

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

**A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O SEU PROCESSO DE
REORIENTAÇÃO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES:
AVANÇOS E DESAFIOS**

VITÓRIA(ES)
2013

FABIANE LIMA SIMÕES

**A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O SEU PROCESSO DE
REORIENTAÇÃO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES:
AVANÇOS E DESAFIOS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Espírito Santo, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador:
Prof^o. Dr^o. Túlio Alberto Martins de Figueiredo

VITÓRIA(ES)
2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

S593a Simões, Fabiane Lima, 1970-
A assistência farmacêutica e o seu processo de reorientação
no município de Vitória/ES : avanços e desafios / Fabiane Lima
Simões. – 2013.
202 f. : il.

Orientador: Túlio Alberto Martins de Figueiredo
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde pública - Administração. 2. Política de saúde -
Assistência farmacêutica - Vitória (ES). 3. Política farmacêutica. I.
Figueiredo, Túlio Alberto Martins de. II. Universidade Federal do
Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

FABIANE LIMA SIMÕES

***A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O SEU PROCESSO DE REORIENTAÇÃO NO
MUNICÍPIO DE VITÓRIA/ES: AVANÇOS E DESAFIOS***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 26 de março de 2013.

COMISSÃO EXAMINADORA

**SUBSTITUIR ESTA
PÁGINA PELA
IMPRESSA ORIGINAL
ASSINADA**

AGRADECIMENTOS

Agradecer! Como agradecer sem esquecer-me de todas as pessoas que foram e continuam sendo importantes na minha história de vida? Será impossível fazer todos os registros de agradecimentos nesta etapa de minha vida – o mestrado – pois esta caminhada começa muito antes...

Em primeiro pensamento agradecer a **DEUS!** Agradecer **À VIDA**, importância de tudo. Nunca me abandonaste! Obrigada por permitir que meu desejo e esforço de estar neste mestrado pudessem contribuir para que eu merecesse chegar até aqui.

A meu companheiro **Alexandre**, meu “porto seguro”, um carinho especial, que sempre me apoiou e esteve a meu lado. A você, todo o meu amor! Obrigada por compreender minhas ausências, amenizar as minhas angústias e incentivar a minha caminhada. Te amo, Alex!

A minha irmã **Tati** e cunhado **Rodrigo** por, mesmo de longe, torcerem para que tudo desse certo.

Às minhas sobrinhas **Letícia**, **Amanda** e **Júlia**, todo carinho e amor pelos momentos descontraídos das brincadeiras de criança, do amor incondicional, tornando a caminhada mais suave, quando em algum momento julguei ser muito difícil e duro continuar...

Ao meu cunhado **Leandro** e minha sempre aluna **Carol**, por acreditarem no meu potencial e torcerem comigo para que tudo desse certo.

A minha sogra **Vera** que sempre torceu por mim, com muita alegria e carinho.

Aos meus **pais queridos**, dedico todo este projeto! Vocês sempre acreditaram em mim. Se não fosse por vocês... A vocês reservo uma dedicatória especial.

Aos meus colegas de trabalho da Unidade de Saúde Thomaz Tommasi, um muito obrigada especial! Por me apoiarem e incentivarem, por serem companheiros e torcerem por todo sucesso deste mestrado.

A **Cristiana, Christina, Larissa, Sabrina e Fernanda**, que compartilharam comigo a grande alegria de estar no mestrado, sempre colaborando e me incentivando. Obrigada!

Aos meus colegas diretores, **Cátia, Rejane, Paulo, Thienne, Andréia, Viviani e Marisa** por toda compreensão, por todo carinho, pela torcida e por me apoiarem nos momentos mais difíceis.

Ao então Secretário de Saúde de Vitória, **Luiz Carlos Reblin**, por apostar na minha capacidade de trabalho, compreender meus momentos de participação e, sobretudo agradecer a oportunidade de fazer parte da equipe da SEMUS.

Aos **colegas da SEMUS**, que direta ou indiretamente contribuíram disponibilizando dados, oficinas, palestras, informações, carinho, preocupação, compreensão...

Aos estudantes dos cursos de graduação do Centro de Ciências da Saúde por permitirem a troca de experiências, principalmente com o curso de Farmácia.

Aos professores **Thiago, Rita Gonçalves, Mariana, Luciane, Mirian, Angélica** por me convidarem a transitar por suas disciplinas.

Aos professores do PPGSC por todos os momentos juntos e por me apresentarem um novo mundo através de suas disciplinas e do convívio diário.

Ao meu orientador, agradecimento especial e à parte.

Aos meus colegas do Grupo Rizoma – Saúde Coletiva e Instituições, por me proporcionarem experienciar outros sentidos e por descortinarem a minha alma.

Às amigas **Helena e Tânia**, quanto compartilhamos neste Mestrado! E o quanto aprendemos, discutimos, negociamos e amadurecemos. Chegamos finalmente.

Aos meus colegas de turma, quanta energia! Tantas experiências... Olhares diversos, pontos de vista interessantes, tantas histórias... Uma homenagem a cada um de vocês, por suas histórias de vida e luta.

Aos professores **Rita Gonçalves, Rita Lima, Tadeu e Francis**, por aceitarem participar de minha banca de avaliação.

A professora **Maria Angélica** por muito contribuir em minha banca de qualificação.

Aos colegas Farmacêuticos **Mariana, Silvio Machado e Maria José (Zezé)** por me receberem com muito carinho e atenção. Vocês são muito importantes para o fortalecimento da profissão farmacêutica.

Ao **Anselmo Tozi** e ao **Francisco** (Chiquinho) por me acolherem em todos os contatos e momentos.

A **Cinara** e a todos os funcionários do PPGSC que se dedicaram operando a retaguarda do trabalho para que tudo desse certo.

A **Giany**, minha querida professora de inglês, muito obrigada pelo carinho.

A **Fernanda Scopel**, por ter colaborado comigo na correção dos textos. Tenho muito orgulho de você!

A todas as pessoas que transitaram durante o período do Mestrado, nos bastidores, na retaguarda, na linha de frente. Obrigada por tudo!

A todos os colegas profissionais Farmacêuticos que contribuíram para o processo de reorientação da Assistência Farmacêutica no município de Vitória (ES) e tiveram no seu cotidiano de trabalho o desejo de torná-la realidade.

DEDICATÓRIA AOS MEUS PAIS

ELES VIVEM ...

Ante os que partiram, precedendo-te na Grande Mudança, não permitas que o desespero te ensombre o coração.

Eles não morreram. Estão vivos.

Compartilham-te as aflições, quando lastimas sem consolo.

Inquietam-se com a tua rendição aos desafios da angústia, quando te afastas da confiança de DEUS.

Eles sabem igualmente quanto dói a separação.

Conhecem o pranto da despedida e te recordam as mãos tementes no adeus, conservando na acústica do Espírito as palavras que pronunciaste, quando não mais conseguiram responder às interpelações que articulaste no auge da amargura.

Não admitas estejam eles diferentes ao teu caminho ou à tua dor.

Eles percebem quanto te custa a readaptação ao mundo e à existência terrestre sem eles e quase sempre se transformam em cirineus de ternura incessante, amparando-te o trabalho de renovação ou enxugando-te as lágrimas quando tateias a lousa ou lhes enfeita a memória perguntando por que...

