio Gratuito: tudo que você precisa saber para conseguir seu remédio*. Tal cartilha é um exemplo positivo, que merece destaque pela linguagem simples e compreensível e pelas ilustrações pertinentes ao tema, refletindo a clareza da pesquisadora sobre o objetivo do material elaborado (para quê) e do público-alvo (para quem) (BELLO, 2009).

A prática normalizadora-curativa é recorrente nos materiais educativos e demarca o lugar dos interlocutores no processo comunicativo, sendo que o emissor é o que detém o poder de mostrar e de fazer o outro crer na informação ofertada e o receptor aparece como um sujeito “opaco” (sem rosto, sem voz) e desprovido de capacidade interpretativa. Frases elaboradas no modo imperativo representam esse tipo de prática e caracterizam o discurso instrutivo, o qual evidencia a autoridade e o saber do emissor (KELLY-SANTOS; MONTEIRO; RIBEIRO, 2010; OLIVEIRA, 2012). Exemplos de tal discurso podem ser observados nas frases: “Não se esqueça de tomar o medicamento!” e “Prevenir

a hipertensão é uma escolha. Só depende de você!”. Esse tipo de discurso não considera o diálogo e as múltiplas variáveis que interferem nas suas escolhas individuais e coletivas, resultando na culpabilização dos indivíduos pelas escolhas de hábitos e estilos de vida.

Em alguns casos, o conhecimento técnico-científico é adotado como um recurso para impressionar, confundir e/ou reforçar o modelo biomédico (KELLY-SANTOS, MONTEIRO, RIBEIRO, 2010), por exemplo: “Esse medicamento é altamente teratogênico”; “Vacine-se contra Influenza H1N1”. Nesses fragmentos, verifica-se a adoção de uma linguagem técnica que, possivelmente, não será compreendida por um público-alvo que não tenha proximidade com a área, demonstrando uma comunicação distanciada entre o emissor e o receptor.

Em contrapartida, o uso de palavras no diminutivo tende a infantilizar o usuário, mostrando-o como incapaz de compreender a ação desenvolvida, como nos exemplos: “Oi, mãezinha, veio pegar o remedinho?”, “Espere só um pouquinho, mas a receitinha está vencida” e “Vamos marcar uma consultinha”.

Quando o emissor se coloca no lugar do receptor, há uma atitude de compartilhar o acontecimento narrado, sendo denominado **discurso dialógico**. Comumente, faz-se uso da primeira pessoa na tentativa de buscar a adesão do receptor e estabelecer um diálogo (KELLY-SANTOS; MONTEIRO; RIBEIRO, 2010; OLIVEIRA, 2012). Esse discurso pode ser exemplificado na frase: “Como faço para pegar os remédios na farmácia do posto de saúde?”. Entretanto, nem sempre a utilização da primeira pessoa pode significar uma comunicação dialógica, podendo representar apenas uma estratégia de *marketing*.

As ilustrações (desenhos, imagens, fotografias, símbolos), quando utilizadas de forma adequada, complementando e reforçando a informação contida no texto, possuem valor cognitivo, conferem maior legibilidade e compreensão do texto, atraem o leitor, e despertam e mantêm o seu interesse pela leitura (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ECHER, 2005; MIALHE; SILVA, 2008; COUTINHO; SOARES, 2010; OLIVEIRA, 2012). Entretanto, é necessário atenção, pois as ilustrações, frequentemente, são percebidas como uma representação do real, enquanto legitimação da verdade, o que pode ocasionar uma exigência de fidelidade e correspondência ao real (ARAÚJO, 2006; PIMENTA; LEANDRO; SCHALL, 2007). Imagens e desenhos familiares ao público-alvo, com ambientação a partir de elementos conhecidos, podem favorecer a comunicação (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ARAÚJO, 2006). Por exemplo, um relógio representando a hora certa para a tomada de um medicamento pode ser facilmente interpretado por um receptor que faz uso de relógio e que sabe verificar a hora por meio dele; entretanto, para alguém que não faz uso desse utensílio, a mensagem pode passar despercebida.

