

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS
NÍVEL MESTRADO**

CAMILA ARAUJO CAMILO

**Programa Farmácia de Minas: análise da sua implementação na perspectiva
das profissionais farmacêuticas da Microrregião de Unai/MG**

Unai

2023

CAMILA ARAUJO CAMILO

**Programa Farmácia de Minas: análise da sua implementação na perspectiva
das profissionais farmacêuticas da Microrregião de Unai/MG**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

Orientador(a): Profa. Dra. Laura Cecilia López

Unai
2023

C183p

Camilo, Camila Araujo.

Programa Farmácia de Minas : análise da sua implementação na perspectiva das profissionais farmacêuticas da microrregião de Unai/MG / Camila Araujo Camilo. – 2023.

62 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2023.

“Orientador(a): Profa. Dra. Laura Cecilia López.”

1. Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
2. Farmacêutico.
3. Acesso a medicamentos.
4. Universalidade.
5. Programa Rede Farmácia de Minas. I. Título.

CDU 615.1

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecária: Amanda Schuster – CRB 10/2517)

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Apresentação cartográfica da Microrregião de Saúde de Unaí – MG | 37 |
|--|----|

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|------------|--|
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| CF | Constituição Federal |
| CIB | Comissão Intergestores Bipartite |
| CIT | Comissão Intergestores Tripartide |
| CONASP | Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária |
| CPMF | Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira |
| DMP | Departamentosde Medicina Preventiva |
| DNS | Departamento Nacional de Saúde |
| DNSP | Departamento Nacional de Saúde Pública |
| IAP | Instituto de Aposentadoria e Pensão |
| INPS | Instituto Nacional de Previdência Social |
| MESP | Ministério da Educação e Saúde Pública |
| MOPS | Movimentos Populares em Saúde |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| PFP | Programa Farmácia Popular |
| PNAF | Política Nacional de Assistência Farmacêutica |
| PNM | Política Nacional de Medicamentos |
| PRFM | Programa Rede Farmácia de Minas |
| PREV SAUDE | Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde |
| RENAME | Relação Nacional de Medicamentos |
| SAF | Superintendência de Assistência Farmacêutica |
| SES/MG | Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais |
| SNPA | Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social |
| SUDS | Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde |
| SUS | Sistema Único de Saúde |

RESUMO

A política que orienta o acesso aos medicamentos de forma gratuita via SUS é a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). O Programa Rede Farmácia de Minas surgiu para auxiliar os usuários em relação à forma de aquisição dos medicamentos disponíveis na rede pública, além de garantir adequada infraestrutura e assistência das farmácias no estado de Minas Gerais. Para os fins dessa dissertação, que se propõe a analisar a política de assistência farmacêutica através do Programa Rede Farmácia de Minas, particularmente na microrregião de Unaí, foi realizada uma pesquisa qualitativa, tendo como técnicas principais a entrevista e a investigação documental. Foram entrevistadas/os oito farmacêuticas/os dos municípios pertencentes a microrregião de saúde. As principais perguntas foram sobre o programa, quando e como começou, as avaliações quanto aos fluxos de trabalho e as limitações. E por fim, questionou-se sobre quais mudanças do ponto de vista dos farmacêuticos seriam viáveis para melhorias na assistência. A partir dos resultados desta pesquisa, considera-se que o Programa Rede Farmácia de Minas ajuda a universalizar a assistência farmacêutica. Observa-se que com a construção das unidades nos municípios contemplados, os usuários são bem assistidos, na medida em que a presença em tempo integral do profissional farmacêutico oportuniza essa assistência. A partir da importância do farmacêutico no Programa, a questão da valorização do farmacêutico é citada inúmeras vezes nas entrevistas, pois segundo os/as entrevistadas/os não há valorização. De acordo com as/os farmacêuticas/os, a população é bem atendida quanto a disponibilidade de medicamentos. Um dos entraves na assistência é a questão da logística de distribuição dos medicamentos. A compra de medicamentos, devido a questões burocráticas, pode ser demorada o que também contribui com os atrasos. Outro ponto é a falta de capacitação dos profissionais envolvidos na gestão de aquisição de medicamentos o que pode contribuir com as lacunas visualizadas na assistência. Conclui-se que existem melhorias visíveis e resultados na implantação do Programa: a melhoria do acesso a assistência farmacêutica, que antes era negligenciado, uso correto e coerente dos medicamentos e a diminuição dos desperdícios e usos desnecessários.

Palavras chaves: Política Nacional de Assistência Farmacêutica, farmacêutico, acesso a medicamentos, universalidade, Programa Rede Farmácia de Minas.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 4 |
| 2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA | 8 |
| 2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE – SUS | 8 |
| 2.2 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA | 25 |
| 2.1.2 POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA | 28 |
| 2.2.3 PROGRAMA REDE FARMÁCIA DE MINAS | 32 |
| 3 PERCURSO METODOLÓGICO | 34 |
| 3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA MICRORREGIÃO DE UNAI..... | 36 |
| 4 A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA PRÁTICA | 40 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 50 |
| REFERÊNCIAS..... | 53 |
| ANEXO A | 58 |
| ANEXO B | 59 |
| ANEXO C | 60 |

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação aborda a política de assistência farmacêutica na microrregião de saúde de Unaí/MG, considerando se o princípio da universalidade de acesso da população desse território é garantido. O objetivo geral da pesquisa é analisar como se efetiva o Programa Farmácia de Minas na microrregião de Unaí/MG de acordo com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e se atenda a universalidade de acesso a medicamentos. Será descrito o contexto histórico da Assistência Farmacêutica e as políticas públicas envolvidas. Os objetivos específicos são compreender a Política Pública de Assistência Farmacêutica e suas interfaces; descrever o Programa Farmácia de Minas e seu histórico no estado de Minas Gerais e descrever medidas e estratégias para melhoria do acesso de medicamentos aos cidadãos.

O Brasil vem experimentado, desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), mudanças importantes no seu sistema público de saúde. Neste contexto, princípios importantes vêm norteando a política de saúde do país, tais como a universalidade do acesso, a integralidade da atenção e a equidade (relacionada à proteção e justiça social). A universalidade trouxe consigo a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Neste aspecto, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem-se constituído em prioridade governamental na reorientação das políticas de saúde em nível local com a finalidade de fortalecer a “porta de entrada” e a territorialização do sistema (OLIVEIRA, 2010).

Desde a sua implantação, o SUS ampliou o número de postos de trabalho em todos os níveis de atenção, especialmente na APS. Houve a expansão e a diversificação da força de trabalho em saúde, com aumento do número de médicos e enfermeiros e inclusão de outras categorias profissionais tais como fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, profissionais de educação física, entre outros (CARVALHO, 2017), e o que nos compete nessa pesquisa, farmacêuticos e farmacêuticas.

A distribuição de medicamentos na APS é parte integrante do processo de cuidado e promoção da saúde. Os medicamentos distribuídos neste nível de atenção são os chamados medicamentos essenciais, que segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) são aqueles que satisfazem as necessidades de cuidados de saúde

básica da maioria da população. São selecionados de acordo com a sua relevância na saúde pública, evidência sobre a eficácia e segurança e os estudos comparativos de custo efetividade (OLIVEIRA, 2010).

Segundo Garcia (2017), nos últimos anos as despesas nas três esferas de governo com medicamentos vêm crescendo em ritmo mais acelerado que os outros gastos em saúde. Em 2009, as despesas com consumo final de medicamentos no Brasil foram de 1,9% do PIB. Ao se analisar os gastos com saúde (públicos e privados) constatou-se que os medicamentos foram responsáveis por cerca de 22,0%.

A política que orienta o acesso aos medicamentos de forma gratuita via SUS é a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Segundo publicação do Conselho Nacional de Saúde em 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica caracteriza a assistência farmacêutica como parte do cuidado à saúde individual e coletiva, tendo no medicamento o insumo essencial, cujo acesso deve ser garantido com o uso racional (BRASIL, 2004).

A Assistência Farmacêutica além do cuidado, responde pelo abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade, para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2001).

No campo da assistência farmacêutica podem-se notar entraves entre as políticas privatizantes e as que reforçam um modelo público. No contexto do SUS, é notória a privatização dos serviços de assistência farmacêutica na atenção primária. O exemplo mais patente é o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFP). Criado em 2004, o Programa teve como estratégia prover acesso aos medicamentos essenciais com comercialização a baixo custo (Rede Própria), sendo posteriormente ampliado credenciando a rede privada de farmácias e drogarias para fornecer medicamentos por regime de copagamento (GARCIA, 2017).

Paradoxalmente às políticas privatizantes, no mesmo período foram criados programas e serviços públicos em assistência farmacêutica, como o Programa Rede Farmácia de Minas (PRFM), entre outros¹, que estruturaram farmácias públicas para

¹ Garcia (2017) menciona também o Programa Dose Certa/SP, o Programa Farmácia da Bahia/BA e a Farmácia Cidadã/ES.

a dispensação de medicamentos que compõem a atenção primária. Segundo estudo de realizado por Garcia (2017), comparando o PFP e o PRFM, o modelo público adotado pelo segundo apresenta condições mais adequadas para garantir assistência integral e universal de qualidade. A avaliação econômica feita pelo autor encontrou maior eficiência na alternativa de aplicação dos recursos diretamente na rede pública (GARCIA, 2017).

O Programa Rede Farmácia de Minas surgiu para auxiliar os usuários em relação à forma de aquisição dos medicamentos disponíveis na rede pública, além de garantir adequada infraestrutura e assistência das farmácias no estado de Minas Gerais. O programa é gerido pela Subsecretaria de Políticas e Ações de Saúde da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG), sob a coordenação da Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF).

O Programa também trouxe a obrigatoriedade da presença do profissional farmacêutico, pois um dos quesitos para adesão é ter o farmacêutico como responsável técnico pela unidade Farmácia de Minas, devidamente registrado no Conselho Regional de Classe. A obrigatoriedade trouxe prestação de serviços farmacêuticos qualificados no atendimento à população e conseqüentemente valorização do profissional farmacêutico. Embora essa presença já estivesse prevista em outras políticas públicas de Assistência Farmacêutica, nem sempre era viabilizada. O incentivo financeiro do Estado de Minas Gerais para garantir a permanência desse profissional em todos os municípios da Rede, principalmente naqueles de pequeno porte, foi um avanço inquestionável dessa política pública (AFONSO, 2017).

Além disso, o Programa proporciona o uso racional de medicamentos por meio da organização da Assistência Farmacêutica e a humanização do atendimento ao paciente, contribuindo para garantir a integralidade das ações de saúde. O reconhecimento da Unidade Farmácia de Minas como estabelecimento de saúde e referência de prestação de serviços farmacêuticos é o objetivo principal (AFONSO, 2017).

Então, diante da importância e relevância do tema, e da iniciativa estadual de implementar nos municípios de Minas Gerais uma política pública de Assistência Farmacêutica que contempla um novo conceito de farmácia pública que se baseia no atendimento farmacêutico especializado, torna-se relevante o objetivo da pesquisa

que é analisar o funcionamento do Programa Rede Farmácia de Minas, sendo ele um caso exemplar. Assim pode-se refletir sobre medidas e estratégias para melhoria da gestão e planejamento da assistência farmacêutica nas unidades das farmácias públicas que fazem parte do programa, e assim, subsidiar políticas que melhorem o acesso de medicamentos aos cidadãos. É um tema extremamente significativo para promover uma melhor compreensão sobre a política pública de Assistência Farmacêutica e suas ações, pois, além dos gargalos da gestão, muitos cidadãos desconhecem a forma de adquirir medicamentos de forma gratuita. Percebe-se que o acesso à assistência farmacêutica é ainda limitado e quanto mais informações disseminadas, mais usuários serão contemplados e conseqüentemente a média e alta complexidade de procedimentos assistenciais serão desafogados. Portanto, o Programa Farmácia de Minas tem uma grande relevância social, pois comunidades mais carentes dependem basicamente do SUS para garantir o acesso aos medicamentos (AFONSO, 2017)

Esta dissertação está estruturada da seguinte maneira. Após a introdução (capítulo 1), que contextualiza objetivos e problemática de pesquisa, abordamos as políticas de saúde no país e a assistência farmacêutica a partir de um olhar histórico e organizacional mais localizado no estado de Minas Gerais (capítulo 2). No capítulo 3 descrevemos a metodologia do estudo, para chegar ao capítulo de análise de dados no qual expressa-se a construção de categoria e subcategorias analíticas. Por fim, encaminhamos as considerações finais, apontando uma série de contribuições que o estudo traz para o aprimoramento da política pública.

2 AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

2.1 Políticas de saúde – SUS

Neste capítulo serão abordados os conceitos de políticas públicas e a origem das políticas de saúde no Brasil, ou seja, a evolução das políticas, e como os movimentos sociais interferiram na implementação de algumas dessas políticas. Será descrito um apanhado cronológico, destacando-se o período da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi um marco histórico para a implementação do SUS.

As políticas públicas também nomeadas de políticas sociais são adotadas para garantir proteção contra riscos e promover o bem-estar dos cidadãos. Surgiram na Europa Ocidental e posteriormente em outros países. O chamado Estado de bem-estar social caracteriza-se por buscar amenizar os impactos das crises a que estão sujeitas a sociedades. Os instrumentos são intervenções que visam garantir o crescimento econômico e o bem-estar social por meio de políticas sociais. As políticas sociais são vistas como investimento e produtoras de um desenvolvimento mais justo, especialmente em países do Sul global como o Brasil (MENICUCCI, 2018).

As políticas sociais são definidas com base em seus objetivos, como garantir segurança, produzir maior igualdade socioeconômica e diminuição das desigualdades, ou ainda prover serviços ou benefícios com o objetivo de ampliar as oportunidades de acesso das pessoas. Além disso, pode-se fazer uma distinção por áreas, como políticas de educação, saúde e previdência. Alguns autores sugerem uma classificação em dois grupos: as políticas de proteção social e as de promoção social. As que objetivam a proteção social são a previdência social, saúde, assistência social e seguro-desemprego. As que visam à promoção social são educação, cultura, qualificação profissional, agricultura familiar, habitação e mobilidade urbana (MENICUCCI, 2018).

A escolha entre preferências relativas a diferentes questões define as políticas sociais, tais como o objetivo específico da intervenção governamental; as concepções sobre a ação do Estado; a definição relativa à geração e à alocação de recursos. As políticas sociais estão no centro de discussões entre os diversos interesses de grupos. A natureza e o escopo das políticas sociais correspondem a projetos e orientações político-ideológicas (MENICUCCI, 2018).