Pensa neles com saudade convertida em oração.

As tuas preces de amor representam acordos de esperança e devotamento, despertando-os para visões mais altas da vida.

Quando puderes, realiza por eles as tarefas em que estimariam prosseguir.

Se muitos deles são teu refúgio no mundo, para muitos outros deles és o apoio e o incentivo para a elevação que se lhes faz necessária. Quando te disponhas a buscar os entes queridos domiciliados no Mais Além, não te detenhas na terra que lhes resguarda as últimas relíquias da experiência no plano material...

Contempla os céus em que mundos inumeráveis nos falam da união sem adeus e ouvirás a voz deles no próprio coração, a dizer-te que não caminharam na direção da noite, mas sim ao encontro de novo despertar.
(EMMANUEL, *psicografia de Francisco Cândido Xavier do livro "Retornaram Contando" – Edição: IDE*)

A minha querida mãe, Maria de Lourdes (*in memorian*), que me deu a oportunidade de existir. Nenhuma palavra poderá expressar tamanha gratidão. Saudades... Mesmo não estando mais entre nós, tenho certeza que sempre torceu e acreditou em mim. A você mãe, muito obrigada, eternamente!

A você, meu pai Manoel (*in memorian*), que preferia sempre ser chamado de "Neneco", todo o meu agradecimento e consideração. Sempre acreditando que eu poderia chegar mais longe... Ainda presente entre nós, comemorou comigo a aprovação no Mestrado! Muitas saudades..., mas cheguei ao final, pai!

O conforto vem com a certeza de que vocês estão mais próximos do que a minha visão mortal um dia ousou alcançar e o meu sucesso será sempre o sucesso de vocês. AMO VOCÊS SEMPRE!!!

COM AFETO, AO MEU ORIENTADOR

Querido Túlio,

Dizer que admiro e gosto de você é muito pouco, porque uma amizade como a nossa merece mais, merecia ser descrita no infinito para que todos pudessem entender o que realmente ela representa na vida de cada um de nós. Não sei se **declaro**, **homenageio** ou **agradeço**.

Se eu fosse **declarar**, diria que sem você em meu caminho não haveria tantas coisas a contar. Se fosse **homenagear** você, gostaria de lhe oferecer o brilho das estrelas e o caminho do calor do sol e você ficaria muito mais consciente desse meu gesto. Mas prefiro **agradecer**, agradecer a Deus por sua amizade, dizer a ele que foi o melhor presente que recebi em minha vida, que você é realmente um ser iluminado que consegue trazer ao mundo um grande carisma e um grande companheirismo, você representa com nobreza a palavra amizade.

(Autor desconhecido)

A caminhada só foi possível porque você permitiu que eu compartilhasse de seus ensinamentos, recebesse a sua generosidade e praticasse a paciência.

Obrigada por fazer parte de minha vida!!!

BIOGRAFIA

Fabiane Lima Simões, filha de Manoel Antônio Correa Simões (*in memoriam*) e Maria de Lourdes Lima Simões (*in memoriam*), nasceu em 24 de novembro de 1970 na cidade de Vitória – ES. Em 1992, graduou-se em Farmácia na Faculdade de Farmácia e Bioquímica do Espírito Santo – FAFABES, situada no centro da Cidade de Vitória – ES, posteriormente incorporada à Universidade Federal do Espírito Santo, e ainda neste mesmo ano integrou o quadro de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Guarapari – ES. Nessa secretaria atuou como Farmacêutica na gerência da Assistência Farmacêutica Municipal, desligando-se em 1995. Em 1994, aperfeiçoou-se em Farmácia Hospitalar pela FAFABES. Em 2002, especializou-se em Planejamento Educacional pela Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO, em Niterói – RJ. De agosto de 2005 a setembro de 2006 ocupou o cargo de Secretária Municipal de Saúde de Guarapari – ES. De abril de 2007 a setembro de 2007, ocupou o cargo de Secretária Municipal de Saúde de Viana – ES. Em 2007, integrou o quadro de profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória – ES, assumindo a direção da Unidade de Saúde da Família Thomaz Tommasi (Bairro do Bonfim) até a atualidade. Em 2008, especializou-se em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde pela Escola Superior São Francisco de Assis – ESFA, Santa Tereza – ES. Em 2010, especializou-se em Gerência de Unidades Básicas de Saúde do município de Vitória – ES. Em 2011, iniciou o Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo. Defendeu sua dissertação em 26 de março de 2013.

RESUMO

Vitória, enquanto capital do estado do Espírito Santo, é uma referência para os demais municípios no tocante ao processo de reorientação da Assistência Farmacêutica. É sobre esse objeto - a Assistência Farmacêutica e sua reorientação local -, que se trata este estudo realizado com Gestores municipais e Gerentes da Assistência Farmacêutica no período de 1998 a 2012. O objetivo deste estudo, que contou com a participação de três Gestores e três Gerentes, foi analisar em uma perspectiva Sócio-Histórica a institucionalização da Assistência Farmacêutica no município e seu subsequente processo de reorientação. Como dispositivos de produção de material, foram utilizados a observação documental, entrevistas e diário de pesquisa. No trabalho de campo a observação documental foi o ponto de partida e o estudo empírico se deu através de entrevistas semiestruturadas seguidas de apontamentos no diário de pesquisa. A análise do estudo se deu à luz da Análise Institucional na perspectiva sócio-histórica, como propõe Savoye e o relatório foi de inspiração cartográfica. O estudo evidenciou que o município de Vitória é vanguardista no processo de organização da Assistência Farmacêutica no Brasil, cumprindo com as diretrizes mínimas do referido processo, mantendo atualizada a sua Relação de Medicamentos Essenciais e, enquanto na maioria dos municípios brasileiros o Farmacêutico é um profissional de referência municipal e até regional, em nosso contexto o mesmo está presente em quase todos os serviços - unidades básicas de saúde, centros de referência, pronto atendimento, vigilância sanitária - que compõem a Rede Municipal de Saúde. Como desafios, o estudo apontou que, apesar do nível de excelência no cumprimento às diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, questões de estrutura física das farmácias que compõem os serviços e educação permanente comprometem a implementação plena da atenção farmacêutica ao usuário do Sistema Único de Saúde. Para os Gestores e Gerentes entrevistados, à revelia das mudanças político-partidárias no período em estudo, uma convergência de fatores favoráveis - reestruturação organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, normas locais na Assistência Farmacêutica, informatização dos serviços e a efetivação de

Farmacêuticos através de vários concursos ao longo do período – tornou possível antecipar em parte o modelo nacional de reorientação da Assistência Farmacêutica de tal forma que, quando da Implantação da Política Nacional de Medicamentos, em 1998, o município já cumpria com quatro das oito diretrizes contidas naquela política. Portanto, o processo de institucionalização da Assistência Farmacêutica em Vitória esteve pautado no esforço coletivo dos atores envolvidos – Gestores e Gerentes – que incorporaram no seu cotidiano de trabalho o desejo de torná-la uma realidade.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Gestão em Saúde. Aspectos Históricos.