Os desenhos caricatos podem desqualificar a informação em virtude da ausência de conexão com a realidade conhecida, e, ao invés de acentuar o caráter

lúdico, podem deslegitimar o conteúdo veiculado (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ARAÚJO, 2006), assim como atribuição de características humanas ou lúdicas ao medicamento podem descaracterizá-lo como insumo essencial às ações de saúde e minimizar a necessidade de cuidado perante a sua utilização.

O que, para alguns ilustradores e designers, pode representar apenas um recurso a mais de estilo; para os receptores, cada detalhe traz uma informação a ser considerada na produção dos sentidos (ARAÚJO, 2006), tal como a representação de um copo dosador, referenciando a dose certa a ser tomada, sem escala de dosagem aparente ou, então, a ilustração de uma pessoa desprovida de orelha para complementar um texto, cuja mensagem refere-se à importância de ouvir um profissional da saúde.

As características socioculturais devem ser representadas por meio de figuras humanas ilustrando diferentes segmentos populacionais e sociais, sem induzir a preconceitos e reforçar estereótipos.

A ilustração das diferentes características é fundamental para que os emissores se identifiquem com o material, reconhecendo as mensagens ofertadas e contribuindo para o alcance do objetivo proposto.

Quanto ao gênero, grande parte dos materiais destinados à área da saúde representa o profissional de saúde por meio da figura masculina, sendo que a figura feminina está comumente relacionada a mulheres comuns (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; KELLY-SANTOS; MONTEIRO; ROZEMBERG, 2009; ROSSI et al., 2012). O profissional de saúde, caracterizado com vestimentas brancas, distinguindo-o dos demais, vem reforçar o caráter higienista e o saber biomédico da saúde, em que o conhecimento dos profissionais é considerado soberano e o da população desvalorizado ou desconsiderado.

Ainda em relação às ilustrações, faz-se necessário mencionar que: as dimensões das ilustrações devem ser próximas ao contexto real, por exemplo, a ilustração de um comprimido com dimensões maiores do que as reais pode influenciar a adesão ao tratamento ou maximizar o seu potencial terapêutico; desenhos estilizados podem não ser entendidos por alguns receptores; e gráficos e tabelas, em geral, são pouco compreendidos (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ARAÚJO, 2006; PIMENTA; LEANDRO; SCHALL, 2007; OLIVEIRA, 2012; ROSSI et al., 2012).

Cores chamativas e vivas agregam apelo visual ao material, o que, dependendo do receptor, podem ser mais atrativas do que o conteúdo técnico, embora deixem o material, esteticamente, mais interessante. Assim, as cores devem ser utilizadas com sensibilidade e cautela, para não deixar o material visualmente poluído ou para não atribuir características ilusórias ao desenho (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; OLIVEIRA; CONDURU, 2004; ROSSI et al., 2012), como uma pílula na cor dourada, pois pode repassar a ideia de excessivo valor econômico ou conferir ao medicamento características de “super-medicação”.

Leitura complementar: Para melhor compreensão do processo de análise de materiais educativos, recomenda-se a leitura do texto *Um novo olhar sobre a elaboração de materiais didáticos para Educação em Saúde*, de Rossi e colaboradores, publicado na revista *Trabalho, Educação e Saúde*.

Embora durante a elaboração do material se tenha considerado todos os elementos aqui relatados, a versão preliminar de todo e qualquer material educativo deve passar por uma fase de avaliação, contando com a participação de profissionais com conhecimento em produção desse tipo de material, de profissionais de saúde envolvidos com o público-alvo e do próprio público a que se destina a mensagem (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003; ECHER, 2005). Essa fase assegura a qualidade do material quanto à compreensão, aceitação da mensagem, adequação cultural, estilo, apresentação e eficácia, apontando para possíveis necessidades de reajustes e modificações (MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003).

É importante destacar, que esses materiais não se tratam de instrumentos para modificar hábitos e comportamentos, mas de ferramentas capazes de promover a reflexão, a transformação de saberes e a inclusão dos usuários no processo, ou seja, é essencial que eles produzam sentidos. Os materiais educativos podem contribuir na melhoria da compreensão e do entendimento sobre o processo terapêutico; na adesão ao tratamento; na minimização dos danos causados pelo uso inadequado de medicamentos; e na ampliação da autonomia do usuário sobre a sua terapêutica.