O divisor de águas no que se refere à visão sobre as políticas sociais é o fim da Segunda Guerra Mundial. A partir daí emergiu a noção de que as pessoas possuem direitos sociais, econômicos e humanos que devem ser garantidos pela sociedade e pelo Estado. A ideia de direitos sociais trata-se de romper com a noção de que riqueza equivale a mérito e pobreza equivale a fracasso (MENICUCCI, 2018).

A partir da segunda metade do século XX teve-se a ideia de que as políticas públicas seriam a orientação necessária para o bem estar social. Segundo Arruda (2020), nas últimas décadas as políticas públicas passaram a ser construídas a partir de critérios economicistas e não se observou a mitigação dos problemas da desigualdade socioeconômica. Observa-se então, que as construções das políticas públicas passaram a ter características da doutrina neoliberal. Políticas pensadas na alta produção e no alto desempenho, excluindo as questões sociais importantes.

O marco das políticas sociais brasileiras é a Constituição Federal (CF) de 1988. No artigo 6º da CF 1988 são definidos como direitos sociais, educação, saúde, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados. A CF 1988 alterou a forma de intervenção social do Estado, ampliando os direitos sociais e o campo da proteção social, assim ampliaram-se as possibilidades de acesso da população a bens e serviços públicos. Em relação à saúde passou-se a ter garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços, a partir da definição de saúde como direito de todos e dever do Estado. A assistência, como política social específica, dissociada da previdência social, passou a ser considerada um direito independentemente de contribuições prévias (MENICUCCI, 2018).

O início efetivo das políticas de saúde foi em fins da década de 1910. Encontravam-se associadas aos problemas da integração nacional e à consciência da interdependência gerada pelas doenças transmissíveis. As políticas formam o resultado do encontro de um movimento sanitarista, organizado em torno da proposta de políticas de saúde e saneamento, viáveis com o fortalecimento da autoridade do Estado e do papel do governo federal, com a crescente consciência por parte das elites políticas sobre os efeitos negativos do quadro sanitário existentes no país. Cientistas e intelectuais do período afirmavam que a possibilidade de construção nacional do país dependia de políticas públicas na saúde (LIMA, 2005).

Nesse período, opera-se a coletivização e a nacionalização do cuidado a partir da ênfase da prevenção de doenças, no saneamento e na erradicação de doenças

transmissíveis com foco no vetor transmissor, na fase do chamado “sanitarismo campanhista” (ARRETCHE, 2019). Um ativo movimento de Reforma Sanitária emergiu no Brasil, sob a liderança da nova geração de médicos higienistas, que teve como foco inicial os principais portos e centros urbanos. Começou a ganhar força o movimento pelo saneamento rural, referência frequente na literatura da época. O movimento sanitaria criou bases para a formação da burocracia em saúde pública, destaca-se a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1922. Assim, durante este período histórico foram estabelecidas as bases para criação de um sistema nacional de saúde, caracterizado pela concentração e verticalização das ações no governo central (LIMA, 2005).

No ano de 1923 foi criada a Lei Eloy Chaves. Essa lei obrigava as empresas do setor ferroviário a estabelecer para os empregados um fundo para a aposentadoria por idade, invalidez e tempo de serviço, pensão para sobreviventes dependentes e assistência médica, fundo a ser provido por contribuições de empregados e empregadores e administrado por representantes das partes. A lei Eloy Chaves é considerada o marco da criação da previdência social no Brasil. O modelo sugerido para os ferroviários passa a ser replicado nas empresas de diferentes categorias profissionais (LIMA, 2005).

Em 1930 as políticas de saúde implementadas corresponderam a alterações nos campos político, ideológico e institucional, e à recomposição no formato de interação entre eles. Na esfera institucional constituiu-se a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp). Os primeiros anos do Mesp foram marcados pela inconstância de propostas e projetos, em seus quatro primeiros anos, ela foi conduzida por três ministros (LIMA, 2005).

As ações públicas de saúde acompanharam as distinções estabelecidas entre Ministério do Trabalho Indústria e Comércio (MTIC) e o Mesp. Estabeleceu-se um arcabouço jurídico e material de assistência médica individual previdenciária, desenvolvida no MTIC, que com o passar dos anos se tornaria uma das principais referências para a prestação de serviços públicos de saúde. Era destinada aos inseridos no mercado formal de trabalho e amparada por princípios corporativos que definiam aqueles reconhecidos como cidadãos. A MESP cabia a prestação de serviços aos pobres, desempregados e trabalhadores informais (LIMA, 2005).

Assim, a partir dos anos 1930, inicia-se um deslocamento da ênfase preventiva e coletiva para o fortalecimento da assistência médica individual como parte do

processo de montagem e desenvolvimento da Previdência Social. A esta, nos diversos formatos institucionais que assumiu coube a assistência individual e restrita aos segurados (ARRETCHE, 2019).

Neste período a política de saúde pública foi definida a partir da centralização normativa, acompanhada por uma descentralização executiva, criando mecanismos que fortalecessem a presença federal nos estados. Foram estabelecidos mecanismos burocráticos que viabilizassem a integração das três esferas administrativas: federal, estadual e municipal. Gradativamente foram sendo criados novos órgãos, fortalecendo uma estrutura centralizada e hierárquica com o intuito de estabelecer mecanismos para normalizar e controlar a execução das atividades de saúde em todo o país. Criou-se o DNS (Departamento Nacional de Saúde), responsável pela execução das ações de saúde pública no país. Em 1937 o Mesp foi substituído pelo MES (Ministério da Educação e Saúde). Neste processo institucional tema da relação entre as três instâncias executivas se firmaria com um dos eixos definidores da política pública no campo de intervenção social (LIMA, 2005).

A partir de 1945 o país inicia um período de experiência democrática. A saúde pública teve sua estrutura centralizada com múltiplos programas e serviços verticalizados para implementar campanhas e ações sanitárias. Os rumos da saúde pública e da assistência médica foram debatidos e decididos em um ambiente democrático, caracterizados por disputas político-partidárias, eleições livres, funcionamento dos poderes republicanos e liberdade de imprensa (LIMA, 2005).

O período de 1945 a 1964 teve alguns marcos institucionais como a criação do Ministério da Saúde em 1953. Em 1956 aconteceu a campanha nacional contra a lepra e outras campanhas de controle e erradicação de doenças, como a malária. Na 3ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1963, discutiu-se a permanência da disjunção entre saúde pública e assistência médica com ênfase da primeira nas populações rurais; o foco das ações sobre doenças específicas e o deslocamento do processo de discussão e decisão fora da burocracia pública, tais como o Congresso Nacional e a politização da saúde nos congressos de higiene e nas conferências nacionais. Neste período histórico o país continuava a ser predominantemente rural. As doenças transmissíveis eram a principal preocupação dos organismos de saúde pública (LIMA, 2005).

A separação entre educação e saúde não significou grandes mudanças nas estruturas institucionais com a criação do Ministério da Saúde em 1953. Não houve

mudança de ênfase nas populações rurais ou incorporação de novos serviços. A grande inovação foi o deslocamento das discussões e do processo decisório para o legislativo e para a esfera política (LIMA, 2005).

A dinâmica política da sociedade brasileira, desde meados de 1950, permitiu deslocamentos na compreensão dessas relações e proposições de mudanças nas políticas de saúde. Discutia-se a ideia da saúde como questão de superestrutura, isto é, não como causa do desenvolvimento econômico e social, mas uma consequência dele. Assim, a saúde dependeria da infraestrutura econômica de cada sociedade específica, defendia-se a ampliação do papel dos municípios e a necessidade de melhor aparelhamento dos serviços sanitários (LIMA, 2005).

Diversos incentivos fornecidos na época favoreceram o desenvolvimento da assistência médica de caráter empresarial, afetando o desenvolvimento de diversos segmentos empresariais e propiciando a instituições e organizações, como a medicina de grupo, e as cooperativas médicas. Esses segmentos empresariais da assistência à saúde vieram a constituir organizações de interesse e a concentrar recursos políticos que permitiram ter influência em processos decisórios. A forma como a política de assistência foi desenvolvida, favoreceu a inclusão corporativa dos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho urbano como um benefício meritocrático (MENICUCCI, 2018).

Em 1964, após o golpe militar, foram extintos todos os partidos políticos, instituindo o bipartidarismo, e em 1967 foi promulgada uma nova Constituição Federal. Neste período foi implantado no Brasil o Sistema Nacional de Saúde, que se caracterizava pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde. A lógica centralista, permitiu que o governo militar implantasse reformas institucionais que afetaram a saúde pública e a medicina previdenciária. Em 1966, os institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) unificaram-se com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), assim, o órgão passou a gerir as aposentadorias, as pensões e a assistência médica de todos os trabalhadores formais. A saúde pública tornou-se ineficiente. As pessoas que moravam nas regiões metropolitanas, estavam em péssimas condições de vida o que resultava em altas taxas de mortalidade. A repressão política atingiu o campo da saúde, com cassações de direitos políticos, exílio, aposentadoria compulsória de pesquisadores e fechamento de centros de pesquisa (LIMA, 2005).

Com a criação do INPS, constitui-se na modernização da máquina estatal, aumentando o seu poder regulatório sobre a sociedade, além de representar um esforço de desmobilização das forças políticas estimuladas. Trata-se, portanto, de uma reorientação das relações entre Estado e classes trabalhadoras. Na visão da elite dirigente, as deficiências na saúde pública se caracterizavam pela falta de capacidade gerencial e pouca participação da iniciativa privada. As doenças que afetavam os grandes segmentos da população brasileira eram de responsabilidade do Ministério da Saúde, enquanto o atendimento médico individual ficou sob incumbência do setor previdenciário. A medicalização foi imposta, tanto na saúde pública quanto na previdência social (Bravo, 2011).

Em 1968 houve o anúncio do Plano de Coordenação de Atividades de Proteção e Recuperação da Saúde (Plano Nacional de Saúde), que fracassou antes mesmo de ser implantado. Segundo análises, o insucesso estava relacionado ao prejuízo que traria no longo prazo à organização privatizante do sistema de atenção médica. Este plano encontrou resistência dos técnicos da previdência, uma vez que colocava em risco a expansão da cobertura previdenciária (BRAVO, 2011).

A assistência médica financiada pela Previdência Social, na década de 1970, teve aumento no número de leitos disponíveis em cobertura e em volume de recursos arrecadados. Mas, prestados pelas empresas privadas aos previdenciários, os serviços médicos eram pagos por Unidade de Serviço (US) e essa forma de pagamento gerou corrupção. Com o passar dos anos observa-se sinais do desgaste do modelo político e das consequências sociais da concentração de riqueza. Estudos e pesquisas da época demonstraram os efeitos maléficos do modelo de desenvolvimento adotado no país para a qualidade da saúde de amplos grupos populacionais, e o caráter irracional do sistema de saúde. (LIMA, 2005).

A integração das áreas de Assistência, Saúde e Previdência sob a Seguridade Social significou uma ruptura ao modelo de seguro previdenciário. A ação estatal na saúde passa a ser responsável também pelas medidas curativas, não se limitando à tradicionais campanhas de saúde pública (FLEURY, 2008).

O sistema hospitalar privado e a indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares tiveram expressiva expansão a partir da década de 1970, basicamente porque o sistema público de seguro lhes garantia demanda, sem exigir exclusividade, o que lhes permitia também prover serviços particulares e seguros privados. Assim, as políticas do regime militar criaram um ator relevante para o entendimento do

processo de formulação e implementação do novo sistema de saúde que seria implantado no futuro: o sistema hospitalar privado, organizado em associações nacionais (LIMA, 2005).

Destaca-se neste período o movimento sanitário, entendido como um movimento ideológico com uma prática política. O pensamento reformista, que iria construir uma nova agenda no campo da saúde, desenvolveu sua base conceitual a partir de um diálogo com as correntes marxistas e estruturalistas. Os Departamentos de Medicina Preventiva (DMP) reorientaram o sistema oficial de atenção à saúde, articulando projetos desenvolvidos entre universidades e secretarias de saúde. Assim, o movimento sanitário procurou ocupar espaços com um pensamento contra-hegemônico ao preconizado pelo regime autoritário (LIMA, 2005).

As ideias elaboradas e difundidas pelo movimento sanitário foram capazes de produzir mudança na política. As ideias foram filtradas pelas instituições e práticas de saúde já consolidadas, sendo organizadas de forma a atender as instituições vigentes. A partir de vários mecanismos, um conjunto de atores foi se articulando e apresentando novas ideias e adaptando-as (MENICUCCI, 2018).

Entre 1974 e 1979 o movimento sanitário apresentou propostas transformadoras no sentido de melhorar e democratizar a saúde das populações mais carentes. A política de saúde adotada punha ênfase em uma medicina de cunho individual e assistencialista. Em detrimento de ações vigorosas no campo da saúde coletiva. Além de privilegiar uma prática médica curativa, a política de saúde propiciou um processo de corrupção incontrolável, por parte dos setores privados. Assim o movimento sanitário caracterizou-se, como uma força política construída a partir da articulação de propostas que contestavam o regime (LIMA, 2005).

A universidade originou as propostas políticas do movimento sanitário. Com a incorporação das ciências sociais ao estudo da saúde, constituiu-se o pensamento médico-social que deslocou o seu objeto do indivíduo para a sociedade, considerada determinante das condições de saúde, e propôs um novo campo de estudo, denominado saúde coletiva. Assim, a prática sanitária passou a ser vista como sujeito de transformação, a saúde coletiva orientava proposições que implicavam transformações não apenas na saúde, mas no Estado, na sociedade e nas instituições. O movimento sanitário se engajou contra o governo militar, junto com outros movimentos sociais (MENICUCCI, 2018).

A partir de 1974 evidenciou-se a crise do “milagre econômico” brasileiro. Os efeitos sobre a população brasileira permitiram o reaparecimento, no cenário político, de forças sociais que lutavam para recuperar o espaço vedado com o golpe de 1964, cabendo destacar o sindicalismo operário, aliado às categorias profissionais dos estratos médicos, os trabalhadores rurais, uma parcela da Igreja e entidades da sociedade civil. Principais questões identificadas: a elevação da taxa inflacionária, a recessão econômica, crescimento da mortalidade infantil e morbidade por doenças infecciosas. Esses acontecimentos geraram desgastes para o sistema. Os movimentos operários e populares emergiam, havia uma insatisfação das camadas médias urbanas, segmentos das Forças Armadas, da burocracia, da tecnocracia e da Igreja, o que caracterizou uma crise social e política (BRAVO, 2011).