ABSTRACT

Vitória, Capital of Espírito Santo State, is a reference to other municipalities regarding the process of reorientation of Pharmaceutical Assistance. It is concerning this object - the Pharmaceutical Assistance and its local reorientation – that this study was conducted with municipal administrators and Pharmaceutical Assistance managers between 1998 and 2012. Thus, the aim of this study, which included the participation of three administrators and three managers, was to analyze on a Socio-Historical perspective, the institutionalization of Pharmaceutical Assistance in the county and its subsequent reorientation process. As devices of material production it was used documental observation, interviews and research diary. During field work, the starting point was the documentary observation and the empirical study was conducted through semi-structured interviews followed by notes in the research diary. The survey analysis was made in light of Institutional Analysis in the perspective of Savoye and the report was of cartographic inspiration. The study showed that the city of Vitoria is avant-garde in the process of organizing the Pharmaceutical Assistance in Brazil, complying with the minimum guidelines of that process, keeping updated its List of Essential Medicines and, while in most Brazilian cities, the pharmacist is a professional of municipal and even regional reference, in our context this professional is present in almost all services - primary health care, referral centers, emergency rooms, health surveillance – which involve all the municipal healthcare system. As a challenge, the study pointed out that, despite the level of excellence in attending the guidelines of National Drug Policy, the physical structure of pharmacies that compose the services and continuing education, compromise the full implementation of pharmaceutical care to the users of the Unified Health System. For the administrators and managers interviewed, except for the political changes during the study period, a convergence of favorable factors - organizational restructuring of the Municipal Health Office in Vitória, local standards in Pharmaceutical Assistance, computerization of services and the acquisition of new pharmaceuticals through contests over the perio - made possible the anticipation of the national model of

reorientation of Pharmaceutical Assistance so that when the Implementation of the National Drug Policy in 1998 came up, the municipality had already complied four of the eight guidelines contained in that policy. Therefore, the process of institutionalization of Pharmaceutical Care in Vitoria was ruled by a collective effort of the involved ones - administrators and managers – who have incorporated in their daily work, a wish to turn it a reality.

Keywords: Pharmaceutical Assistance. Health Management. Historical Aspects.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Ciclo da Assistência Farmacêutica _____	39
Figura 2. Inserção das práticas farmacêuticas no contexto da política de saúde _____	154
Figura 3. Regiões Administrativas, Vitória/ES, 2013 _____	100
Figura 4. Distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade, Vitória/ES, 2000 a 2010 _____	101
Figura 5. Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Espírito Santo, 2011 _____	110
Figura 6. Desenho da Regionalização da Saúde no município de Vitória/ES, 2011 _____	112
Figura 7. Chefes de Estado da República Federativa do Brasil e Ministros de Estado da Saúde, 1990 a 2002 _____	124
Figura 8. Governadores e Secretários da Saúde do Estado do Espírito Santo, 1991 a 2002 _____	128

Figura 9. Prefeitos de Vitória/ES, 1993 a 2004	129
Figura 10. Presidentes da República Federativa do Brasil e Ministros de Estado da Saúde, 1999 a 2006	133
Figura 11. Governador e Secretários de Saúde do Estado Espírito Santo, 2002 a 2003	135
Figura 12. Prefeito Municipal de Vitória/ES, 2001 a 2004	136
Figura 13. Presidentes da República Federativa do Brasil e Ministros de Estado da Saúde, 2003 a 2014	142
Figura 14. Governador e Secretários de Saúde do Estado do Espírito Santo, 2007 a 2014	143
Figura 15. Prefeitos de Vitória/ES, 2005 a 2012	145
Figura 16. Capa da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de Vitória/ES, publicada em 1998	154

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Principais atos legais no período de 1970 até o final da década de 1980 _____ **92**
- Tabela 2.** Principais atos legais da década de 1990 – contexto da reorientação da Assistência Farmacêutica _____ **92**
- Tabela 3.** Pessoas de 10 anos ou mais de idades alfabetizadas e taxa de alfabetização por sexo, Vitória/ES, 2010 _____ **102**
- Tabela 4.** Indicadores de saneamento, Vitória/ES, 2004 a 2008 _____ **103**
- Tabela 5.** Resumo dos Indicadores de desenvolvimento de Vitória/ES _____ **104**
- Tabela 6.** Ranking das capitais no Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) por Grupo Homogêneo 1 _____ **106**
- Tabela 7.** Equipamentos públicos em saúde, evolução da rede de atendimento, Vitória/ES, 2004 – 2012 _____ **117**

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASF	Associação Brasileira das Secretarias de Finanças das Capitais
AF	Assistência Farmacêutica
AI	Análise Institucional
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMERJ	Associação Médica do Rio de Janeiro
AMS	Assembleia Mundial de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
A3P	Agenda Ambiental de Administração Pública
BRASILCORD	Banco de Sangue e Cordão Umbilical e Placentário
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi-AD	Centro de Atenção Psicossocial Infantil Álcool e Drogas
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CCZ	Centro de Controle de Zoonoses
CDH	Conselho de Direitos Humanos
CEME	Central de Medicamentos
CESAN	Companhia Espírito Santense de Saneamento
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMB	Comissões de Medicamentos Básicos
CME	Centro Municipal de Especialidades
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNMAF	Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CPMF	Contribuição Provisória sobre Transmissão ou Movimentação de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira
CPTT	Centro de Atenção e Tratamento ao Toxicômano
CRAI	Centro de Referência em Atenção ao Idoso
CRDST	Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis
CVSA	Centro de Vigilância em Saúde Ambiental
CRST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
ENAFPM	Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos

ES	Espírito Santo
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETSUS	Escola Técnica e Formação Profissional em Saúde
FENAFAR	Federação Nacional dos Farmacêuticos
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
FIRJAN	Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro
FMI	Fundo Monetário Internacional
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
GAF	Gerência de Assistência Farmacêutica
GERUS	Gerência de Unidades Básicas de Saúde
HEMOBRÁS	Empresa Brasileira de Hemoderivados do Brasil
HIV	Human Immunodeficiency Vírus
HPM	Hospital da Polícia Militar
HUCAM	Hospital Universitário Antônio Cassiano de Moraes
IBAS	Fórum de Diálogo Brasil, Índia e África do Sul, abreviado para IBAS
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSUS	Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde
IF	Institucionalização Fundadora

IFGF	Índice Firjan de Gestão Fiscal
INAMPS	Instituto Nacional Médico e Previdência Social
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
IPMF	Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira
LCM	Laboratório Central Municipal
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LGBTTT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Normal Operacional em Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAN	Partido dos Aposentados da Nação

PAPS	Pronto Atendimento Praia do Suá
PASP	Pronto Atendimento São Pedro
PC do B	Partido Comunista do Brasil
P&D	Pesquisa e Desenvolvimento
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDT	Partido Democrático Trabalhista
PFB	Programa Farmácia Básica
PFL	Partido da Frente Liberal
PHS	Partido Humanista da Solidariedade
PIB	Produto Interno Bruto
PMV	Prefeitura Municipal de Vitória
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PÓLIS	Instituto de Estudos, Formação e Assessoria em Políticas Sociais
POS	Plano Obrigatório de Saúde
PPA	Plano Plurianual
PPB	Partido Socialista Brasileiro
PPGSC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PSB	Partido Socialista Brasileiro

PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PT	Partido dos Trabalhadores
PTB	Partido Trabalhista Brasileiro
PV	Partido Verde
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RMGV	Região Metropolitana da Grande Vitória
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
S-H	Sócio-Histórica
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SINASC	Sistema de Informação Sobre Nascidos Vivos
SOBRAVIME	Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos
SOE	Serviço de Orientação ao Exercício
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRIPS ou ADPIC	Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UNICEF	United Nations Children's Fund
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA E A SUA REORIENTAÇÃO – UMA LEITURA SOB O SIGNO DO INSTITUCIONALISMO	27
1.1 APRESENTAÇÃO	27
1.2 INTRODUÇÃO	32
1.3 OBJETIVOS	44
OBJETIVO GERAL	44
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	44
2. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	45
2.1 CAMINHADA METODOLÓGICA	45
3. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS	52
3.1 ANÁLISE INSTITUCIONAL NA PERSPECTIVA DE SAVOYE	52
3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E O SEU PROCESSO IMPLANTAÇÃO NO BRASIL	64
3.3 A IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL	94
4. O CENÁRIO DE ESTUDO E SEU SISTEMA DE SAÚDE	98
4.1 O CENÁRIO DE ESTUDO: O MUNICÍPIO DE VITÓRIA	98
4.2 O SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA	107

5. ARRANJOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA E SUA REORIENTAÇÃO	120
SOBRE OS SUJEITOS DA PESQUISA – GESTORES	121
SOBRE OS SUJEITOS DA PESQUISA – GERENTES	122
5.1 O OLHAR DOS GESTORES MUNICIPAIS	123
5.2 O OLHAR DOS GERENTES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	152
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	174
7. REFERÊNCIAS	181
APÊNDICES	190
APÊNDICE I	191
APÊNDICE II	193
ANEXOS	196
ANEXO I	197
ANEXO II	199
ANEXO III	201

1. A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA E A SUA REORIENTAÇÃO – UMA LEITURA SOB O SIGNO DO INSTITUCIONALISMO

1.1 APRESENTAÇÃO

Cuidadosamente e com a intenção de dar pistas sobre a minha história profissional, descrevo os lugares onde transitei desde o início de minha formação acadêmica.

Farmacêutica, durante o período percorrido na graduação, fui preparada para atuar em atividades pautadas em uma lógica de organização tecnicista e engessada, sem qualquer chance de discussão e contato com outras possibilidades de atuação que se alinhassem com o pensamento da saúde coletiva.

No universo de minhas práticas, as oportunidades foram surgindo no campo da saúde pública, quando coordenei a Assistência Farmacêutica no município onde nasci – Guarapari. Por lá estando, vivenciei o processo de metamorfose política pelo qual atravessava a saúde pública com a implantação do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), que mais tarde se consolidaria no Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa trajetória, cada vez mais me enveredei nos estudos relativos aos processos e às políticas do campo da saúde pública, principalmente quando, no período entre 2005 a

2007, tive a grande e feliz oportunidade de fazer a gestão da Secretaria Municipal de Saúde de dois municípios, no Espírito Santo: Guarapari e Viana.

Atuando como gestora daqueles dois municípios participei de potentes espaços de discussão, principalmente daqueles relacionados aos processos de produção e efetivação das políticas públicas do setor saúde, compartilhando com colegas secretários de saúde de outros municípios os particulares avanços e os grandes desafios da maior política pública que o Brasil houvera construído – o Sistema Único de Saúde.

Em 2007, por ocasião de minha aprovação no concurso público ofertado pela Prefeitura Municipal de Vitória, inicio minhas atividades na Secretaria Municipal de Saúde. Apesar de ter sido nomeada como Farmacêutica, assumo a direção da Unidade Básica de Saúde com Estratégia Saúde da Família – denominada Unidade Saúde da Família Thomaz Tommasi, antiga “Medicina Comunitária”, localizada no Centro de Ciências da Saúde, *Campus Maruípe* da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) onde estou até o momento.

Estar inserida no sistema de saúde do município de Vitória foi condição impulsionadora para que eu revisitasse meu lugar de Farmacêutica e profissional de saúde naquele sistema e analisasse quais minhas reais implicações.

Neste estudo, no sentido de oportunizar a utilização da Análise Institucional enquanto referencial teórico para atividades de pesquisa, inicialmente trabalharemos o conceito de implicação.

Para Lourau (1993, p. 14), “[...] sentimos que é muito dolorosa a análise de nossas implicações: ou melhor, a análise dos ‘lugares’ que ocupamos, ativamente, neste mundo [...]”. Ainda segundo esse mesmo autor, “[...] a análise das implicações é o cerne do trabalho socioanalítico, e não consiste somente em analisar os outros, mas em analisar a si mesmo a todo o momento, inclusive no momento da própria intervenção [...].”

Na interpretação de Monceau (2008), o conceito de implicação foi trabalhado por Lourau e Lapassade,

[...] em discussão, e também em oposição, com o conceito de transferência e contra-transferência da psicanálise. Consideravam que a separação entre transferência e contra-transferência não tinha nenhum sentido, pois os analistas, como os analisados, têm a mesma natureza. O que os distingue é a posição do dispositivo de análise e em particular a relação de saber e a relação de poder. Foi provocando uma análise de implicação que a Análise Institucional tentou fazer uma análise da instituição. [...] O que entendo por implicação é a relação que indivíduos desenvolvem com a instituição. Nós podemos dizer que o indivíduo é tomado pela instituição, querendo ele ou não. Eu não tenho a possibilidade de decidir que não estou implicado na instituição [...], mesmo que eu possa ter posições bastante críticas, mesmo que eu queira tomar uma distância, eu sou tomado por essa instituição. [...] Não podemos confundir implicação com engajamento, com investimento (MONCEAU, 2008, p. 21).

Nesse sentido, para que o sujeito se perceba implicado, há necessidade que ele amplie o seu olhar.

Trazendo o conceito de implicação para o campo da pesquisa, a ampliação do olhar vai se dá no conjunto de atividades que envolvem o processo da pesquisa e, nesse contexto, a Análise Institucional ganha potência no ato da pesquisa.

Ainda segundo as afirmações de Lourau:

A análise Institucional tenta, timidamente, ser um pouco mais científica. Quer dizer, tenta não fazer um isolamento entre o ato de pesquisar e o momento em que a pesquisa acontece na construção do conhecimento. Quando falamos em implicação com uma pesquisa, nos referimos ao conjunto de condições da pesquisa. Condições inclusive materiais, onde o dinheiro tem uma participação tão "econômica" quanto "libidinal" (LOURAU, 1993, p. 16).

Timidamente, minha aproximação com a Análise Institucional começou quando, através de um convite do professor Túlio¹, participei dos encontros da disciplina ***Temas Avançados em Saúde Coletiva: Análise Institucional e outras correntes***, ainda no ano de 2009. Essa disciplina foi ofertada pelo Mestrado em Saúde Coletiva e teve uma grande importância para mim porque possibilitou conhecer e estudar a Análise Institucional e transitar pelo Mestrado – objeto de desejo há muito tempo sonhado. Naquele momento fui capturada pelo institucionalismo, mesmo vindo de uma formação acadêmica muito dura.

Aos poucos, passamos a trabalhar com os conceitos fundantes da Análise Institucional e um leque de possibilidades foi se abrindo, despertando em mim o desejo de me enveredar para o campo da pesquisa em saúde, utilizando a Análise Institucional como âncora e referencial teórico.