Portanto, faz-se necessário otimizar a utilização desses dispositivos, planejando, previamente, cada um dos materiais que se pretende desenvolver, ou validando e analisando se os materiais repassados estão compatíveis com as especificidades e características dos receptores locais. Durante o planejamento ou a análise, respeitar os conhecimentos do usuário é fundamental para ampliar a capacidade de questionar, refletir, decidir e agir, bem como para o compartilhamento da informação, uma vez que as mensagens serão reinterpretadas pelo usuário sob o seu contexto, e o que ficará é o que “faz sentido” para ele.

Leitura complementar: Recomendamos a leitura do texto *Grupos de Mulheres e a elaboração de material educativo*, de Diercks, Pekelman e Wilhelms, publicado no *Caderno de Educação Popular e Saúde*, nas páginas 68-74. O texto traz um exemplo de construção participativa de materiais educativos, adequados à realidade social, econômica e cultural de um grupo de mulheres e de suas comunidades. O *Caderno de Educação Popular e Saúde* é uma publicação do Ministério da Saúde do ano de 2007 e está disponível na internet.

Diante do exposto, fica o desafio aos profissionais de saúde de trabalharem com a temática e manterem uma visão crítica sobre os materiais educativos, de forma a contribuir para a construção de um processo de aprendizado mútuo e que, efetivamente, colabore para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e do processo de trabalho em saúde.

A educação em saúde é uma prática social, que contribui para a formação da consciência crítica dos indivíduos a respeito dos seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções e a organização para a ação individual e coletiva. Nesse sentido, é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS.

Quando não consideramos a autonomia dos indivíduos, a educação, muitas vezes, é compreendida como treinamento/capacitação. É preciso que sejam desenvolvidas ações de educação em saúde, numa perspectiva dialógica, emancipadora, participativa, criativa, e que contribua para a autonomia do usuário, pautada na horizontalidade entre os sujeitos. A finalidade da ação de educação em saúde é a transformação.

Como fazer isso? Não há um modelo a ser prescrito. É preciso que você reflita sempre sobre suas práticas e, principalmente, reconheça o saber que cada um dos indivíduos possui. Sempre aprendemos no processo de educar.

O material educativo é sempre uma tentativa de intervir em uma realidade. Geralmente, nesses materiais, há um predomínio do discurso normativo e prescritivo. Foi proposto, aqui, um olhar diferenciado e crítico sobre a produção e utilização desses materiais, para que eles realmente contribuam no processo de aprendizagem em saúde.

Referências

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface* (Botucatu), v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

- ARAÚJO, I. S. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface* (Botucatu), v. 8, n. 14, p. 165-178, 2004.
- ARAÚJO, I. S. Materiais educativos e produção dos sentidos na intervenção social. In: MONTEIRO, S.; VARGAS, E. P. (Org.). *Educação, comunicação e tecnologia: interfaces com o campo da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 49-69.
- BARROS FILHO, A. A. Um quebra-cabeça chamado obesidade. *Jornal de Pediatria* [online], v. 80, n. 1, p. 1-3, 2004.
- BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: _____. *O território e o processo saúde-doença (ebook)* [s.d.]. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/pdtsp/index.php?id=1&prioridade=1>>. Acesso em: 6 fev. 2014.
- BECKER, D. *No seio da família*: amamentação e promoção da saúde no Programa de Saúde da Família. (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; Rio de Janeiro: 2001. 117 p. 202.
- BELLO, C. B. *Acesso a medicamentos*: experiência da população de baixa renda, na Região do Butantã, Município de São Paulo, 2009. 2009. 130 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo.
- BESEN, C. B. et al. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 16, n. 1, p. 57-68, jan.-abr. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 60 p.
- BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 12, n. 1, p. 7-30, 1996.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* [on-line]. 2000, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- BUSS, P. Promoção da Saúde da Família. *Rev. Programa Saúde da Família*, dez. 2002. p. 50-63.
- BUSS, P. M. Uma Introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-37.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CARVALHO, M. A. P. Construção compartilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de educação popular em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 91-101.
- CARVALHO, M. A. P.; STRUCHINER, M. Um Ambiente Construtivista de Aprendizagem a Distância: Estudo da Interatividade, da Cooperação e da Autonomia em um Curso de Gestão Descentralizada de Recursos Humanos em Saúde. *Texto EaD para a Associação Brasileira de Educação a Distância* (ABED). 2005. Disponível em: <http://www.abed.org.br/site/pt/midioteca/textos_ead/701/2005/11/um_