Em 1975 foi fixado o Sistema Nacional de Saúde, que visou disciplinar a articulação dos órgãos atuantes no setor saúde. O projeto original criticava a filosofia liberal que impedia o governo de assumir sua responsabilidade, bem como a ação ampliada da iniciativa privada, e propunha como solução a formulação de um plano geral coordenado pelo setor estatal. As pressões políticas ao projeto original foram intensas, o que ocasionou sua alteração, adotando-se a solução pluralística para o sistema, não discriminando as regras mínimas de conveniência da prática médica privada e empresarial (BRAVO, 2011).

O sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) foi criado em 1978. Era composto pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps), Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação Nacional do Bem – Estar do Menor (Funabem) e Central de Medicamentos (Ceme). O Sinpas pode ser compreendido no processo de crescente universalização e de adoção do modelo de seguridade, em vez do de seguro social. A criação do Inamps representa essa tendência, ao juntar a assistência médica concedida por todos os órgãos previdenciários, desvinculando o atendimento médico da concessão de benefícios (BRAVO, 2011).

O movimento da Renovação Médica surgiu em 1978 como oposição ao discurso liberal das lideranças médicas tradicionais, assumindo sua condição de categoria assalariada. Em pouco tempo conquistaram as mais importantes entidades da categoria. Assumiram também a postura de oposição ao regime militar e de denúncia a mercantilização da medicina (MENICUCCI, 2018).

Em 1979 aconteceu o I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde, este foi um marco do movimento pela Reforma Sanitária, pois contou com grande participação de pessoas de todo o país e marcou a vinculação do movimento sanitário com a discussão completa da política de saúde. O documento aprovado sugeriu componentes da proposta alternativa à política vigente. Entre eles destacam-se: saúde como direito de todos e dever do Estado, Detenção do empresariamento da medicina, unificação do sistema de saúde, cabendo ao Estado a administração do sistema, participação popular na política de saúde, mecanismos eficazes de financiamento, descentralização, e fim dos convênios com pagamento por unidade de saúde (MENICUCCI, 2018).

A década de 1980 inicia-se com um movimento de contestação ao sistema de saúde governamental. Caracterizava-se pelo apelo à democratização do sistema, com participação popular, a universalização dos serviços, a defesa do caráter público do sistema de saúde e a descentralização. Em 1981 foi lançado o “pacote da previdência”. Este pacote previa o aumento das alíquotas de contribuição, a diminuição dos benefícios dos aposentados, e intervenção na área de assistência médica da Previdência Social. Assim, surgiu o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp). Este opera como organizador e racionalizador da assistência médica, sugere critérios para alocação dos recursos previdenciários do setor saúde, recomenda políticas de financiamento e de assistência à saúde, analisar e avaliar a operação e o controle da Secretaria de Assistência Médica da Previdência Social. O Conasp procurou instituir medidas moralizadoras na área da saúde, como estabelecer parâmetros assistenciais visando a disciplinar o atendimento médico-hospitalar dos hospitais conveniados e da rede pública (LIMA, 2005).

O “Prev Saúde” (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), primeiro projeto da década de 80, proposto por técnicos do setor público como forma de reformulação ampla da política de saúde). O Prev Saúde buscava traduzir experiências institucionais anteriores e incorporava as propostas da Organização Mundial de Saúde e do movimento sanitário. O projeto estabelecia condições para inclusão dos serviços privados no sistema público, limitando-os aos serviços sem fins lucrativos. O projeto nunca foi implantado (MENICUCCI, 2018).

A discussão da reformulação da política ganha a adesão dos movimentos populares em saúde (Mops) que se desenvolviam desde a década anterior (anos 70). Esses movimentos proliferaram em torno de associações de moradores. Os Mops se

organizaram em torno de reivindicações por melhores condições de vida, saneamento, postos de saúde, água, esgoto, moradia e transporte. Tiveram presença marcante de médicos, profissionais e agentes de saúde vinculados à experiência de medicina comunitária. Enfim, o movimento pela reforma institucional do setor saúde partiu de uma teoria sobre a determinação social da saúde e construiu uma proposta de reforma da política de saúde (MENICUCCI, 2018).

Em 1986 ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde. As Conferências Nacionais de Saúde foram instituídas pela Lei n. 378, de 13 de janeiro de 1937. Este evento é considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do movimento pela democratização da saúde. Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. Nessa conferência evidenciou-se que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira. Havia necessidade de uma reformulação com a aplicação do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional. Durante a conferência manteve-se a proposta do fortalecimento e da expansão do setor público, e discutiu-se que a Previdência Social deveria ater-se às ações próprias do seguro social, enquanto a saúde deveria ser entregue a um órgão federal, com novas características. O setor saúde receberia recursos vindos de diferentes receitas, sendo que o seu orçamento contaria com recursos provenientes do Inamps. Assim, foi na 8ª Conferência nacional de Saúde que se aprovou a criação de um sistema único de saúde, que se constituísse num novo arcabouço institucional, com a separação da saúde em relação à previdência (LIMA, 2005).

Em julho de 1987, partindo de uma proposta da presidência do Inamps, criou-se o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que tinha como princípios básicos: a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária. A ideia do Suds era a transferência de recursos do Inamps para os serviços do estado, mediante convênios. A proposta de um sistema unificado e descentralizado tinha a pretensão de garantir a viabilidade de direcionar os recursos federais para os municípios. Pode-se dizer que o Suds foi norteado pelo princípio de que os recursos federais devessem efetivamente realizar o projeto do movimento sanitário de real acesso à atenção à saúde, por parte de toda a população (LIMA, 2005).

Assim, os projetos dos anos 1970 e as reformas dos anos 1980 constituem experiências de organizações alternativas dos serviços de saúde em que se experimentam algumas propostas, como descentralização da gestão, integração das ações preventivas e curativas, participação comunitária, ênfase na atenção primária e fortalecimento do setor público. Mesmo sem significar uma alteração do modelo de assistência prevalecente, essas experiências e reformas mostraram um novo desenvolvimento institucional dos serviços de saúde, evidenciando a existência de uma articulação de atores em torno dessa mudança (MENICUCCI, 2018).

No processo de democratização do país, mudanças significativas foram consagradas na Constituição de 1988. Houve uma reforma ampla na política vigente, tanto nos princípios normativos quanto no formato organizacional, rompeu-se o caráter meritocrático da assistência à saúde, originalmente vinculada à inserção no mercado de trabalho. Segundo o Artigo 196 da Constituição, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” Assim, políticas sociais e econômicas devem contribuir para a redução dos riscos de adoecer, de forma que o direito à saúde não é somente o acesso à serviços de saúde, mas supõe que todos devem ter oportunidade para ter uma boa saúde (MENICUCCI, 2018).

O modelo Constitucional ficou caracterizado pelo desenho dos sistemas de políticas sociais de saúde e de assistência de forma descentralizada e participativa. Em termos organizacionais, o Ministério da Saúde finalmente absorveu a rede de serviços de atenção à saúde da previdência e passou a ser responsável por todos os serviços de saúde, com exceção do benéfico de auxílio-doença (FLEURY, 2008).

A criação do SUS é a mais bem sucedida reforma da área social empreendida sob o regime democrático. Identifica-se em sua gênese uma organização expressiva de um movimento sanitarista, em um contexto marcado pela resistência social e política. A saúde foi tema de luta social e política durante as décadas de 1970 e 1980. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual discutiram o projeto de Reforma Sanitária, viria orientar a proposta do movimento sanitarista no processo constituinte de 1987. Assim, na nova constituição, afirmou-se a importância de proporcionar a saúde como direito dos cidadãos, cabendo ao Estado a obrigação de provê-la a todas as pessoas. Defendeu-se a assistência médica integral, universal e com acesso igualitário dos usuários aos serviços. As leis 8.080 e 8142, de 1990

complementaram a constituição e moldaram o processo de implantação da política (LIMA, 2005).

A Lei n. 8142 de 28 de dezembro de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, institui as conferências e os conselhos, em cada esfera de governo, com instâncias colegiadas do SUS. A partir desta lei ficou estabelecido que as Conferências Nacionais de Saúde fossem realizadas a cada quatro anos, com representações de vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde. Sobre os conselhos de saúde o é formular estratégias e controlar a execução das políticas e as instâncias executivas (Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde). Os Conselhos configuram um riquíssimo fenômeno político, institucional, social e cultural cuja abordagem exigiria elaborações teóricas e conceituais, incursões históricas e fundamentações empíricas que tem a ver com as transformações de toda ordem ocorridas nas relações entre Estado e sociedade no país. As Conferências e Conselhos terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho. Os regimentos das Conferências Nacionais de Saúde são aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde antes da sua realização e devem constar no Manual da Conferência, enquanto o regulamento é submetido à aprovação da própria conferência no seu primeiro momento de funcionamento após a cerimônia de abertura (LIMA, 2005).

Os conselhos e conferências constituíram um bom sistema nacional de órgãos colegiados, que institucionalizaram a participação da sociedade civil no processo de formação das políticas de saúde. Dessa maneira expressam a democratização, constituindo regulamentos que possibilitariam a apresentação, a defesa e o debate dos diversos atores sociais com representação setorial. Estes materializam e qualificam o princípio e o valor da democracia no projeto da Reforma Sanitária e, portanto, integram um mesmo campo de análise. Conselhos, e conferências são fóruns nos quais se identificam alterações no: padrão de recepção e processamento de demandas na área de saúde. Além dos Conselhos existem outros organismos: a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e a Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A CIT é de âmbito nacional, integrada por representantes do Ministério da Saúde e dos secretários de saúde de estados e municípios, existem em cada estado as CIB, que reúnem o secretário estadual e os representantes dos secretários municipais. Essas

comissões têm caráter técnico e sua finalidade é assistir na elaboração de propostas para implementação e operacionalização do SUS (LIMA, 2005).

A partir de 1990 iniciou-se então, o processo de implantação das mudanças jurídico-institucionais definidas na Constituição de 1988. Houve a transição de um sistema restrito aos trabalhadores assalariados para um sistema universal operando na lógica de garantias, descentralização da gestão para unidades de governo autônomas, em substituição a um modelo centralizado. Destaca-se a introdução de novos mecanismos que incluem a participação da sociedade (MENICUCCI, 2018).

As Normas Operacionais Básicas (NOBs) emitidas pelo Ministério da Saúde a partir do início da década de 1990 tornaram-se o principal instrumento de reforma. O conteúdo das NOBs passou a ser objeto de intensa disputa, envolvendo tanto as regras da descentralização quanto as regras decisórias. As NOBs estabeleciam que os prestadores de serviços, tanto públicos como privados, seriam pagos de acordo com o volume de produção. As transferências aos municípios não seriam automáticas, mas firmadas através de convênios. Destaca-se a NOB 93 que permitia que estados e municípios escolhessem as atividades de saúde a que viriam assumir, qualificando-se em uma entre três opções de habilitação ao SUS oferecidas pelo Ministério da Saúde: condição semiplena, condição parcial ou condição incipiente. Estas três opções correspondiam a uma escala de atividades e funções em grau crescente de complexidade, da provisão de serviços de atenção básica à contratação e pagamento da rede hospitalar. Estados e municípios poderiam escolher qual nível de complexidade eram capazes de cumprir. Nos níveis mais baixo de complexidade, o governo local assumiria a responsabilidade sobre os serviços de atenção básica e o Ministério da Saúde pagaria os prestadores públicos e privados de serviços mais complexos (LIMA, 2005).

A forma de financiamento do sistema seria com recursos transferidos da União para estados e municípios, e os serviços de assistência privados deveriam ser prestados de forma complementar e subordinados às estratégias da política setorial. Tem-se um sistema político democrático federativo, constituído por efetivas instâncias de descentralização. Assim, afirma-se que o poder local é importante para a construção da democracia, com ênfase no município (LIMA, 2005)

Então, o financiamento do SUS, definido pela Constituição e alterado por emendas constitucionais (EC), é competência dos três entes federados mediante recursos orçamentários, além de contribuições sociais revistas no Orçamento da

Seguridade Social (OSS), embora nem todas destinadas à saúde (ARRETCHE, 2019).

Portanto, a estrutura institucional do SUS, ficou assim definida: o governo federal ficou encarregado das funções de financiamento e coordenação intergovernamental, enquanto os municípios se responsabilizavam pela gestão dos programas locais. A função dos governos estaduais passou a dar suporte aos sistemas municipais. Esta distribuição intergovernamental de funções autoriza o governo federal a tomar as principais decisões referentes à política nacional de saúde. A concentração da autoridade sobre o financiamento e a coordenação do sistema nas mãos do governo federal significa que os governos locais são fortemente dependentes das regras e transferências da União para implementação de suas políticas (LIMA, 2005).

O repasse “fundo a fundo” – de um fundo específico para outro fundo de saúde – é a modalidade preferencial de transferência de recursos, o financiamento de custeio com recursos federais é organizado e transferido em blocos destinados a fins específicos. Por meio de transferências condicionadas à adesão a programas e prioridades definidas nacionalmente (ARRETCHE, 2019).

A maioria das demandas e críticas sobre o sistema de saúde após a criação do SUS é dirigida ao seu financiamento, a cujas deficiências são creditadas as principais dificuldades para sua implantação e para garantir o direito à saúde. Em um contexto de redução de gastos sociais, atribui-se a esse panorama a deficiência de recursos para viabilização do SUS. A ausência de mecanismos efetivos e estáveis para o financiamento do SUS funcionou como um mecanismo indireto para a redução de seu alcance e efetividade. A ausência de fontes estáveis de financiamento ao aumento da demanda a partir da universalização da cobertura levou a uma degradação da qualidade dos serviços de saúde, acentuada nos primeiros anos do SUS, refletindo os baixos valores da remuneração dos serviços realizados por prestadores públicos e privados, aliados aos constantes atrasos nos repasses da União para estados e municípios (MENICUCCI, 2007).

Em 1996 foi instituída a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). Foi alterada a Constituição, o que foi feito mediante Emenda Constitucional n. 12 de 15 agosto de 1996. Sua aprovação se deu sem mobilização social ampla. Houve oposição, pois por ser uma nova tributação ao incidir sobre as movimentações bancárias viria atingir exatamente os setores que na sua maioria não

se constituíam em usuários do SUS. Entretanto, a nova fonte que deveria constituir em um recurso supletivo, tornou-se substitutivo, na medida em que passaram a ser desviados recursos de outras fontes do orçamento da Seguridade Social, que em grande parte se destinavam ao setor saúde (MENICUCCI, 2007).