Paralelamente, desenvolvendo minhas atividades ainda na direção da Unidade de Saúde da Família Thomaz Tommasi, de localização estratégica – *Campus Maruípe* –, campo legítimo de práticas dos estudantes dos cursos de graduação e pós-graduação do Centro de Ciências da Saúde, aproximava-me cada vez mais do convívio e das atividades acadêmicas, transitando pelas disciplinas dos cursos de graduação e pós-graduação, estreitando os laços com os docentes e estudantes daqueles cursos.

Com a oferta do mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Espírito Santo, a aproximação com a Análise Institucional, o desenvolvimento de minhas atividades na Unidade de Saúde Família Thomaz Tommasi e o grande desejo de estar naquele mestrado, entendia ser o momento de aproximações com o campo da saúde coletiva.

As experiências profissionais vivenciadas ao longo do percurso de minha prática profissional provocaram em mim uma inquietação produtiva desejante, e em 2011 chego ao mestrado.

¹ Túlio Alberto Martins de Figueiredo. Doutor em Saúde Pública, professor do Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

Estar no Mestrado representou para mim uma conquista de uma importância muito grande, pois entendia que este lugar teve e sempre terá potência, sendo campo fértil para a produção de saberes e troca de experiências considerando o sujeito implicado.

Transitando em meio às atividades proporcionadas pelo mestrado, comecei a participar dos encontros do grupo de estudos **Rizoma²: Saúde Coletiva e instituições**. Estar naquele coletivo criou possibilidades e arranjos para que este projeto de pesquisa pudesse ganhar potência e assim ter a pretensão de contribuir com a Assistência Farmacêutica ao analisar a sua institucionalização e o seu processo de reorientação no município de Vitória/ES, na abordagem Sócio-Histórica, principalmente por se tratar de uma proposta de estudo original e inédita no Espírito Santo, pois não foram encontrados estudos semelhantes.

Para o campo da saúde coletiva, o presente estudo tem a implicação de criar possibilidades de ampliação da utilização da Análise Institucional.

² O Grupo de Pesquisa “Rizoma – Saúde Coletiva e Instituições”, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, tem como missão desenvolver saberes e práticas que tomem possíveis - a partir da Análise Institucional, da Esquizoanálise e do Esquizodrama - a produção e a invenção de subjetividades no campo da Saúde Coletiva.

1.2 INTRODUÇÃO

As políticas públicas sempre expressam as percepções ideológicas dos grupos que ascendem ao poder e num primeiro momento são reconhecidas como políticas de governo, mas se sua adoção permanece mesmo com a alternância, ao longo do tempo, de diferentes grupos no poder, essas passam a ser reconhecidas como políticas de Estado (ACÚRCIO, 2013, p. 14).

Uma Política Nacional de Medicamentos (PNM) se faz necessária em um país porque ela representa um registro formal de valores, aspirações, objetivos e compromissos, deixando claras as intenções do governo daquele país.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi implantada no Brasil em 1998, através da Portaria n.º 3.916 de 1998 (BRASIL, 1998a), após intensos movimentos dos diversos seguimentos da sociedade.

Preconizada pelo Ministério da Saúde, essa política tem como propósito garantir o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, assim como a necessária qualidade, segurança, eficácia dos mesmos e a promoção do seu uso racional. Ela tem como base os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, definindo as prioridades relacionadas à legislação, incluindo a regulamentação, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos e desenvolvimento de recursos humanos, científicos e tecnológicos (BRASIL, 1998a).

Essa política,

envolve diferentes aspectos, entre os quais figuram, por exemplo, aqueles inerentes ao perfil epidemiológico do país, que apresenta doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos característicos de países desenvolvidos [...], [...]fundamentando-se na descentralização da gestão e também na excelência do gerenciamento da assistência farmacêutica com proposta de avanços na definição de recursos financeiros e apontamento de responsabilidades relativo às três esferas de governo (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008, 92-93).

A Política Nacional de Medicamentos, com objetivo de assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, tem a finalidade de subsidiar o enfrentamento e a tomada de decisão dos Gestores, nas três esferas de governo (BRASIL, 1998a; BRASIL, 2001), no sentido de alcançar as diretrizes nela contidas, quais sejam:

1. Adoção da relação de medicamentos essenciais;
2. Regulamentação sanitária de medicamentos;
- 3. Reorientação da Assistência Farmacêutica;**
4. Promoção do uso racional de medicamentos;
5. Desenvolvimento científico e tecnológico;
6. Promoção da produção de medicamentos;
7. Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;
8. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Ainda de acordo com a Portaria n.º 3.916 de 1998, a política apresenta as seguintes prioridades (BRASIL, 1998a; BRASIL, 2001):

1. Revisão permanente da Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME);
- 2. Assistência farmacêutica;**
3. Promoção do uso racional de medicamentos;
4. Organização das atividades de vigilância sanitária de medicamentos.

Dentre as diretrizes propostas pela PNM, destacaremos a reorientação da Assistência Farmacêutica, por ser **Assistência Farmacêutica** o tema e o objeto abordado nesta

pesquisa, sem desqualificar ou desprezar as outras diretrizes, às quais transitaremos à medida que tivermos a necessidade.

Na PNM, o modelo de Assistência Farmacêutica será reorientado de modo que as ações não se restrinjam aos processos de aquisição e à distribuição de medicamentos a população. As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do Sistema Único de Saúde, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais (BRASIL, 2001, p. 14).

A reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica, coordenada e disciplinada em âmbito nacional pelos três gestores do Sistema Único de Saúde, deverá estar fundamentada:

- a) na descentralização da gestão;
- b) na promoção do uso racional dos medicamentos;
- c) na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público;
- d) no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado (BRASIL, 2001, p. 14).

Primeira política de cunho setorial da área da saúde regulamentada no país, trouxe a definição da Assistência Farmacêutica como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas às ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998a).

Esse grupo de atividades definido na Portaria n.º 3.916 de 1998, relacionado ao conceito de Assistência Farmacêutica, tem como objetivo garantir o acesso da população a medicamentos essenciais de qualidade, promovendo, simultaneamente, seu uso racional (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007).

A Assistência Farmacêutica no SUS, por outro lado, englobará

as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização – nesta compreendida a prescrição e a dispensação – o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos (BRASIL, 2001, p. 14).

Na interpretação de Marin et al. (2003), a Assistência Farmacêutica:

Compreende um conjunto de atividades que envolvem o medicamento e que devem ser realizadas de forma sistêmica, ou seja, articuladas e sincronizadas, tendo, como beneficiário maior, o paciente. É o resultado da combinação de estrutura, pessoas e tecnologias para o desenvolvimento dos serviços em um determinado contexto social. Dessa forma, necessita de uma organização de trabalho que amplie sua complexidade, de acordo com o nível de aperfeiçoamento das atividades e da qualidade impressa nos serviços realizados (MARIN et al., 2003, p. 54).

A construção de uma nova gestão para a Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde fundamentou-se na potência das diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Medicamentos, sendo a reorientação da Assistência Farmacêutica uma diretriz fundamental para o cumprimento dos principais objetivos dessa política (BRASIL, 2001).