- ambiente_construtivista_de_aprendizagem_a_distancia_estudo_da_interatividade,_da_cooperacao_e_da_autonomia_em_um_curso_de_gestao_descentralizada_de_recursos_humanos_em_saude_>. Acesso em: 11 fev. 2014.
- CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, supl. 2, p. 2029-2040, 2008.
- CHIESA, A. M.; VERISSÍMO, M. R. A educação em saúde na prática do PSF. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. *Manual de Enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- COUTINHO, F. A.; SOARES, A. G. Restrições cognitivas no livro didático de biologia: um estudo a partir do tema “ciclo do nitrogênio”. *Revista Ensaio*, v. 12, n. 2, p. 137-150, 2010.
- DIERCKS, M. S.; PEKELMAN, R.; WILHELMS, D. M. Grupos de Mulheres e a elaboração de material educativo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. *Caderno de Educação Popular e Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 68-74.
- ECHER, I. C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 5, p. 754-757, 2005.
- FLECK, C. M. *Autonomia na educação segundo Paulo Freire*. 2004. 97 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Regional de Blumenau – FURB, Blumenau, 2004.
- FREIRE, P. *Conscientização: Teoria e prática da libertação – uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. São Paulo: Cortez & Moraes, 1979.
- FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 39. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2009.
- GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011.
- GONÇALVES, H.; COSTA, J. S. D., MENEZES, A. M. B.; KNAUTH, D.; LEAL, O. F. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 15, n. 4, p. 777-787, 1999.
- HORNE, R.; WEINMAN, J.; BARBER, N.; ELLIOTT, R.; MORGAN, M. *Concordance, adherence and compliance in medicine taking – Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D*. London: NHS, 2005. Disponível em: <http://www.medslearning.leeds.ac.uk/pages/documents/useful_docs/76-final-report%5B1%5D.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2014.
- KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S.; ROZEMBERG, B. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 25, n. 4, p. 857-867, 2009.
- KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S. S.; RIBEIRO, A. P. G. Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas. *Interface (Botucatu)*, v. 14, n. 32, p. 37-51, 2010.

- KELLY-SANTOS, A.; RIBEIRO, A. P. G.; MONTEIRO, S. Hanseníase e práticas da comunicação: estudo de recepção de materiais educativos em um serviço de saúde no Rio de Janeiro. *Interface (Botucatu)*, v. 16, n. 40, p. 205-218, 2012.
- LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.
- LEITE, S. N.; MAFRA, A. C. Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, Supl. 1, p. 1665-1672, 2010.
- LUZ, Z. M. P.; PIMENTA, D. N.; RABELLO, A.; SCHALL, V. Evaluation of informative materials on leishmaniasis distributed in Brazil: criteria and basis for the production and improvement of health education materials. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 2, p. 561-569, 2003.
- MACHADO, A. G. M.; WANDERLEY, L. C. S. *Educação em saúde [Recurso eletrônico]*. (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo: 2011. São Paulo: 13 p.
- MARTIN-BARBERO, J. *Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia*. 6. ed. Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.
- MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. “Você aprende. A gente ensina?”: interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.
- MIALHE, F. L.; SILVA, C. M. C. Estratégias para a elaboração de impressos educativos em saúde bucal. *Arquivos em Odontologia*, v. 44, n. 2, 2008.
- MINAYO, M. C. S. Debate sobre o artigo de Briceño-León. *Cadernos de Saúde Pública [on-line]*. v. 12, n. 1, p. 20-21, 1996.
- MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 631-635, 2004.
- MOREIRA, M. F.; NOBREGA, M. M. L.; SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 56, n. 2, p. 184-188, 2003.
- MOREIRA, C.; BARREIROS, J. T. *A Promoção da Saúde prescrita: ações e contradições na Política Nacional de Promoção da Saúde*. 2006. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família/Modalidade Residência) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.
- NAKAMURA, C. A. *O que faz o farmacêutico no NASF? Construção do processo de trabalho e promoção da saúde em um município do sul do Brasil*. 163 p. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Departamento de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.
- NAKAMURA, C. A.; LEITE, S. N.; SOARES, L.; FARIAS, M. Pharmaceutical services and health promotion: How far have we gone and how are we faring? Scientific production in pharmaceutical studies. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 2014.