O movimento “SOS SUS” liderado pela Plenária Nacional de Saúde foi gerado a partir da ausência de fluxos regulares de recursos para saúde. A partir do movimento foi aprovada a Emenda Constitucional 29/2000 que garante recursos mínimos para o financiamento do SUS na forma de vinculação de recursos orçamentários dos diversos níveis de governo. A aprovação da EC 29/2000, teoricamente vincula recursos dos três níveis do governo para a saúde. Como a principal fonte de recursos para custeio para a assistência pública é de origem federal as divergências relativas à base de cálculo para a definição de contribuição da União, traduziu em alocação de recursos além do esperado com a aprovação da EC, com a possibilidade de redução em médio prazo (MENICUCCI, 2007).

Ao mesmo tempo em que se discutia a vinculação de recursos para o SUS, foi aprovada a Lei 9665/1998, que regulamentou os planos e seguros privados de saúde. A lei politicamente enfraqueceu a proposta de um sistema universal (ARRETCHE, 2019).

Assim, no final da década de 1990 a dupla trajetória da assistência à saúde no Brasil no período de quatro décadas se consolida com o estabelecimento da política regulatória voltada para o segmento privado. Essa regulação formalizou essa dualidade do ponto de vista legal, normativo e institucional na medida em que os segmentos públicos e privados passaram a ser objeto da política de saúde, de modo a confirmar a independência entre as duas modalidades institucionais, a oposição entre os princípios norteadores de cada uma das formas de assistência, e a segmentação dos usuários (MENICUCCI, 2007).

Em 2000 houve a vinculação de receitas tributárias das três esferas do governo, os principais programas foram concebidos, da área da atenção básica que foram direcionadas para comunidades carentes (Programa Saúde da Família e Programa de Atenção Comunitária). A lei dos medicamentos genéricos completa o conjunto principal de medidas destinadas a tornar a saúde mais acessível principalmente para os mais pobres. A expansão dos programas básicos, em parte, custeada pela redução absoluta dos gastos hospitalares. A CPMF não se revelou uma fonte significativa de recursos (KERSTENETZKY, 2012).

Em 2015 foi aprovada a EC 86, que alterou o financiamento federal, vinculando-o a percentuais crescentes de sua Receita Corrente Líquida, incluindo nessa base de cálculo os valores dos royalties do petróleo e a parcela das emendas parlamentares destinadas a ações e serviços de saúde (ARRETCHE, 2019)

O SUS mostra números expressivos de cobertura repercutindo a inclusão permitida com a universalização. Considera-se que grande parte da população está coberta exclusivamente pelo sistema público. Além disso, são reconhecidos os esforços governamentais no desenvolvimento de programas de imunizações (PNI – Programa Nacional de Imunização), de DST/Aids, controle do tabagismo, reforma psiquiátrica e saúde da família. Embora o gasto público em saúde venha aumentando, grande parte do volume de recursos vem sendo aportado pelos governos municipais e estaduais, cuja participação tem sido crescente no conjunto do financiamento da saúde (FLEURY, 2008).

Entretanto, o modelo atual estimula o uso seletivo do sistema público por quem pode optar e o uso compulsório por parte dos que não dispõem de alternativas. Uma evidência do acesso diferenciado a serviços de saúde é o fato de que, ainda que mais de 90% da população seja usuária de algum serviço do SUS, apenas 28,6% dos brasileiros usam-no exclusivamente. Os gastos no Brasil são majoritariamente incorridos pela família. O nível de procedimentos especializados e de média complexidade são um gargalo importante, diminuindo a eficiência da atenção básica como porta de entrada no sistema: neste nível o sistema é dependente de provedores privados já que não houve investimento na fase inicial do SUS e muitos municípios não têm serviços especializados. Há muita desigualdade espacial, com concentração nas grandes cidades, em função da rentabilidade dos prestadores privados (KERSTENETZKY, 2012).

Uma das questões centrais é que o sistema de proteção social brasileiro, e no seu interior o sistema de saúde tal como existe, foi construído calcado numa sociedade salarial com predomínio do mercado formal de trabalho, e como efeito do próprio processo de globalização, essa não é mais a realidade das sociedades contemporâneas, sejam elas do capitalismo central ou periférico (KERSTENETZKY, 2012)

Os obstáculos enfrentados ao longo da implementação do SUS, no que diz respeito ao seu financiamento, não são inerentes ao modelo de sistema de saúde em que ele se inspira, sendo, ao contrário, fruto de fatores extra setoriais relacionados às

políticas de ajuste macroeconômico que vinculam nada menos que a metade do gasto público ao pagamento das despesas com juros. Por sua vez, a saúde tem representado desde 2000 sempre menos de 17% do orçamento da Seguridade Social e cerca de 5% da despesa total efetiva federal, com o qual é realmente questionável a eficácia de qualquer política de contenção de gasto social frente à manutenção da atual magnitude da despesa financeira da União. Assim, o desafio é garantir o financiamento do SUS, criando um padrão de financiamento do setor, destacando o elemento complicador que é o aumento dos custos da atenção à saúde dados os progressos tecnológicos próprios à área (LIMA, 2005).

Há consenso entre vários analistas de que o financiamento tem sido o maior desafio para a efetivação do direito constitucional à saúde, e que politicamente tem sido conflituoso o processo de sua definição (LIMA, 2005). Um ponto importante a ser discutido é a respeito da flexibilização no uso de recursos provenientes de transferências federais. É insatisfatório o grau de discricionariedade dos gestores estaduais e municipais sobre a alocação dos recursos oriundos dessas transferências (LIMA, 2005).

A exclusão social não é temporária, mas estrutural, ela se transforma como algo mais que isso: como um fenômeno natural de ordem social e, nessa condição, objeto de políticas sociais focalizadas de alívio de pobreza tendo como um dos seus eixos articuladores a busca de inclusão social por meio de mecanismos de inserção social que independam do mercado de trabalho formal. Assim a busca da intersectorialidade pelo setor da saúde vincula-se ao objetivo de consolidar na sociedade uma nova concepção de saúde e maior eficácia dos serviços sobre os níveis de saúde da população, desta forma, passa a ser vista como um componente do conjunto maior de busca de inclusão social de vastos segmentos da população que não terão acesso ao mercado de trabalho (LIMA, 2005).

Para a concretização de uma seguridade social inclusiva e diferenciada em relação à saúde, é importante fortalecer o SUS por meio de uma porta única de entrada no sistema, impedindo que os beneficiários dos planos e seguros acessem apenas os serviços mais caros e que não estejam cobertos em seus planos, e o ressarcimento das prestações públicas aos beneficiários de serviços e planos privados. Além disso, eliminar a drenagem de recursos públicos da saúde para o setor privado por meio de renúncia fiscal no imposto de renda, não ressarcimento de

serviços prestados a beneficiários de planos e seguros, cobrança de serviços e medicamentos no SUS (FLEURY, 2008)

Constata-se o imenso avanço no engajamento da sociedade civil em arenas de participação da política pública da saúde. Mas, apesar dos grandes progressos em termos de democratização e politização da gestão pública, valores próprios de uma democracia republicana e pluralista moderna estão longe de permear o Brasil: atores políticos, agências executivas, gestores, organizações sociais e indivíduos mostram baixos índices de adesão à democracia. A desigualdade social e econômica, a pobreza e a miséria agravaram a permanência de relações assimétricas e autoritárias que, repercutem na maneira como as burocracias do Estado tratam a maioria dos indivíduos (LIMA, 2005).

Enfim, a principal patologia brasileira é a desigualdade social. A lentidão com que se desenvolveram políticas públicas como o SUS, para lidar com a desigualdade refletiu sua baixa prioridade em diversos projetos da saúde. Boa parte do período de construção do sistema de saúde foi dominada por governos não democráticos pouco atentos a direitos sociais equalizadores o que contribuiu para as diversas lacunas enfrentadas pela sociedade (KERSTENETZKY, 2012).

A desigualdade se expressa na possibilidade maior ou menor de efetivamente acessar os serviços de saúde, o que está relacionado à disponibilidade de recursos para organizar a oferta e às regras de acesso. Então, o foco para refletir sobre a desigualdade em saúde no Brasil deve ser a disponibilidade e a distribuição territorial dos gastos públicos, que sinalizam para a possibilidade maior ou menor de oferta de serviços. A garantia da atenção à saúde universal e integral envolve articulação e coordenação entre os entes federados (ARRETCHE, 2019).

Assim, se determinados programas de saúde trazem a discriminação das especificidades do fenômeno saúde/doença e dos grupos que este atinge, as políticas de saúde no seu conjunto devem estar articuladas e associadas a estratégias integradoras no interior do próprio setor da saúde bem como no interior do conjunto das políticas sociais de combate à exclusão e à desigualdade social (LIMA, 2005).

2.2 Assistência Farmacêutica

Abordaremos neste tópico a política de medicamentos. A base da política e a implantação de outras complementares, que dão hoje em dia suporte para tentativa de assistência integral à população quanto à acessibilidade aos tratamentos medicamentosos e ao uso racional dos medicamentos. Segundo a Organização Mundial da Saúde, depois da imunização contra as doenças comuns da infância, a utilização apropriada de medicamentos essenciais é um dos componentes de melhor relação custo-efetividade da Atenção Primária à Saúde (MINAS GERAIS, 2009).

O acesso a medicamentos pode ser considerado como ponto fundamental para garantia do direito à saúde. Segundo Vasconcelos (2017), A Assistência Farmacêutica e a política de medicamentos são campos de atuação do SUS. Em 1998 após um processo participativo a Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi aprovada e publicada em portaria. A PNM é baseada nos princípios e diretrizes do SUS, diretrizes e prioridades para balizar as ações das esferas de Governo no alcance do objetivo essencial da política. A efetividade da Assistência Farmacêutica como direito universal depende de sua integração nos serviços públicos de saúde, de modo a prover tanto o acesso aos medicamentos quanto às ações necessárias à promoção do uso racional. Entre as mudanças institucionais e normativas promovidas pela PNM é a descentralização. A partir de 1998 delega-se grande parte das responsabilidades da provisão de medicamentos ambulatoriais para os municípios, ficando a cargo destes a programação, a aquisição e a distribuição de medicamentos (MATOS, 2019).

A Lei Orgânica de Saúde nº 8080/90 assegurou entre os campos de atuação do SUS e execuções de ações de assistência terapêutica integral, incluindo farmacêutica e a formulação da política de medicamentos. O acesso universal, igualitário e integral da Assistência Farmacêutica requer: assistência ao usuário pelo SUS, conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos e diretrizes terapêuticas definidas em protocolos clínicos (VASCONCELOS, 2017).

A formulação da PNM foi motivada a partir de vários fatores: problemas na garantia de acesso da população aos medicamentos; problemas na qualidade dos medicamentos, uso irracional dos medicamentos, desarticulação da Assistência Farmacêutica e a desorganização dos serviços farmacêuticos. As principais diretrizes da política são a regulação sanitária de medicamentos, a promoção do uso racional de medicamentos, desenvolvimento científico e tecnológico, promoção da produção de medicamentos e a garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos (BRASIL, 2006).

Os marcos legais e a forma como a Assistência Farmacêutica foi incorporada ao SUS evidencia a relevância dada no âmbito da atenção à saúde, entretanto é necessário que a gestão seja eficaz, efetiva e eficiente (VIEIRA, 2010).

A Política de Medicamentos enfrenta desafios e fragilidades. Destaca-se entre as fragilidades a trajetória do subfinanciamento com a qual historicamente convivem ações e serviços públicos de saúde desde o advento do SUS e o desequilíbrio entre o gasto público e privado com medicamentos (VASCONCELOS, 2017).

Além de nortear ações relacionadas aos medicamentos a Política Nacional de Medicamentos tornou a Assistência Farmacêutica uma das atividades prioritárias à saúde, uma vez que passa a assumir caráter transversal. A Assistência Farmacêutica incorporou os princípios doutrinários da universalidade, integralidade e equidade (SOARES, 2020).

A Assistência Farmacêutica quando comparada à Assistência à Saúde, possui um sentido mais amplo e é composta pelo conjunto de procedimentos dirigidos de forma coletiva ou individual aos usuários dos serviços de saúde incluindo aqueles relacionados à atenção. Nesse sentido a Assistência Farmacêutica engloba atividades com o objetivo de promover o acesso e o uso racional de medicamentos essenciais à população, é uma importante ferramenta complementar das ações em saúde (SOARES, 2020).

Como política pública a Assistência Farmacêutica, iniciou em 1971 com a criação da Central de Medicamentos – CEME – que tinha como objetivo fornecer medicamentos à população que não possuíam condições financeiras para adquiri-los, restringindo assim, a aquisição e distribuição de medicamentos. (BRASIL, 1971).

A CEME foi responsável pela Assistência Farmacêutica no Brasil até 1997. A partir deste ano as atribuições e responsabilidades foram repassadas a diferentes setores do Ministério da Saúde (BRASIL 1997).

Diversas dimensões determinam o acesso aos medicamentos nos serviços pelos usuários, que incluem disponibilidade, acessibilidade geográfica, acomodação, aceitabilidade e capacidade econômica. A necessidade de viabilizar o acesso da população a medicamentos essenciais, seguros e eficazes surge como ponto fundamental da Política Nacional de Medicamentos, complementada pela Política Nacional de Assistência farmacêutica. O acesso aos medicamentos deve ser considerado na construção dos sistemas, serviços e programas de saúde (GUERRA, 2013).

A despeito da política de medicamentos, existem lacunas em termos de regulação sanitária, uso racional de medicamentos, serviços farmacêuticos clínicos, farmacovigilância, articulação entre as políticas instituídas e disponibilidade de medicamentos. Assim faz-se necessário uma discussão ampla sobre o assunto, para compreensão do caráter transversal e sistêmico da Assistência Farmacêutica.

2.1.2 Política Nacional de Assistência Farmacêutica

Um marco que é importante o destaque é a Primeira Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica que ocorreu em 2003, tendo como temas de discussão, o acesso, as políticas de medicamentos e a Assistência Farmacêutica, os recursos humanos do SUS, as políticas para ciência e tecnologia. A partir da Conferência foram construídas e aprovadas propostas de grande importância para a organização da AF no Brasil. Considerando as deliberações desta Conferência, foi publicada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (MINAS GERAIS, 2009)

A política Nacional de Assistência Farmacêutica foi aprovada por meio da Resolução CNS nº 338. De 6 de maio de 2004, num conceito de maior amplitude, na perspectiva da integralidade das ações, como uma política norteadora para formulação de políticas setoriais, tais como políticas de medicamentos, ciência e tecnologia, desenvolvimento industrial, formação de recursos humanos garantindo a intersectorialidade inerente ao SUS (BRASIL. 2006).