Em conformidade com as diretrizes relativas à reorientação da Assistência Farmacêutica anteriormente explicitada, especialmente no que se refere ao processo

de descentralização, [...] as três esferas de Governo assegurarão, nos seus respectivos orçamentos, os recursos para aquisição e distribuição dos medicamentos, de forma direta ou descentralizada (BRASIL, 2001, p. 22).

Ainda que as ações que envolvessem a Assistência Farmacêutica permeassem todas as instâncias do Sistema Único de Saúde, inclusive a privada, a Política Nacional de Medicamentos definiu responsabilidades no setor público, imputando às diferentes esferas de governo, diferentes papéis para o provimento de medicamentos (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007, p. 85).

Desse modo, para o Ministério da Saúde, as ações deveriam se concentrar no suporte aos municípios e na aquisição de medicamentos denominados 'excepcionais', ou de dispensação excepcional, inicialmente definidos em portaria como aqueles utilizados em procedimentos de alta complexidade, no âmbito do Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007) e que não será objeto de nosso foco de estudo.

A prioridade maior do Ministério da Saúde era a descentralização plena do processo de aquisição e distribuição de medicamentos considerados essenciais e de utilização na atenção básica, denominado de componente básico da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2001, p. 22).

A aquisição e a distribuição, pelo Ministério da Saúde, dos produtos componentes da Assistência Farmacêutica básica seriam substituídas pela transferência regular e automática, fundo a fundo, de recursos federais, sob a forma de incentivo agregado ao Piso da Atenção Básica (PAB). Esses recursos seriam utilizados prioritariamente para a aquisição, pelos municípios e sob a coordenação dos estados, dos medicamentos necessários à atenção básica à saúde de suas populações (BRASIL, 2001, p. 22).

Ao Gestor Estadual caberia o suporte aos municípios por meio de cooperação técnica e co-financiamento, e a aquisição de medicamentos de caráter excepcional (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007; BRASIL, 1998a).

Caberia ao Gestor Municipal a execução direta das ações de Assistência Farmacêutica, inclusive a dispensação de medicamentos aos usuários dos serviços públicos da rede que compõe o Sistema Único de Saúde (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007, p. 86), tendo a Secretaria de Saúde ou organismo correspondente, as seguintes responsabilidades (BRASIL, 1998a; BRASIL, 2001):

- a) coordenar e executar a Assistência Farmacêutica no seu respectivo âmbito;
- b) associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da Assistência Farmacêutica;
- c) promover o uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores;
- d) treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a esta Política;
- e) coordenar e monitorar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- f) implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;
- g) assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;
- h) definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na RENAME, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;
- i) assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;

- j) adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município;
- k) utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do município;
- l) investir na infra-estrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;
- m) receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

As responsabilidades atribuídas às Secretarias Municipais de Saúde ou órgãos congêneres imprimiriam uma característica sistêmica para Assistência Farmacêutica, incorporando-a como diretriz, que se materializaria na figura do chamado **Ciclo da Assistência Farmacêutica**.

Assim, o Ciclo da Assistência Farmacêutica se consolidaria em etapas que

se sucedem em atividades que só se completam na medida em que a atividade anterior for adequadamente realizada. Cada atividade gera produtos próprios e, assim que se realiza, oportuniza a consecução da etapa seguinte (OLIVEIRA, BERMUDEZ, OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007, p. 14).

Os componentes – etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica – representariam as estratégias e o conjunto de ações, que visassem alcançar os objetivos da Política de Nacional de Medicamentos.

A Figura 1 trouxe um esquema das etapas que constituíam o Ciclo da Assistência Farmacêutica.

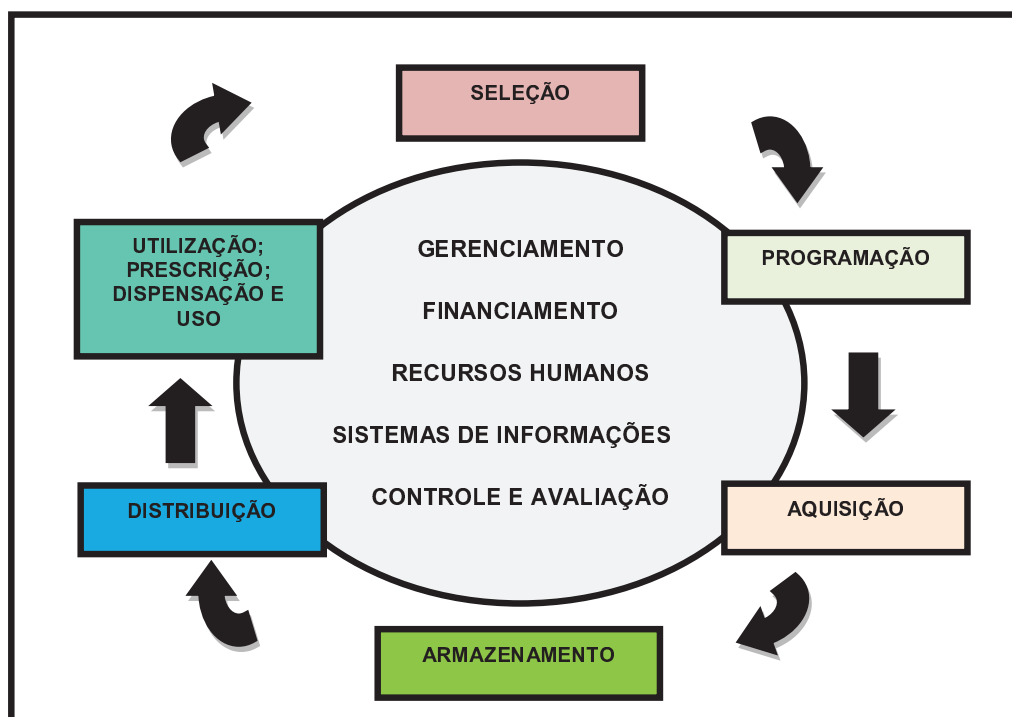


Figura 1 – Ciclo da Assistência Farmacêutica

Fonte: (MARIN et al., 2003 – Adaptado)

Para Oliveira, Bermudez e Osório-de-Castro (2007, p. 29), permeando o Ciclo da Assistência Farmacêutica, estariam as atividades de planejamento e gestão, monitoramento e avaliação, conferindo a este ciclo um caráter híbrido e às atividades uma dimensão clínica e gerencial.

Na opinião de Marin et al. (2003),

[...] na maioria dos casos, não se faz necessário montar, organizar ou construir totalmente uma nova estrutura. Com base em algumas experiências, poder-se-ia afirmar que quase sempre é possível aprimorar a estrutura física e organizacional já existente, alcançando-se bons e duradouros resultados a partir da qualificação dos recursos humanos envolvidos e da implementação de ações devidamente planejadas (MARIN et al., 2003, p. 123).

Mesmo com todo reconhecimento e entendimento de que a Assistência Farmacêutica apresentou aspectos de natureza científica, técnica e operativa e que essas, de acordo com a complexidade do serviço, deveriam se integrar às necessidades e finalidades daquele serviço, para Oliveira, Bermudez e Osório-de-Castro (2007), “[...] o caso da Assistência Farmacêutica é especialmente crítico e caracterizado, entre outros, por problemas de gestão e pelo surgimento de mecanismos desvirtuados para garantir acesso a medicamentos (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007, p. 87).