NOGUEIRA, M. J.; MODENA, C. M.; SCHALL, V. T. Materiais educativos impressos sobre saúde sexual e reprodutiva utilizados na atenção básica em Belo Horizonte, MG: caracterização e algumas considerações. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, v. 3, p. 169-179, 2009.

OLIVEIRA, G. L. A. *Prevenção e controle da dengue no município de Sabará/MG: análise de materiais educativos impressos e das representações sociais de agentes de controle de endemias*. Belo Horizonte, 2012. 200 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Centro de Pesquisas René Rachou. Fundação Oswaldo Cruz. Belo Horizonte, 2012.

OLIVEIRA, R. L.; CONDURU, R. Nas frestas entre a ciência e a arte: uma série de ilustrações de barbeiros do Instituto Oswaldo Cruz. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v. 11, n. 2, 2004.

PEDROSA, J. I. S. Cultura Popular e Identificação Comunitária: práticas populares no cuidado à saúde. In: MARTINS, C. M.; STAUFFER, A. B. *Educação e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007. p. 71-100.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. *Mundo saúde*, v. 31, n. 3, p. 320-328, 2007.

PIMENTA, D. N.; LEANDRO, A.; SCHALL, V. T. A estética do grotesco e a produção audiovisual para a educação em saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 5, p. 1161-1171, 2007.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 20, n. 1, 2012.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 14, n. 1, p. 77-85, 2012.

ROSSI, S. Q.; BELO, V. S.; NASCIMENTO, B. W. L.; SILVA, J.; FERNANDES, P. C.; SILVA, E. S. Um novo olhar sobre a elaboração de materiais didáticos para Educação em Saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 161-176, mar./jun. 2012.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 17; n. 1, p. 29-41, 2007.

VASCONCELOS, E. M. Formar bons lutadores para a saúde. *Nós da Rede: Boletim da Rede de Educação Popular e Saúde*, n. 7, p. 2-3, 2004.

VERDI, M.; CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto & Contexto-Enfermagem [on-line]*, v. 14, n. 1, p. 82-88, 2005.

VERDI, M. I. M.; BUCHELE, F.; TOGNOLI, H. *Educação em saúde [Recurso eletrônico]*. (Especialização em Saúde da Família) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2010. Florianópolis: 44 p.

VERDI, M. I. M.; DA ROS, M. A.; SOUZA, T. T. *Saúde e sociedade [Recurso eletrônico]*. (Curso de Especialização em Saúde da Família). 2. ed. rev. e ampl. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. 96 p.

Sobre os autores

Alessandra Fontana

Graduada em Farmácia e especialista em Saúde da Família/modalidade Residência pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Integrou a Coordenação Técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a Distância. Farmacêutica da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC.

Fabíola Bagatini Buendgens

Graduada em Farmácia-Bioquímica, habilitação Análises Clínicas (2007), mestre em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2010) e especialista em Avaliação de Tecnologias em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Foi professora substituta do Departamento de Ciências Farmacêuticas, na UFSC. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC e farmacêutica da Coordenação Técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a Distância. Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC.

Fabíola Farias Dutra

Bacharel em Ciências Sociais pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Assistente Administrativo do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a Distância/UFSC.