Segundo a Resolução CNS nº 338, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica deve englobar alguns eixos estratégicos a citar: a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, inclui, necessariamente, a Assistência Farmacêutica; manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS. Deve-se ter qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção e a descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a

superação da fragmentação em programas desarticulados. O desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos deve ter prioridade juntamente com a modernização e ampliação da capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, visando o suprimento do SUS e o cumprimento de seu papel como referências de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de fitoterápicos. Outro eixo importante é a pactuação de ações intersetoriais que visem à internalização e o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS, nos diferentes níveis de atenção; e implementação de forma intersetorial, e em particular, com o Ministério da Ciência e Tecnologia, de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico. É importante também que exista definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica e baseado no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País. E por fim a construção de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade; e estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde, incluindo os medicamentos. promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.

O financiamento da Assistência Farmacêutica é responsabilidade dos três gestores do SUS. O financiamento com recursos federais foi organizado em um bloco (Bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica). O bloco é regulamentado nos seus aspectos operacionais, por meio de portarias específicas. Os recursos financeiros do Ministério da Saúde são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais, estaduais e do Distrito Federal, com base nos valores e critérios estabelecidos. Os fundos de saúde são contas bancárias especiais, existentes nas três esferas de governo, para recebimento e movimentação financeira. Nessas contas são depositados todos os recursos destinados à saúde que somente podem ser utilizados em ações e serviços de saúde. Os fundos são instrumentos de gestão de

recursos que possibilitam ao gestor o planejamento e o acompanhamento das fontes de receitas (BRASIL, 2006).

O Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, destinado à aquisição de medicamentos para oferta à população, especialmente em serviços ambulatoriais do SUS, foi dividido em três componentes: 1. Componente Básico, para aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e daqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, por meio do repasse de recursos financeiros às secretarias municipais e/ou estaduais de saúde ou pela aquisição centralizada de medicamentos pelo Ministério da Saúde (esse componente foi regulamentado posteriormente). 2. Componente Estratégico, para financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos: a) controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; b) antirretrovirais do programa DST/Aids; c) sangue e hemoderivados; e d) imunobiológicos, sendo os medicamentos adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde. 3. Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS; até novembro de 2009, este componente era denominado Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional. Com a publicação da portaria GM/MS 2 981/2009 que altera a portaria GM/MS nº 204/2007 (20), passou a ser denominado Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Este componente é caracterizado pela busca da garantia de integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, com linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde. O acesso aos medicamentos para as doenças contempladas é garantido mediante a pactuação do financiamento entre a União, estados, Distrito Federal e municípios. Alguns medicamentos são adquiridos diretamente pelo Ministério da Saúde; para outros há repasse federal às secretarias estaduais de saúde para aquisição e dispensação dos medicamentos; e, por fim, há medicamentos sob a responsabilidade exclusiva dos estados, Distrito Federal e municípios (VIEIRA, 2010)

Observa-se que o modelo vigente de financiamento para o Componente Básico da Assistência Farmacêutica utiliza, de forma homogênea no país, um valor per capita, e não outros parâmetros que incorporem peculiaridades dos municípios, regiões e estados, conforme mantido até a última pactuação, em 2013. Um conjunto de ações

foi viabilizado, visando a apoiar os municípios no tocante à oferta de medicamentos nas unidades de saúde, mediante estratégias de apoio participativo e decisório em conjunto com gestores municipais. Dentre essas, destacam-se as compras centralizadas pelo Ministério da Saúde e por algumas Secretarias Estaduais de Saúde, a organização de consórcios municipais para aquisição compartilhada de medicamentos (COSTA, 2017).

Ainda, na oferta de medicamentos, as atividades relacionadas à seleção de medicamentos é uma medida relevante para a consolidação das Políticas de Saúde, em países desenvolvidos e em desenvolvimento. No caso brasileiro, o processo permanente de revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) exerceu papel fundamental na seleção de medicamentos e melhoria das condições de assistência farmacêutica ao usuário. Esse instrumento possibilitou ao país contar com listas ou relações de medicamentos, periódica e sistematicamente atualizadas, visando a orientar estados e municípios, prioritariamente no tocante ao processo de seleção de medicamentos para atendimento ao usuário. O processo se iniciou em 1964 e resultou em mais de 15 atualizações (COSTA, 2017).

A RENAME divide-se em 3 seções: Medicamentos usados em manifestações gerais de doenças; Medicamentos usados em doenças de órgãos e sistemas orgânicos e outros medicamentos e produtos para a saúde. Procura apresentar, sempre que possível, os medicamentos selecionados de acordo com a indicação clínica de forma a facilitar a busca para o prescritor. Apresenta, ao final, as análises realizadas para cada proposta de inclusão/exclusão de fármaco, com as evidências científicas existentes (ou não), de forma a tornar transparente seu processo decisório de seleção dos medicamentos. As atualizações da RENAME vêm seguindo as recomendações da OMS, em termos de periodicidade e na incorporação do paradigma da medicina baseada em evidências. As revisões passaram a ser feitas pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Comare), constituída por representantes do MS, de Universidades, de Conselhos Profissionais e de Gestores do Sistema Único de Saúde, de associações médicas e de representantes da sociedade civil organizada. As revisões da RENAME buscaram apresentar caráter transparente e participativo do processo decisório, com consulta à sociedade. É possível, a qualquer pessoa física ou jurídica propor de forma embasada, alterações à lista. Tenta garantir ausência de conflito de interesses, por parte dos membros da Comare, que assumiram o

compromisso de não ter qualquer relação remunerada com o setor produtivo privado ou dele auferir brindes, prêmios ou vantagens pessoais enquanto pertencente à Comare. Garante a possibilidade de convite a especialistas nacionais ou internacionais para a discussão de questões específicas. Estados e municípios têm elaborado suas listas de medicamentos essenciais, incluindo a atenção ambulatorial e hospitalar e respeitando as normas que definem os elencos e a pactuação de responsabilidades entre os entes federativos (DA SILVEIRA, 2010).

Atualmente, a Rename vigente serve como base para a seleção do elenco de referência para financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. É necessário considerar a Rename como parte de um processo maior, no contexto da multiplicidade de diretrizes e prioridades envolvidas na PNM, com ênfase nas responsabilidades das três esferas de governo que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) na promoção da melhoria do acesso da população brasileira aos medicamentos. A dimensão que toma a lista e seus desdobramentos no campo institucional tais como publicação, utilização, influência na prescrição e produção nacional, tem apresentado, no entanto, variações que podem ser, em parte, explicadas por interesses, inclusive privados, e sua influência na formulação da política de saúde (DA SILVEIRA, 2010)

2.2.3 Programa Rede Farmácia de Minas

Com a implantação da Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e outras deliberações do Ministério da Saúde tornou-se cada vez mais necessário garantir a Farmácia como unidade de apoio. Esse espaço é identificado como uma estrutura física que permite não somente a guarda correta dos medicamentos, mas também um espaço humanizado de atendimento aos usuários do SUS dotado de um sistema de informação eficiente aos interesses do conjunto de programas e ações de saúde. A partir daí surge as propostas para implantação do Programa Rede Farmácia de Minas (ANEXO A). (MINAS GERAIS, 2009).

O Programa Rede Farmácia de Minas foi criado em 2008 no Estado de Minas Gerais cuja estratégia é garantir adequada infraestrutura e assistência das farmácias, assim amplia-se o acesso e o uso racional de medicamentos. Um dos principais

objetivos do Programa é fortalecer o reconhecimento das Farmácias Comunitárias do SUS como estabelecimento de saúde (BARBOSA, 2017).

O Programa foi desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais por meio da Superintendência de Assistência Farmacêutica e implementada por meio da Resolução SES/MG 1416 de 21 de fevereiro de 2018. O Programa visa garantir o acesso aos medicamentos pela população por meio da organização da Assistência Farmacêutica no município (MINAS GERAIS, 2008).

Inicialmente o programa priorizou municípios com população inferior a 10.000 mil habitantes o que correspondia a 57,3% da população. Em 2009 contemplou municípios até 30.000 habitantes 78,5%, e em 2011 ampliou a todos municípios de Minas Gerais. Em 2013, já havia mais de 500 unidades do referido Programa inauguradas no Estado de Minas Gerais (GARCIA, 2017).

No Programa, a farmácia deixa de ser vista como uma estrutura física para guarda e distribuição de medicamentos e passa a ser considerado um local de atendimento humanizado aos usuários do SUS com entrega de medicamentos. Enfim, visa promover, proteger e recuperar a saúde tanto no nível individual quanto coletivo (MINAS GERAIS, 2009).

A justificativa para implantação do Programa é a evolução dos gastos com medicamentos pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e pelo Governo Federal nos últimos anos, a situação da infraestrutura das Farmácias do SUS e o papel da Assistência Farmacêutica na constituição das Redes de Atenção à Saúde.

Os medicamentos do Programa Rede Farmácia de Minas constam na Deliberação CIB- SUS/MG 1.392 de 20 de fevereiro de 2013 do Componente Básico, além de medicamentos adquiridos pelo próprio município, sendo outros pelo Estado e Ministério da Saúde (MINAS GERAIS, 2008).

O Programa Rede Farmácia de Minas é caracterizado por uma inovação de política pública, pois o programa busca abranger necessidades sociais ainda não atendidas, ou seja, garantir acesso a todos os medicamentos do SUS de forma humanizada e racional. A inovação de política pública permite analisar soluções políticas para demandas sociais, partindo do pressuposto que as instituições e as políticas sociais existentes não atendem a todas as demandas postas e vocalizadas. Assim, organizações, indivíduos promovem ações que buscam maneiras de atender necessidades sociais. São inovações porque se trata de ações inéditas em um dado lugar. (DOWBOR, 2018).

Neste contexto importante definir o conceito de política pública, que é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público; é uma orientação à atividade ou à passividade de alguém. Uma política pública possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta à um problema público, em outras palavras, a razão par ao estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou à resolução de um problema entendido como coletividade relevante. As políticas públicas podem fazer uso de diversos instrumentos para que as orientações e diretrizes sejam transformadas em ação. Políticas públicas tomam forma de programas públicos, como o programa rede Farmácia de Minas (SECCHI, 2010).

Depois do percurso pelas políticas públicas de saúde no Brasil, com destaque à política de assistência farmacêutica, passarei a explicitar o caminho metodológico da presente dissertação.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

Para os fins dessa dissertação, que se propõe a analisar a política de assistência farmacêutica através do Programa Rede Farmácia Minas, particularmente na microrregião de Unaí, realizei uma pesquisa qualitativa, tendo como técnicas principais a entrevista e a investigação documental. A produção de dados relacionada à pesquisa documental foi baseada na seleção de informações/documentos disponíveis em sítios eletrônicos de instituições como o Ministério da Saúde, a Anvisa, o Conselho Nacional de Saúde, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) e a Secretaria Estadual de Minas Gerais. Também foram realizadas entrevistas com farmacêuticos gestores do Programa nos municípios. Portanto, pode-se afirmar que a pesquisa tem cunho exploratório, para produzir mais dados sobre o objeto em foco. Além disso, utilizando a entrevista, esta, permite produzir dados descritivos na linguagem dos próprios sujeitos, sendo possível abordar ideias sobre a maneira como os sujeitos interpretam o mundo (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Minha graduação é em farmácia e uma das minhas especializações é em gestão de assistência farmacêutica. Sou servidora pública desde 2008, da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais ano da implantação do Programa Rede Farmácia de Minas, hoje estou lotada na coordenação de assistência farmacêutica na gerencia

regional de saúde de Unaí, MG, sede da microrregião de saúde no noroeste mineiro. A coordenação de assistência farmacêutica tem o papel de auxiliar na gestão das farmácias municipais do SUS da microrregião, que são atualmente 12 farmácias. Acompanho o andamento do Programa desde a implantação, e a partir de conversas informais e até durante reuniões de trabalho com os farmacêuticos, despertei o interesse em entender e identificar melhor os gargalos e limitações que o Programa enfrenta e também as conquistas. Em 2021, surgiu a oportunidade de cursar o mestrado em Ciência Sociais e com isso a possibilidade de realizar essa pesquisa.

As entrevistas realizadas para a pesquisa foram do tipo semiestruturada, portanto foi utilizado um roteiro com perguntas abertas e com certos direcionamentos a temas específicos, para abarcar um espectro de situações. O entrevistador deixa o entrevistado à vontade e falar abertamente, com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier. O investigador apenas reencaminha a entrevista para os objetivos, sempre que o entrevistado se afastar. Segundo Boni e Quaresma (2005), a principal vantagem deste tipo de entrevista é combinar perguntas abertas e fechadas, a partir das quais, ao se perceber que algum assunto necessita de mais atenção ou uma explicação mais detalhada, o pesquisador poderá intervir e conseguir essas informações.

A entrevista foi guiada por um roteiro pré estabelecido composto por oito perguntas. Estas, abordaram de modo geral o perfil da rede de saúde, o programa Farmácia de Minas e as limitações do acesso. A entrevista foi realizada de duas formas: presencial e por modalidade remota, sete farmacêuticos foram entrevistados por via remota, foi utilizado um aplicativo para ligação com vídeo, e o outro farmacêutico foi entrevistado em seu local de trabalho presencialmente. Os oito farmacêuticos foram entrevistados em datas diferentes.

Os farmacêuticos entrevistados foram dos seguintes municípios que fazem parte da jurisdição da Gerência Regional de Saúde: Buritis, Bonfinópolis, Formoso, Natalândia, Paracatu, Riachinho, Uruana e Unaí. Para manter o anonimato os nomes das/dos farmacêuticas/os entrevistadas/os, utilizarei nomes fantasia.

As entrevistas foram iniciadas com perguntas sobre os dados pessoais dos farmacêuticos: nome, idade, raça, e o tempo de atuação na assistência farmacêutica. Logo em seguida, foi solicitado a descrição do município, o número de habitantes, se possui características urbanas ou rurais, e como funciona a rede de saúde. Após a descrição, as perguntas foram sobre o programa, quando e como começou, as

avaliações quanto aos fluxos de trabalho e as limitações. E por fim, questionou-se sobre quais mudanças do ponto de vista dos farmacêuticos seriam viáveis para melhorias na assistência. A tabela 2 descreve o resumo das entrevistas. (ANEXO C)

Em relação ao perfil dos farmacêuticos entrevistados é variado, segue tabela com as informações:

Tabela 1 – Perfil de farmacêuticos entrevistados

| Município de atuação | Gênero | Idade | Tempo de atuação na Assistência Farmacêutica |
|----------------------|-----------|---------|--|
| Buritis | Feminino | 45 anos | 25 anos |
| Bonfinópolis | Feminino | 31 anos | 7 anos |
| Formoso | Feminino | 50 anos | 24 anos |
| Natalândia | Feminino | 37 anos | 12 anos |
| Paracatu | Feminino | 39 anos | 2 anos |
| Riachinho | Masculino | 36 anos | 6 anos |
| Uruana | Masculino | 42 anos | 11 anos |
| Unaí | Feminino | 35 anos | 10 anos |

3.1 Contextualização da Microrregião de Unaí

Apresentaremos aqui a política de assistência farmacêutica na microrregião de Unaí através do Programa Farmácia de Minas.