Sobre os aspectos relacionados ao acesso aos medicamentos pelos usuários do Sistema Único de Saúde, dependendo da necessidade do sujeito (doença ou condição de saúde), do seu local de domicílio ou do seu serviço de atendimento, o usuário teria diferentes caminhos a percorrer e níveis de atenção a trilhar para ter acesso aos medicamentos. A essas questões Oliveira, Bermudez e Osório-de-Castro (2007, p.87) chamaram de ‘fragmentação’ da Assistência Farmacêutica.

Em consideração aos problemas relativos à gestão, a divisão de ações em “etapas do ciclo”, trouxe resultados de natureza mista – positivos e negativos. Se por um lado, houve incremento no acesso aos medicamentos, por outro lado, alguns problemas como a rotatividade de gestores, as mudanças no cenário político e a multiplicidade de fontes de repasse de recursos e de legislação reguladora, tornaram a situação complexa (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007, p. 87).

Ainda em relação às questões pertinentes à gestão da Assistência Farmacêutica, Oliveira, Bermudez e Osório-de-Castro (2007) chamaram atenção para aquelas fortemente caracterizadas por componentes clínicos e gerenciais (logísticos). Em todos os níveis de atenção, deveria ocorrer a provisão tempestiva e racional dos

medicamentos necessários. Nesse sentido, como vincular a Assistência Farmacêutica, sem prejuízos, a esses vários níveis de atenção?

Ainda que os mecanismos de gestão estejam implantados e operantes, o que não é realidade em muitas instâncias no país, faltas, perdas e desabastecimentos eram frequentes, uma vez que o sistema se baseava na integralidade e na hierarquização: se um elo da corrente se rompesse, o esforço se perderia (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007, p. 89).

Algumas medidas foram adotadas no sentido de melhorar ou rever o quadro instalado de fragmentação da Assistência Farmacêutica, de modo a contornar a percepção de que a lógica preponderante da Política Nacional de Medicamentos privilegiaria o provimento de medicamentos, sem oferecer a mesma importância aos serviços, sob a ótica da gestão, da dispensação de medicamentos e da atenção ao paciente, pontos nevrálgicos para a disponibilidade dos medicamentos e promoção do seu uso (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007).

Atentos às considerações mencionadas em relação à Assistência Farmacêutica e como se desenvolveria o seu processo de reorientação, propomos o presente estudo com a intenção de analisar a institucionalização da Assistência Farmacêutica no município de Vitória/ES, utilizando a Análise Institucional na perspectiva Sócio-Histórica.

O referencial teórico da Análise Institucional na abordagem Sócio-Histórica justifica-se por entendermos que essa se aplica melhor à compreensão da gênese teórica e social do processo de Institucionalização da Assistência Farmacêutica no cenário municipal, dando conta de sua “[...] duração, temporalidade e historicidade [...]”, segundo proposição de Savoye (2007), quando este se refere à necessidade de delimitação do objeto de estudo e da definição clara de sua periodização.

Nesse sentido, foram convidados a participar deste estudo os sujeitos – técnicos, Gestores da Secretaria de Saúde de Vitória e Gerentes da Assistência Farmacêutica –

que protagonizaram o processo de reorientação da Assistência Farmacêutica desde 1998, ano de implantação da Política Nacional de Medicamentos no Brasil, até 2012, ano em que se encerrou a última gestão político-partidária naquele município.

Para compreendermos a gênese teórica, a gênese social e o processo de institucionalização da Assistência Farmacêutica, será necessário conhecermos os aspectos de uma Política de Medicamentos, seu processo de implantação no Brasil e algumas definições e/ou concepções referentes à Análise Institucional e sua compreensão na perspectiva sócio-histórica.

Para descrevermos o processo, nos inspiramos na cartografia, um método formulado por Gilles Deleuze e Félix Guatarri que visa acompanhar um processo, e não representar um objeto.

Sobre esse método, Kastrup (2007) considerava que não se tem como característica um conjunto de regras abstratas a serem seguidas, nem um “passo a passo” a ser aplicado. Busca-se construir o processo na singularidade de cada caso, procurando descrever, construir e coletivar a experiência do pesquisador – cartógrafo – durante o ato de sua pesquisa.

Nesse sentido, descreveremos o experienciar dessa pesquisa, inspirada no trabalho do cartógrafo, singularmente através das entrevistas realizadas com cada Gestor e Gerente do município de Vitória/ES, que vivenciaram o processo de institucionalização da Assistência Farmacêutica.

Na interpretação de Rolnik (2007):

As cartografias vão se desenhando ao mesmo tempo (e indissociavelmente) em que os territórios vão tomando corpo: um não existe sem o outro. Concluindo: a produção do desejo³, produção de realidade, é ao mesmo tempo (e indissociavelmente) material, semiótica e social (ROLNIK, 2007, p. 46).

³ Desejo como movimento de atualização de novas práticas e novos discursos e desatualização de outros, obsoletos. Desejo como dimensão do poder (ROLNIK, 2007, p. 229).

Ainda segundo a sensibilidade dessa mesma autora, cartografar não é desenhar uma realidade como num mapa, a cartografia é uma produção de sentidos que se faz à medida que se produzem outros sentidos, relato provisório de uma viagem, viagem de intervir/pesquisar (ROLNIK, 2007).

Após a explanação de todos os conceitos e bases teóricas que subsidiaram o decorrer desta pesquisa, buscaremos evidenciar os apontamentos que surgiram enquanto avanços e desafios percebidos pelos Gestores e Gerentes municipais, descrevendo seus detalhes sutis e suas histórias internas e externas, objetivando proporcionar novas possibilidades de atuação da Análise Institucional na vertente Sócio-Histórica, ampliando o campo de atuação da Saúde Coletiva.

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Analisar numa perspectiva Sócio-Histórica a institucionalização da Assistência Farmacêutica no município de Vitória/ES.

Pretendemos dar conta do objetivo principal através de três objetivos específicos: conhecer o discurso instituído sobre a Assistência Farmacêutica e o seu processo de reorientação no município de Vitória; discutir até que ponto os Gestores e Gerentes da Assistência Farmacêutica norteiam a sua prática apenas através das diretrizes do discurso instituído ou buscam novas formas de reorientar a Assistência Farmacêutica; identificar os avanços e desafios da reorientação da Assistência Farmacêutica no município de Vitória.

2. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

2.1 CAMINHADA METODOLÓGICA

Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, na perspectiva da Análise Institucional Sócio-Histórica conforme proposição de Savoye (2007).

Nossa opção pela abordagem qualitativa considerou que a mesma aplicava-se ao estudo das relações, das representações, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os homens faziam a respeito de como viviam, construía seus artefatos e a si mesmos, sentiam e pensavam (MINAYO, 2010).

Segundo Triviños (1987), essa abordagem permitiu a captura do ponto de vista dos atores sociais, privilegiando a subjetivação entre o sujeito e o pesquisador e os significados atribuídos pelos atores num determinado contexto.

Dentro dessa abordagem, o processo foi mais importante do que os resultados, não se buscou a verdade única, explicações causais ou generalizações e os fenômenos foram únicos do mesmo modo como foram apreendidos e interpretados (MINAYO, 2010).