Fabíola Stolf Brzozowski

Graduada em Farmácia, especialista em Saúde da Família, mestre em Saúde Pública, doutora em Saúde Coletiva, todos pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Professora da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI), *campus* Erechim (RS).

Fernanda Manzini

Graduada em Farmácia, especialista em Saúde da Família/modalidade Residência e mestre em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC (PGFAR/UFSC). Diretora da Escola Nacional dos Farmacêuticos. Farmacêutica da Coordenação Técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a Distância –, e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/SC. Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC.

Guilherme Daniel Pupo

Graduado em Farmácia e Bioquímica pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR). Especialista em Saúde da Família, na modalidade residência multiprofissional, pela Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB) e mestrando no Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica (PPGASSFAR/UFSC). Farmacêutico da Coordenação Técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a distância. Integrante do grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC.

Kaite Cristiane Peres

Graduada em Farmácia – Bioquímica, habilitação Análises Clínicas pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2011) e especialista em Atenção Farmacêutica: Formação em Farmácia Clínica pela Universidade do Vale do Itajaí em convênio com o Instituto Racine (2015). Mestranda

do Programa de Pós-Graduação em Farmácia (PGFAR/UFSC). Farmacêutica da Coordenação Técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a Distância. Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC.

Luciano Soares

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 1999), mestre em Farmácia pela UFSC (2001) e doutor em Farmácia pela UFSC (2013). Coordenador de Trabalho de Conclusão de Curso da Comissão Gestora do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a Distância realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde. Diretor da Associação Brasileira de Educação Farmacêutica (ABEF). Diretor da Escola Nacional dos Farmacêuticos. Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC.

Mareni Rocha Farias

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), mestre em Ciências Farmacêuticas pela UFRGS, doutora em Ciências Naturais pelo Pharmazeutisches Institut – Universität Bonn, Alemanha e pós-doutorado na Health & Life Sciences University – UMIT – em Hall in Tirol, na Áustria. Professora Associada IV da UFSC. Coordenadora do Curso de Especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica – modalidade EaD, edição 2010-2015 e do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos.

Mônica Cristina Nunes da Trindade

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2011). Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica (PPGASFAR/UFSC). Farmacêutica da Coordenação Técnica do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a Distância. Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC.

Rosana Isabel dos Santos

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, 1980), mestre em Farmácia pela UFRGS (1989) e doutora pelo Programa de Pós-Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina (PGFAR/UFSC, 2011). Professora do Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFSC. Coordenadora de tutoria do Curso da Comissão Gestora do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – Educação a Distância realizado pela UFSC, em parceria com o Ministério da Saúde. Integrante do Grupo de Pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da UFSC.

Sandra Noemi Cucurullo de Caponi

Professora titular do Departamento de Sociologia e Ciência Política da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Graduada em Filosofia – Universidad Nacional de Rosario (Argentina), mestre e doutora em Lógica e Filosofia da Ciência pela UNICAMP. Pós-doutora pela Universidade de Picardie (França) em 2000, e Pós-doutora Sênior na EHESS (Paris-França) em 2011. Professora titular do doutorado interdisciplinar em Ciências Humanas e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, ambos da UFSC.

Este livro foi editorado com as fontes Chaparral Pro e Roboto. Miolo em papel *offset* 90 g; capa em cartão supremo 250 g. Impresso na Gráfica e Editora Copiart em sistema de impressão *offset*.

A coleção Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, Gestão e Clínica surgiu a partir dos materiais instrucionais elaborados para as duas edições do Curso de Gestão da Assistência Farmacêutica – EaD, adaptados e ampliados para a versão impressa. O Curso foi uma iniciativa do Ministério da Saúde, desenvolvido pela Universidade Federal de Santa Catarina, para qualificar a assistência farmacêutica no SUS. Os cinco volumes que integram a coleção constituem uma oportunidade inédita para construir, referenciar e discutir conjuntamente o tema e para subsidiar o ensino e a prática da área.



Ministério da
Saúde

GOVERNO FEDERAL

PÁTRIA EDUCADORA