Têm-se implantadas Farmácias de Minas em quase todos os municípios mineiros, sendo que o foco deste estudo é o desenvolvimento do Programa na microrregião de saúde de Unaí, Minas Gerais. Unaí é um município situado na região sudeste do país, e segundo os dados do IBGE referentes ao ano de 2018 tem população estimada em 83.806 habitantes.

Microrregião de saúde é uma base territorial de planejamento de atenção secundária à saúde, com capacidade de oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade, e excepcionalmente de alguns serviços de alta

complexidade. Deve ser constituída por um conjunto de municípios contíguos que estão adscritos a um município de maior porte (município polo). Em síntese, a microrregião acumula os elencos da atenção básica e secundária (MINAS GERAIS, 2020).

A microrregião de saúde de Unaí é localizada no noroeste do estado de Minas Gerais. Composta por 12 municípios e com estimativa populacional em 2020 de 274.324 habitantes, o território é o maior entre as microrregiões do Estado em extensão territorial (IBGE 2020, MINAS GERAIS 2020).

Figura 1 – Apresentação cartográfica da Microrregião de Saúde de Unaí – MG, 2020



Fonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2020

O recorte do espaço territorial mineiro em macro e microrregiões é uma proposta de construção e organização das redes de atenção à saúde. Não se trata apenas de uma distribuição geográfica, mas fundamenta-se no arranjo de sistemas funcionais e resolutivos, que garantam a integralidade da assistência e o acesso da população, norteando o planejamento, a operacionalização e os investimentos para possibilitar o direcionamento equitativo da implementação das políticas públicas e

intervenções coordenadas, visando o desenvolvimento local (FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2020)

Esta divisão no Estado, como forma de integração entre os sistemas municipais e entre os diversos níveis de atenção, configura uma rede microrregional de atenção à saúde. Isso implica que os gestores de saúde tenham, além de sua responsabilidade sanitária pelo território municipal, uma responsabilidade comum, articulada e solidária, pelos demais níveis de atenção da microrregião, numa espécie de cogestão, e devem promover a organização do fluxo da demanda e a oferta dos serviços de forma a facilitar o acesso dos usuários aos demais níveis (MALACHIAS, 2010)

Unaí, portanto, é município polo, pois exerce força de atração sobre os municípios vizinhos, por concentrar determinado volume de oferta de serviços de saúde, especialmente na assistência especializada, com potencial de expansão, numa condição de atender, além do seu próprio município alguns outros.

Para atender aos municípios da microrregião em Unaí foi implantada a Gerência Regional de Saúde. A gerência tem por finalidade garantir a gestão da saúde nas regiões do Estado, assegurando a qualidade de vida da população. Compete à Gerência: implantar as políticas estaduais de saúde em âmbito regional e assessorar a organização dos serviços de saúde na região (MINAS GERAIS, 2019).

As Gerências Regionais de Saúde são subordinadas à Secretaria Estadual de Saúde. Os processos de trabalho são divididos em áreas temáticas e a Assistência Farmacêutica está inserida na área temática de Políticas e Ações de Saúde. As atribuições da Assistência Farmacêutica são garantir o acesso aos medicamentos à população, a adesão ao tratamento e o uso racional. As 12 Farmácias Municipais da microrregião de saúde estão subordinadas a Farmácia da Gerência Regional de Saúde que gerencia a distribuição de medicamentos e presta suporte.

Nas Farmácias municipais os usuários tem acesso a medicamentos que são prescritos para diversos tipos de agravos. O estabelecimento conta com um responsável técnico, o farmacêutico que realiza toda a gestão de estoque destes medicamentos e a assistência farmacoterapêutica aos indivíduos que buscam o acesso.

O Programa Farmácia de Minas possibilita o suporte através de suas diretrizes para os fluxos de trabalho nas Farmácias municipais, entretanto, observam-se críticas ao Programa principalmente em relação ao não alcance de todos e também pelas faltas constantes de itens da lista de medicamentos disponibilizados. Sabe-se que

existe um subfinanciamento no SUS que conseqüentemente afeta os recursos disponibilizados para o abastecimento de medicamentos, mas este não é o único entrave para a assistência ideal. Assim, o objetivo deste trabalho é identificar através da percepção dos farmacêuticos os gargalos que impedem uma maior abrangência ao acesso aos medicamentos, ou seja, o alcance do princípio da universalidade.

Enfim, a meta da pesquisa é gerar informações resultantes que possam orientar as ações propostas pelo Programa.

4 A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA PRÁTICA

Os 12 municípios pertencentes a microrregião de saúde de Unaí são: Arinos, Buritis, Bonfinópolis, Cabeceira Grande, Chapada Gaúcha, Dom Bosco, Formoso, Natalândia, Paracatu, Riachinho, Uruana, Paracatu. As/os farmacêuticos que participaram das entrevistas para a pesquisa residem e são responsáveis técnicas/os em Buritis, Bonfinópolis, Formoso, Natalândia, Paracatu, Riachinho, Uruana e Paracatu.

Todas/os as/os entrevistadas/os ressaltaram pontos positivos do Programa. Um ponto fundamental ressaltado foi a estruturação da assistência farmacêutica, já que antes não existia nos municípios uma unidade física exclusiva para dispensação de medicamentos. Com o Programa, os usuários passaram a ter atendimento avaliado como mais humanizado. Assentos para aguardo do atendimento, sala privativa para atendimento personalizado com o farmacêutico, ambiente de acordo com as normas da vigilância sanitária para guarda segura dos medicamentos. A estruturação física foi um dos pontos positivos de maior relevância. Outro ponto positivo foi a obrigatoriedade de ter o profissional farmacêutico como responsável e gestor do Programa, a partir daí, o usuário pode contar com um profissional qualificado para assistir e acompanhar a farmacoterapia dos indivíduos e administrar toda a gestão de entradas e saídas de medicamentos, preservando estoques seguros para atender as demandas dos municípios. Estes pontos desencadeiam a outros ganhos, que é o abastecimento de medicamentos que contemple as necessidades da população, provendo assim a manutenção da saúde e evitando outros gastos públicos com a atenção secundária e terciária, como internações, e outros procedimentos de alta complexidade.

Mencionaremos a seguir algumas peculiaridades dos municípios e alguns entraves que foram mencionados. Discuto esses entraves relacionando com o tamanho da população e distância dos municípios dos grandes centros urbanos.

Gestão da informação

Buritis fica localizado a 211 km de Brasília-DF, possuindo 32.383 habitantes de acordo com o último censo do IBGE 2010. Situa-se a 97 km a Norte-Leste de Unaí, sede da microrregião de saúde. Segundo Elaine, farmacêutica entrevistada, em

relação a rede de saúde, o município consegue assistir à população referente a atenção básica de forma satisfatória, demandas que requerem alta complexidade são encaminhadas para Unaí. O município fez adesão ao programa Rede Farmácia de Minas em 2018, até então tem conseguido atender a demanda por medicamentos da população. Uma das queixas relatadas pela farmacêutica municipal é em relação ao sistema de informação utilizado em Buritis e em todo o estado de Minas Gerais que é o SIGAF (sistema de gerenciamento de assistência farmacêutica). Elaine relata que o sistema é falho na emissão de relatórios importantes para gerenciar o serviço na farmácia.

O SIGAF foi criado em 2008, junto com o programa Rede Farmácia de Minas com a necessidade melhorar a gestão da informação para melhor controlar o fluxo de bens e serviços. A melhoria da gestão da informação do programa teria, principalmente, as funções de articular os serviços profissionais de saúde com o uso racional de medicamentos, programar a aquisição de medicamentos (de acordo com dados epidemiológicos), avaliar a cobertura e a demanda, garantir as boas práticas do setor, manter cadastro de usuários e prescritores, visualizar a movimentação financeira e realizar estudos fármaco-epidemiológicos e farmacoeconômicos. O SIGAF tornou-se o principal recurso integrado de tecnologia de informação utilizado, permitindo cadastrar pacientes, gerir estoques, realizar controle de dispensação, programar medicamentos, realizar pedidos de medicamentos, visualizar movimentações financeiras, produzir relatórios gerenciais, dentre outras funções (CARLO, 2019).

A farmacêutica do município de Formoso, Larissa, durante a entrevista também se queixou do SIGAF. Formoso é o município mais distante da sede de Unaí, são 258 km entre os municípios. Segundo o IBGE possui 9.810 habitantes, que moram predominantemente na zona rural. Formoso foi um dos primeiros municípios do estado de Minas Gerais a aderir ao Programa Rede Farmácia de Minas em 2009, desde então mantém a mesma farmacêutica responsável técnica. Quanto à assistência a população a farmacêutica entende que são bem atendidos, dentro do que é preconizado no SUS, a população consegue ter acesso. São atendidos com comodidade e de forma humanizada.

Outro município que também aderiu ao programa em 2009 foi Bonfinópolis de Minas, este possui 5.397 habitantes. Bonfinópolis fica a 140 km de Unaí. A farmacêutica responsável durante a entrevista, relatou que considera que o programa

funciona adequadamente, e que a população é bem atendida em relação as demandas de medicamentos. A queixa é semelhante à da farmacêutica de Formoso, que é em relação ao SIGAF, a farmacêutica considera o sistema lento o que atrapalha os atendimentos. Entretanto é importante considerar a questão de acesso a internet, em alguns municípios descritos nesta pesquisa, o acesso é limitado, sofre interferências o que prejudica o trabalho, então muitas vezes não é falha no sistema, mas sim questões relacionadas a conexão.

A queixa em relação ao SIGAF foi citada por quase todos os farmacêuticos entrevistados.

Valores/recursos para aquisição de medicamentos e logística de entrega

Riachinho fica a 182 km de Unaí e possui 8132 habitantes. O farmacêutico da cidade, Naldo Mendes citou questões em relação aos recursos para aquisição de medicamentos, e julga que o recurso financeiro vindo do Estado não é suficiente.

O financiamento para a aquisição de medicamentos do componente básico (medicamentos que são distribuídos no Programa Farmácia de Minas), é feito por meio de repasse de recursos financeiros às secretarias municipais e/ou estaduais de saúde ou pela aquisição centralizada de medicamentos pelo Ministério da Saúde (Vieira, 2010).

A aquisição destes medicamentos é regido pela deliberação CIB-SUS MG n 3043 de 13 de novembro de 2019, que aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico. Esta portaria estabelece como responsabilidade dos Estados para execução o financiamento do valor mínimo de R\$2,36. Mas, o estado de Minas Gerais estabeleceu por meio da referida Deliberação que o financiamento da sua contrapartida para o Componente básico é de R\$3,00 per capita/ano. A contrapartida estadual para aquisição de medicamentos é repassada em seis parcelas bimestrais. Os recursos anuais destinados à execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica são calculados sobre a população estimada pelo censo da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para primeiro de julho de 2019.

Ainda sobre a questão econômica do Programa, o estudo de Garcia (2017) diz que a produção direta dos serviços pelo setor público em uma rede própria pública mostrou-se economicamente mais favorável que a terceirização dos serviços para o

setor privado. A vantagem econômica no setor público está diretamente relacionada à sua capacidade de atendimento de pacientes. O que demanda atenção é a baixa produtividade das unidades, o que afeta diretamente o custo médio dos serviços prestados, podendo inverter os resultados. Segundo o autor, o investimento em um modelo público integrado com os princípios e as diretrizes do SUS se apresenta em condições adequadas para garantir assistência farmacêutica integral e universal aos usuários. A avaliação econômica comparando os Programas Farmácia Popular do Brasil e Rede Farmácia de Minas encontrou maior eficiência na alternativa de aplicação dos recursos diretamente na rede pública (GARCIA, 2017).

Além das queixas em relação aos valores repassados para compra de medicamentos, alguns farmacêuticos entrevistados reclamaram dos atrasos na entrega dos medicamentos. A farmacêutica de Natalândia, Daniela, relatou que os atrasos são constantes, e fica difícil realizar as programações, acarretando faltas de alguns itens e conseqüentemente desabastecimento. Natalândia, também foi um dos primeiros municípios a aderir ao Programa em 2009. Possui 3.306 habitantes, fica a 260 km de Brasília e 85 km de Unaí. A farmacêutica acredita que a logística de distribuição é falha, por isso que os atrasos acontecem. A distância da capital mineira (Belo Horizonte) local onde os medicamentos saem, e o município também pode ser um fator que contribui, pois são 600km. O farmacêutico de Uruana, Carlos, também queixou dos atrasos nas entregas dos medicamentos. Cita que é preciso um melhor alinhamento dos fornecedores que distribuem os medicamentos, nem sempre acontece como o previsto. Uruana aderiu ao programa em 2012, Carlos, explica que antes de existir o estabelecimento físico da Farmácia de Minas, a dispensação dos medicamentos acontecia nos PSF's (antigo programa da atenção básica, "programa saúde da família"). Assim como Uruana, essa realidade era comum nos demais municípios, medicamentos entregues em unidades de saúde que não possuíam o profissional farmacêutico para acompanhar e assistir os usuários nas terapias com medicamentos. Como descrito nos capítulos anteriores o Programa Farmácia de Minas foi idealizado para a construção de um estabelecimento de saúde padronizado para dispensação e assistência farmacêutica, com gestão do profissional farmacêutico.

Gestão municipal e processos de trabalho

Os municípios maiores da microrregião são Unaí e Paracatu. Unaí é a sede da microrregião, possui 85.461 habitantes e a distância de Belo Horizonte são de 600km. A farmacêutica Bianca, está como referência na Farmácia de Minas do município desde 2020, relata que enfrenta dificuldades de executar o serviço devido a gestão municipal de saúde. Segundo Bianca, a atual secretária municipal de saúde não visualiza a assistência farmacêutica como prioridade, assim, o trabalho é negligenciado, não existe apoio e suporte para execução dos trabalhos, sente que a população fica prejudicada. A farmacêutica disse durante a entrevista que se houvesse um olhar direcionado para o programa como existe para ESF (estratégia da saúde da família) os fluxos de trabalho seriam melhor entregues. Bianca, acredita que poderá existir mudanças, somente quando mudar a gestão municipal. Paracatu, diferente de Unaí, segundo relato da farmacêutica, Teresa Silva, possui apoio da gestão municipal e a assistência farmacêutica é valorizada.

Paracatu possui 93.862 habitantes e a distância entre Belo Horizonte e o município são 506 km. Paracatu possui uma rede de saúde que consegue atender bem a população, não somente a assistência farmacêutica. Nos últimos meses, com o apoio do governo municipal, a farmacêutica conseguiu implantar alguns protocolos para atendimento de medicamentos que não são padronizados no SUS, e que o município com recurso próprio consegue arcar. A queixa da farmacêutica em relação ao estado é a falta de clareza na comunicação com o município, por exemplo, não é explicado pelo Estado como deve ser executado o serviço, e assim atrapalha os andamentos e prejudica o usuário que é o ator principal. Ressalta-se que essa falta de clareza na comunicação é citada também por outros farmacêuticos durante as entrevistas. A farmacêutica destaca um ponto que considera importante a ser citado, que para melhoria dos processos na assistência farmacêutica deve existir conscientização dos prescritores. Estes profissionais devem ser constantemente capacitados para que realizem prescrições condizentes com o que é disponibilizados pelo SUS, para que assim o ciclo de assistência farmacêutica seja concluído adequadamente, e o usuário contemplado como deve ser.

Valorização do Farmacêutico

A maioria dos farmacêuticos entrevistados relataram a falta de valorização do profissional. De acordo com as falas dos entrevistados, o farmacêutico que trabalha para o serviço público municipal é visto como coadjuvante, não possui autonomia para tomada de decisões. É perceptível na visão dos entrevistados que médicos, enfermeiros, fisioterapeutas são mais valorizados, pois possuem participação na gestão, e em alguns municípios são melhores remunerados. Os programas que estes profissionais atuam também são vistos com maior destaque, como a Estratégia da Saúde da Família. Existem reivindicações corriqueiras em relação a remuneração, a possibilidade de gratificações, mas alguns governos municipais não acatam. Essa questão gera frustração e desmotivação, pois alguns farmacêuticos demonstram interesse em tentar outras possibilidades na carreira, onde podem ser melhor vistos. O município assim perde mão de obra qualificada e não consegue manter a rotina de trabalho, pois é demorado para que outro profissional entenda todo o processo, o que causa prejuízo aos usuários.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o farmacêutico tem um papel relevante a cumprir no sistema de saúde, devido ao seu conhecimento técnico na área dos medicamentos. Podemos observar que essa realidade não se faz presente, pois o profissional farmacêutico ainda não obteve o reconhecimento merecido perante os gestores e a sociedade. Esse fato pode ser explicado porque o medicamento talvez seja visto como simples mercadoria. O papel do farmacêutico como assessor do medicamento, na equipe de saúde, como estabelecido pela OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde) é dificultado nas condições vigentes da unidade de saúde, pois o modelo é centrado na consulta médica e na divisão social do trabalho em saúde. Neste caso, cada profissional tem a sua posição parcelar na cadeia de cuidados ao doente. Essa situação parece estar relacionada à falta de apoio estrutural para o trabalho, talvez como um reflexo do lugar político que os farmacêuticos ocupam nas secretarias de saúde frente a outras categorias profissionais. Os destaques na maioria das vezes são para os médicos e enfermeiros (ARAÚJO, 2008)

A atuação do farmacêutico no setor público de saúde é muito recente. Na década de 1980, era possível encontrar farmacêuticos nas farmácias centralizadas do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e em

ambulatórios de saúde mental, que respondiam pelos medicamentos controlados. Nas Secretarias Estaduais de Saúde havia farmacêuticos ligados a Vigilância Sanitária e quase nunca relacionados a Assistência Farmacêutica. Apesar dos avanços, a integração do farmacêutico nos sistemas de saúde ainda está longe das necessidades (BOVO, 2016).

Em 2002, publica-se o documento Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, que revela aspectos fundamentais da posição social ocupada pelo profissional farmacêutico no Brasil. Nele foram elencadas dificuldades que os farmacêuticos encontram em sua prática profissional e que, apesar de terem se passado mais de dez anos desde então, permanecem atuais. A primeira dificuldade relatada é a crise na identidade do profissional e em consequência a falta de reconhecimento social e sua pouca inserção na equipe multiprofissional de saúde. Outros pontos citados são sobre as deficiências na formação, excessivamente tecnicista – o que gera um descompasso entre a formação dos farmacêuticos e as demandas dos serviços de atenção à saúde. Outra questão pontuada foi sobre as práticas profissionais que são desconectadas das políticas de saúde e de medicamentos, com priorização de atividades administrativas em detrimento da educação em saúde e orientação sobre o uso de medicamentos. E enfim, problemas na implantação da Assistência Farmacêutica, incluindo definição de mecanismos e instrumentos para sua organização (OLIVEIRA, 2017).

Hoje há várias publicações de novas legislações que reestruturam o papel do farmacêutico na assistência farmacêutica. Mas apenas isto não basta para o farmacêutico ter seu trabalho reconhecido pela sociedade, gestores públicos e demais profissionais da área de saúde, ele deve ter uma posição ativa para colocar em prática a filosofia do cuidado farmacêutico na sua rotina diária. O farmacêutico dentro do SUS enfrenta inúmeros problemas como já descrito, mas destaca-se o excesso de atividades administrativas e relacionadas a gestão de medicamentos, que afastam o profissional do contato direto com o paciente, falta de investimentos em recursos humanos, tecnológicos e estrutura física das Farmácias, além da sensibilização dos gestores municipais e membros da equipe de saúde para importância desta prática e seus benefícios (ANGONESI & SEVALHO, 2010)

Para a conquista da valorização do farmacêutico é importante a capacitação. As novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia foram construídas para formar o farmacêutico que contemple todas as demandas em

relação a gestão e assistência. O artigo 4º dessas diretrizes prescreve que a formação do farmacêutico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades, que são: atenção à saúde, tomada de decisão, comunicação, liderança, administração e gerenciamento, educação permanente e ensino. A proposta das diretrizes é que estas competências e habilidades gerais, ao lado de um elenco de competências e habilidades específicas, contemplem as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra referência e o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde (BERGSTEN-MENDES, 2008).

No contexto atual, percebe-se a emergência da discussão sobre o papel profissional do farmacêutico, na qual órgãos da categoria defendem como atribuição privativa desse profissional a dispensação de medicamentos e a concretização do seu lugar como profissional de saúde (OLIVEIRA, 2017).

A maioria das farmacêuticas entrevistadas são do gênero feminino, algo que é importante destacar, pois a mulher a cada dia ocupa espaços importantes na sociedade, e a profissão farmacêutica não é diferente. Foram entrevistados oito profissionais, desses 75% são mulheres. Segundo Serafim (2015), historicamente na profissão farmacêutica a maioria é feminina, tanto no Brasil como no mundo, já que 67,5% das pessoas formadas em farmácia no Brasil são mulheres.

Pode-se dizer que a presença concentrada de mulheres em profissões associadas a cuidados está relacionada a valores culturais e divisão de responsabilidades de acordo com uma sociedade patriarcal (OLIVEIRA, 2015).

A profissão farmacêutica se iniciou como uma profissão dominada pela presença masculina, realidade que apenas começou a se alterar no final do século XIX e início do século XX. A Associação Farmacêutica Americana apenas aceitou a participação de uma mulher pela primeira vez no ano de 1882 e, embora as conquistas da época sejam relevantes para a história da mulher, estas foram facilitadas pelo fato de a profissão farmacêutica ser consistente com o ideal doméstico relacionado a imagem feminina, não representando exatamente uma quebra de padrões. Apesar das mulheres terem obtido posição de relativa equidade na educação farmacêutica durante o período de 1870 a 1940, suas perspectivas na profissão permaneciam inferiores devido a incredibilidade que as atingia (GALLAGHER, 1989).

Bonaventura (2020) analisa o processo de institucionalização da profissão farmacêutica em São Paulo, no período de 1895 a 1917, destacando o papel feminino.

As mulheres compunham 25% dos formados na Escola de Farmácia de São Paulo, fundada em 1898, se destacando dentre outras instituições de ensino superior da época. Elas ocuparam distintos espaços, sendo donas de farmácias e produtoras de medicamentos, mesmo num contexto em que eram postas à margem nas instituições de ensino. As mulheres atuaram como “preparadoras” na Escola e, posteriormente, ascenderam a professoras, criando espaços de fala, atuação e ensino separados da Medicina, ao construir uma identidade profissional específica. Esse processo de institucionalização se fez por meio de diversas controvérsias (como, por exemplo, se a farmácia era uma profissão científica ou comercial) e também da necessidade de alianças com outros profissionais, como os próprios médicos.

A partir da análise de Bonaventura (2020) percebe-se a relevância de se atentar às questões de gênero, que estiveram presentes nas instituições farmacêuticas. O status subordinado da profissão farmacêutica em relação à medicina poderia ter propiciado um ambiente favorável à formação de mulheres na profissão. Outro ponto é que a presença de mulheres nessa profissão estaria relacionada ao seu desprestígio, principalmente quando comparada à medicina.

Destaca-se que além da presença das mulheres na gestão da Assistência Farmacêutica Municipal, as mulheres também são maioria entre os trabalhadores das unidades de dispensação de medicamentos, cuja escolaridade predominante é o nível médio (técnico ou auxiliar). Há inúmeras explicações à presença hegemônica das mulheres na força de trabalho em geral, entre as quais se destaca o aumento das mulheres na sociedade e na universidade. A intensificação da participação das mulheres no mercado de trabalho também se deve ao fato de ser uma mão de obra mais barata e que aceita trabalhar em condições precárias. Nesse contexto, a literatura chama atenção para a polarização das trabalhadoras brasileiras, em que, num extremo, estão profissionais com formação superior e salários relativamente elevados para o conjunto das trabalhadoras, e no outro extremo, mulheres com baixa qualificação, com salários baixos e tarefas de menor reconhecimento social. No setor saúde, as “funções tipicamente femininas”, ou histórica e socialmente identificadas como “próprias das mulheres”, acabam explicando a presença majoritária das mulheres como enfermeiras, nutricionistas, psicólogas, farmacêuticas, assistentes sociais e parteiras. Contudo, já se observa a inserção das mulheres em redutos dos homens, como a medicina. De fato, observa-se a expansão da participação feminina em carreiras universitárias masculinas, como, por exemplo, medicina, odontologia e

medicina veterinária; e a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho do setor saúde, em que já representa mais de 70% da força de trabalho. Entre os profissionais de nível médio, a tendência à feminização parece mais forte, representando 86,9% dos técnicos e auxiliares de enfermagem (CARVALHO, 2017).

Em relação as queixas sobre a valorização da profissão farmacêutica, a maioria das mulheres entrevistadas foram as que relataram. Os homens não citaram essa questão. Como citado acima, ser visto como coadjuvante e não ter autonomia para tomada de decisões junto a gestão municipal é o principal entrave para que os fluxos de trabalho aconteçam da melhor forma possível. Seria esperado que profissões com maior representatividade feminina, como a farmácia apresentassem resultados de maior igualdade ou até mesmo de privilégio feminino, mas esta não é a realidade. Pode-se notar que, independente da profissão farmacêutica ser historicamente mais comum entre as mulheres, fatores relacionados ao gênero ainda possuem força no mundo profissional. A maior concentração feminina na profissão mascara a situação, causando uma falsa impressão de igualdade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados desta pesquisa, considera-se que o Programa Rede Farmácia de Minas ajuda a universalizar a assistência farmacêutica. Como foi destacado, é um programa inovador, pois além de ampliar o acesso promove o uso adequado dos medicamentos, expande os serviços de Atenção Básica e contribui para otimizar recursos públicos.

As e os farmacêuticas/os entrevistadas/os destacaram que desde a implantação do Programa, com a construção das unidades nos municípios contemplados, observaram que os usuários são bem assistidos, na medida em que a presença em tempo integral do profissional farmacêutico oportuniza essa assistência. O farmacêutico praticando a atenção farmacêutica contribui para o uso racional de medicamentos, promovendo a manutenção da saúde do usuário, evitando internações desnecessárias, procedimentos hospitalares de alto custo, e conseqüentemente evita-se a sobrecarga do sistema. O acompanhamento farmacoterapêutico de qualidade é um dos maiores ganhos vindo do programa, o cuidado farmacêutico em conjunto com os demais profissionais como os médicos, enfermeiros, nutricionistas agrega ao sistema excelência.

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, no ano de 2022 cerca de 200 mil usuários foram beneficiados em todo o estado. A média de atendimentos dos municípios maiores pesquisados com Unai e Paracatu são de 100 usuários por dia, o que demonstra a amplitude do acesso.

Destacam-se alguns pontos que podem interferir na universalização da assistência farmacêutica no estado de Minas Gerais, com destaque na microrregião de saúde de Unai, que foi nosso foco de estudo.

A partir da importância do farmacêutico no Programa, a questão da valorização do farmacêutico é citada inúmeras vezes nas entrevistas. A maioria das gestões municipais destaca e valoriza financeiramente outros profissionais, e a discrepância desmotiva o farmacêutico, pois o trabalho é importante tanto quanto os demais, pois sem a gestão e a assistência deste profissional desencadeia falhas em outras áreas da saúde. O profissional para ser valorizado, segundo os farmacêuticos entrevistados, deve ter autonomia em tomadas de decisões, e ter um plano de carreira com gratificações justa ao papel que exerce no município, além de constantes

capacitações para aprimorar o serviço prestado. Destaca-se que as farmacêuticas entrevistadas foram as que queixaram desta falta de valorização, apesar de serem a maioria das entrevistadas, pode-se considerar que o gênero pode influenciar nesta pontuação. Historicamente as mulheres sempre foram a maioria nas faculdades de farmácia, mas isso diante dos relatos não significa que elas tenham representatividade significativa perante aos gestores municipais. Esforços são contínuos por parte das farmacêuticas para que mudanças aconteçam, exemplo é a participação nos Conselhos de Saúde para que possam ter espaço de fala. Esta falta de valorização pode interferir no princípio de integralidade, sendo que sua realização depende de fomento à equipe multiprofissional na rede de atenção à saúde.

Outro ponto que é importante considerar que contribui na universalização da assistência farmacêutica é o acesso aos medicamentos. Hoje as faltas dos itens não causam tanto impacto, os relatos são que quando há falta de medicamentos, o município com recursos próprios consegue arcar e cobrir os itens faltantes, assim a população consegue ser assistida.

Um dos entraves na assistência é a questão da logística de distribuição dos medicamentos. Belo Horizonte é o ponto de partida da distribuição dos itens para todos os municípios do estado, a microrregião de saúde de Unaí, fica em torno de 600km de distancia, assim o percurso é longo, o que pode causar atrasos nas entregas. A compra de medicamentos devido a questões burocráticas, pode ser demorada o que também contribui com os atrasos. Outro ponto é a falta de capacitação dos profissionais envolvidos na gestão de aquisição de medicamentos o que pode contribuir com as lacunas visualizadas na assistência.

A responsabilidade dos gestores estaduais em capacitar e dar suporte aos farmacêuticos municipais é outro entrave citado por vários farmacêuticos entrevistados. Muitas vezes os farmacêuticos não tem as devidas orientações quando legislações são publicadas pelo estado, isso contribui para falsos entendimentos no processo e atrapalhando assim os fluxos de trabalho. Como foi destacado, o sistema usado na gestão do Programa, SIGAF, é um entrave, pois os farmacêuticos não possuem suporte necessário para manuseio do sistema, justificando assim as inúmeras queixas. Ao mesmo tempo em que há reclamações é um sistema que veio auxiliar na gestão de forma prática e acessível não somente aos farmacêuticos, mas a toda equipe colaboradora do Programa. Informatizar em tempos atuais é seguro para que o serviço aconteça com os menores erros possíveis. A gestão estadual, por

sua vez, não consegue atender a essas demandas de capacitação por não ter recursos humanos suficientes e qualificados para replicar as informações. O estado de Minas Gerias possui 856 municípios, é um estado muito grande e com várias e crescentes demandas.

Os farmacêuticos também esperam dos gestores municipais condições para prover capacitações e atualizações dos profissionais para que o programa seja executado da melhor forma e tenha resultados esperados.

Enfim, o saldo parece ser positivo, de acordo com os farmacêuticos entrevistados, a população é bem atendida dentro das possibilidades. Na lista padronizada do SUS há medicamentos contemplados para a maioria das doenças crônicas que acometem os cidadãos, como hipertensão, diabetes, asma e dislipidemia, além da assistência em agravos transmissíveis que requerem o uso de antimicrobianos e antivirais. Muitas vezes o cidadão vá a unidade da Farmácia de Minas em busca de um medicamento que não é padronizado pela Atenção Básica, mas por falta de informação, não sabe que existem outros programas relacionados a assistência farmacêutica que contemplam agravos mais complexos, por exemplo doenças degenerativas, que necessitam de medicamentos de alto custo. O usuário por não portar desta informação culpa a gestão municipal e o farmacêutico pela falta de assistência. Assim, cabe ressaltar a importância e a necessidade de uma constante educação em saúde, replicando para a população a partir de palestras, visitas domiciliares que a atenção farmacêutica conta com o Programa Rede Farmácia de Minas e outros programas que contemplam um arsenal considerável para a assistência.

Conclui-se que existem melhorias visíveis e resultados na implantação do Programa: a melhoria do acesso assistência farmacêutica, que antes era negligenciada pelos gestores municipais; o uso correto e coerente dos medicamentos; diminuição dos desperdícios e usos desnecessários. A humanização do atendimento merece destaque, pois depois da implantação do Programa, o ato de entregar um medicamento passou ser algo além, pois há um dialogo e um cuidado maior com o usuário.

Observa-se que os esforços devem ser constantes tanto dos profissionais farmacêuticos quanto dos gestores municipais, pois o foco no usuário e não do medicamento, ainda representa um grande desafio a ser vencido, apesar de todos os avanços descritos.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Tarcísio et al. **Avaliando um conceito inovador de Assistência à Saúde: “O Programa Rede Farmácia de Minas”**. *Revista de gestão de sistemas de saúde*. V. 6, 2017.

ANGONESI, D, G. SEVALHO, G. **Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro**. *Ciência & saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, 2010

ARAUJO, Aílson da Luz André de et al. **Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva* 13, 2008

ARRUDA, Dyego de O. e SANTOS, Caroline O. **As políticas públicas e os corpos subalternizados em tempos de pandemia: reflexões a partir da implementação do auxílio emergencial no Brasil**. *Ciências Sociais UNISINOS*, vol. 56, n. 2, 2020

ARRETCHE, Marta. et al. **As políticas das políticas: desigualdade e inclusão nos governos do PSDB e do PT**. São Paulo. Editora Unesp, 2019

BARBOSA, Mariana Michel et al. **Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017.

BERGSTEN-MENDES, Gun. **Uso racional de medicamentos: o papel fundamental do farmacêutico**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, p. 569-571, 2008.

BONAVENTURA, Isabella. **Profissão Farmacêutica Em São Paulo: Prática Científica, Ensino e Gênero, 1895-1917**. NED-New edition, SciELO – Editora FIOCRUZ, 2020.

BOVO, F et al. **Atenção Farmacêutica: papel do farmacêutico na promoção da saúde**. Biosaúde, v.11, n.1, p 43-56, 2016.

BRAVO, Maria Inês Souza: **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2011

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS 338/2004**. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de medicamentos**. Brasília, DF, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. Organização do texto: Juarez de Oliveira. 4 ed São Paulo: Saraiva, 1990. 168 p (Série Legislação Brasileira)

BRASIL. **Decreto nº 2.283 de 24 de julho de 1997**. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências. Diário oficial República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1997.

BRASIL. **Decreto nº 68.806 de 25 de junho de 1971**. Dispõe sobre a Criação da Central de Medicamentos - CEME.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Básico. **Farmácia Popular do Brasil. Ampliando o acesso aos medicamentos**. Brasília, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, 2006.

CARLO, Cristian Correna et al. **A regionalização da assistência farmacêutica de Minas Gerais e a estratégia de logística de descentralização da aquisição de medicamentos básicos para o SUS**. *Revista Economia e Políticas Públicas*, v. 7, n. 1, p. 51-76, 2019.

CARVALHO, Marselle Nobre, et al. **Força de trabalho na assistência farmacêutica da atenção básica do SUS**, Brasil. *Revista de Saúde Pública* 51, 2017.

COSTA KS, Tavares NUL, Nascimento Júnior JM, Mengue SS, Álvares J, Guerra Junior AA et al. **Assistência farmacêutica na atenção primária: a pactuação interfederativa no desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS)**. *Rev Saude Publica*. 5, 2017.

DA SILVEIRA, Carvalho da Silva Alves; DE ARAÚJO CALFO, Marcela. **A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename): a seleção de medicamentos no Brasil**. 2010.

DOWBOR, Monika; Carlos, Euzeneia; Albuquerque, Maria do Carmo. **As origens movimentistas de políticas públicas: proposta analítica aplicada às áreas de criança e adolescente, direitos humanos e saúde**. Lua Nova [en linea]. 2018.

FLEURY S. Seguridade social, um novo patamar civilizatório In: DANTAS, B.; CRURÊN E.; SANTOS, F.; LAGO, G. Ponce de Leon. (Org.). **A Constituição de 1988: o Brasil 20 anos depois – Os cidadãos na carta cidadã**. 1ª ed. Brasília: Senado Federal, Instituto Legislativo Brasileiro, 2008.

FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Índice Mineiro de responsabilidade Social – IMRS**. Belo Horizonte, 2020.

GALLAGHER, Teresa Catherine. **From Family Helpmeet to Independent Professional: Women in American Pharmacy, 1870-1940**. In: American Institute of the History of Pharmacy. *Pharmacy in History*. V. 2. Madison, 1989.

GARCIA, Marina Morgado, Guerra, Augusto Afonso e Acúrcio, Francisco de Assis. **Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017.

GUERRA Jr & ACÚRCIO, F. **Políticas de Medicamentos e Assistência Farmacêutica** In **Medicamentos: Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia** / Francisco de Assis Acúrcio (org). Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades**. c2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>, 2018

KERSTENETZKY, Célia Lessa. **O Estado do bem-estar social na idade da razão: A reinvenção do estado social no mundo contemporâneo**. Rio de Janeiro: Elsevier 2012

LIMA, NL. Et al. Orgs. **Saúde e Democracia história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005.

MATTOS, Leonardo et al. **Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular: a visão de gestores de esferas subnacionais do Sistema Único de Saúde**. *Saúde e Sociedade* [online]. 2019.

MALACHIAS, I.; LELES, F. A. G.; PINTO, M. A. S. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2010.

MENICUCCI, T, and GOMES, S. **Políticas Sociais: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2018.

MENICUCCI, T: **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória** – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007

MINAS GERAIS. **Rede Farmácia de Minas. Uma Estratégia para Ampliação do Acesso e Uso Racional de Medicamentos no SUS**. Belo Horizonte: 2009.

MINAS GERAIS. **Decreto nº47.769, de 29 de novembro de 2019**. Dispõe sobre a organização da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de, Marluce Maria Araújo Assis, and André René Barboni. **Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à atenção básica à saúde.** *Ciência & Saúde Coletiva* 2010

OLIVEIRA, Naira Villas Boas et al. **Atuação profissional dos farmacêuticos no Brasil: perfil sociodemográfico e dinâmica do trabalho em farmácias e drogarias privadas.** *Saúde e Sociedade*. 2017, v.26, n4.

OLIVEIRA, Flávia Danielle Santos. **Liderança e gênero: estilos, estereótipos e percepções masculinas e femininas.** 2015. 142 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Administração, Departamento de Ciências Administrativas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2015.

SECCHI, Leonardo. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos.** São Paulo: Cengage Learning 133 (2010)

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. Subsecretaria de Gestão Regional. **Ajuste do Plano Diretor de Regionalização de Saúde de Minas Gerais (PDR/MG).** 1. ed. Belo Horizonte: SES-MG, 2020.

SERAFIN, Claudia; CORREIA JÚNIOR, Daniel; VARGAS, Mirella. **Perfil do farmacêutico no Brasil:** Relatório. Brasília, DF: Conselho Federal de Farmácia, 2015

SOARES, Leticia Santana da Silva, Brito, Evelin Soares de e Galato, Dayani **Percepções de atores sociais sobre Assistência Farmacêutica na atenção primária: a lacuna do cuidado farmacêutico.** *Saúde em Debate* [online]. v. 44, n. 125, 2021.

VASCONCELOS, Daniela Moulin Maciel de et al. **Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil.** *Revista Panamericana de Salud*, v. 27, n. 2, p. 149–156, 2010.

ANEXO A

IMAGENS DAS UNIDADES FARMÁCIA DE MINAS



ANEXO B

PROPOSTA DE PERGUNTAS PARA ENTREVISTA

Para os farmacêuticos:

- 1- Nome. Idade. Raça/cor. Cidade de residência. Quanto tempo de atuação na Assistência Farmacêutica?
2. Descreva o município em que atua: população, características (se é mais urbano ou rural), como é a rede de saúde.
3. Como começou o programa no seu município?
Como funciona o programa?
4. Consegue Como avalia que está sendo implementada a Política?
5. O Estado consegue atender as demandas relacionadas ao Programa?
6. A população é realmente atendida?
7. Quais as limitações visualizadas na execução do Programa?
8. Quais mudanças seriam viáveis para melhoria dos fluxos de trabalho?

Para os usuários:

- 1- Como é a prestação de serviços?
- 2- Consegue ter acesso aos medicamentos necessários?
- 3- Como usuário do Programa, se sente lesado?

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Meu nome é Camila Araújo Camilo, sou mestranda no Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – área de concentração: Políticas e Práticas Sociais, meu orientador é a professora Laura Cecilia López e o (a) convido a participar como voluntário da minha pesquisa.

Faço uma pesquisa cujo título é: **Farmácia de Minas, alcance dos princípios da universalidade da política de acesso à medicamentos, da população da microrregião de Unaí.**

O objetivo da pesquisa é analisar a eficácia do Programa Farmácia de Minas na microrregião de Unaí de acordo com a Política Pública de Assistência Farmacêutica. A justificativa do trabalho é identificar as possíveis lacunas do Programa Farmácia de Minas, e assim identificar se o Programa consegue assistir adequadamente os usuários.

Para coleta de dados para a realização desta pesquisa, serão feitas entrevistas de aproximadamente 40 minutos com os gestores farmacêuticos inseridos no Programa Farmácia de Minas do Sistema Único de Saúde (SUS). Os dados coletados a partir das entrevistas realizadas serão utilizados para fins de estudo, e na construção da dissertação a ser apresentada para fins de conclusão do mestrado, podendo serem publicados em artigos científicos. A pesquisa é importante e relevante no contexto que vivemos de crise. A partir das contribuições, serão identificadas as limitações do Programa e assim será possível construir ferramentas para que os farmacêuticos juntamente com os gestores públicos possam desenvolver um trabalho de melhor acesso à Assistência Farmacêutica. A pesquisa possui riscos mínimos, mas caso gere desconforto ao responder as questões, a participação poderá ser interrompida a qualquer momento.

A identidade do/a entrevistado será preservada, pois não serão divulgados nomes ou informações que possam identificar os/as envolvidos/as e/ou local (is) da pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados apenas para fins de investigação; e o/a participante pode desistir do estudo a qualquer momento, sem prejuízo algum. O/a participante sempre poderá obter informações sobre o andamento da pesquisa e/ou

seus resultados por meio de e-mail: camilaaraujocamilo@hotmail.com e/ou telefone (38) 99905 7918.

Eu, _____, declaro para os devidos fins que, em ___/___/___, após conversa com o pesquisador responsável, seguida da realização da leitura acerca do conteúdo da pesquisa, tomei conhecimento sobre os propósitos, finalidades do estudo, do caráter voluntário de minha participação e que posso desistir de participar a qualquer momento, sem, no entanto, acarretar prejuízo ou dano de qualquer natureza. Estando ciente dos possíveis riscos, que são mínimos, e do caráter confidencial e anônimo de minha participação, autorizo o acesso aos meus dados coletados. O presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será assinado em duas vias pela pesquisadora responsável, sendo uma cópia destinada a mim (participante) e a outra a pesquisadora.

Saliento que não receberei remuneração e tampouco terei que arcar com despesas para participar nesta pesquisa, tendo em vista o caráter espontâneo do meu consentimento. Fica, portanto, assegurado que, mediante comunicação prévia à pesquisadora responsável, posso retirar-me da pesquisa a qualquer momento e por qualquer razão.

_____, _____ de _____, de _____
(Local e data)

(Assinatura do/a entrevistado/a acima identificado)