Sobre a Análise Institucional Sócio-Histórica reservamos nas considerações teóricas um subcapítulo a respeito da mesma.

O cenário do estudo foi o Município de Vitória/ES. Sobre aspectos históricos, demográficos, econômicos, sociais e culturais deste município, assim como do

processo de regionalização da saúde, organização assistencial e oferta de serviços do Sistema Municipal de Saúde, reservamos um subcapítulo à parte.

Os sujeitos do estudo foram os técnicos de saúde do município de Vitória/ES, ocupantes dos cargos de Gestores⁴ municipais e Gerentes⁵ da Assistência Farmacêutica, que protagonizaram desde 1998 a implantação da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Ao longo do período delimitado pelo estudo, 1998 a 2012, ocorreram no município de Vitória/ES quatro gestões político-partidárias o que, teoricamente deveria ter sido marcado pelo protagonismo de oito sujeitos: quatro Gerentes da Assistência Farmacêutica e quatro Gestores municipais.

No entanto, gestão e gerência municipais de saúde são cargos de alta transitoriedade e não necessariamente precisam obedecer à cronologia do tempo político dentro de um mesmo período político-partidário. Nesse sentido, ocuparam legitimamente esses cargos três Gerentes da Assistência Farmacêutica e cinco Gestores municipais.

A amostra deste estudo foi constituída por seis sujeitos: três Gestores municipais e três Gerentes da Assistência Farmacêutica.

Ocuparam o cargo de Gerente da Assistência Farmacêutica, o Gerente 1, no período de 1997 a 2005; o Gerente 2, no período de 2005 a 2007 e o Gerente 3, no período de 2007 a 2012.

Em relação ao cargo de Gestor municipal, ocuparam o cargo, o Gestor 1, no período de 1994 a 2002; o Gestor 2 no período de 2002 a 2003 e o Gestor 3 no período de 2005 a 2012. Os outros dois Gestores, à ocasião do período estabelecido para a realização das entrevistas, um se encontrava no exterior e o outro estava em plena campanha eleitoral em concorrência às eleições no município de Vitória, motivo que o levou a declinar o convite para participar da investigação.

⁴ Entende-se como Gestor o profissional que ocupou o cargo de Secretário Municipal de Saúde de Vitória/ES.

⁵ Entende-se como Gerente o profissional técnico de saúde que esteve à frente da Gerência da Assistência Farmacêutica no município de Vitória/ES.

Os dispositivos utilizados para a produção do material deste estudo foram a observação documental, entrevistas versando sobre a Assistência Farmacêutica e o seu processo de reorientação no município de Vitória/ES – elaboradas com o suporte de um roteiro semiestruturado (Apêndice I) – e o diário de pesquisa.

Sobre a observação documental, a rigor, o termo **observação** se referiu apenas a fatos existentes na realidade empírica, mas também poderia ser aplicado em um sentido mais extensivo. Assim posto,

[...] utilizamos (neste estudo) num sentido mais extensivo, aplicando-o também ao 'uso da biblioteca', tanto porque nela se encontravam as observações e experiências que os outros já fizeram, como também porque nela se achavam as bases conceituais, sem as quais não poderia haver uma verdadeira observação científica (RUDIO, 2004, p. 48).

Conforme recomendou Gil (2002), para a observação documental reservamos os seguintes passos:

a) Exploração das fontes bibliográficas.

Nossas fontes de estudo foram livros, artigos publicados em revistas científicas, teses, dissertações, leis, portarias, decretos, protocolos, manuais e trabalhos de conclusão de curso, tendo como tema a Assistência Farmacêutica, pesquisando-os nas bases de dados Medline, Lilacs, entre outros e Website ligado a Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde no Brasil.

Para fazer a compilação, reunião sistemática dos materiais selecionados e localizados, foram utilizados os seguintes recursos: fotocópias, impressões e a própria aquisição.

b) Leitura do material.

Essa leitura não foi exaustiva; visto ter um caráter seletivo que nos possibilitou reter o essencial para o desenvolvimento da pesquisa.

c) Elaboração de fichas.

Constou de elaboração de fichas de citações diretas e paráfrases, ressaltando os aspectos mais importantes das obras pesquisadas.

d) Ordenação e análise das citações.

A ordenação e análise das citações se deram segundo seu conteúdo, cuidando-se da sua avaliação e confiabilidade.

e) Conclusões.

Consideramos a palavra como símbolo da comunicação e matéria-prima, por excelência, da abordagem qualitativa e optamos desta forma por realizar o trabalho de campo deste estudo por meio de entrevistas semiestruturadas, por entendermos que a fala individual é reveladora dos códigos de sistemas e valores contraditórios:

O que tornou a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais (e outras) foi a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2010, p.204).

Todas as entrevistas foram gravadas segundo autorização de cada sujeito participante e a seguir, transcritas, prestando-se atenção aos detalhes sutis das mesmas (risos, gargalhadas, choros, silêncios). Cada uma das entrevistas teve duração média de trinta minutos e todas elas foram agendadas com antecedência e realizadas em local indicado pelos sujeitos.

Após cada entrevista, através do Diário de Pesquisa, foram registrados os apontamentos manifestados fora da cena oficial da escritura.

Nas palavras de Lourau (1993, p. 71) a prática do diário de pesquisa é uma escritura “fora do texto”. “Fora do texto” no sentido literal e etimológico do termo: aquilo que está fora da cena; fora da cena oficial da escritura.

De posse das transcrições das entrevistas e registros realizados no diário de pesquisa procedemos à leitura flutuante dos mesmos buscando-se sentidos que atendiam aos objetivos propostos e, para descrevê-los, nos apropriamos de uma abordagem de inspiração cartográfica, tendo como quadro teórico a Análise Institucional Sócio-Histórica.

A cartografia foi um método formulado por Gilles Deleuze e Félix Guatarri que visava acompanhar um processo, e não representar um objeto. Tem sido utilizada em pesquisas interessadas pelo estudo da subjetividade. Foi um método que não se teve como característica seguir um conjunto de regras abstratas para serem aplicadas. Buscou-se construir o processo caso a caso, procurando descrever, construir e coletivizar a experiência do cartógrafo (KASTRUP, 2007).

Ainda de acordo com a interpretação de Kastrup (2007), podemos perceber que a mera presença do pesquisador/cartógrafo no campo da pesquisa o expõe a inúmeros elementos salientes, que pareceram convocar a atenção.

A cartografia nos permitiu desenhar a realidade observando seu movimento contínuo. Ela utilizou “[...] questões que envolveram os processos de subjetivação em sua relação com o político, social e o cultural, através dos quais configuraram os contornos da realidade em seu movimento contínuo de criação coletiva” (ROLNIK, 2007, p. 11).

Na visão do Geógrafos, a cartografia – diferentemente do mapa, representação de um todo estático – foi um desenho que acompanhou e se fez ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso,

[...] acompanhou e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criaram para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos (ROLNIK, 2007, pg. 23).

A noção de cartografia extrapolou a concepção de mapa como nós classicamente entendíamos na Geografia, visto que, " [...] ela acompanhou os movimentos invisíveis e imprevisíveis da terra – aqui, movimentos do desejo, que iam transfigurando, imperceptivelmente, a paisagem vigente (ROLNIK, 2007, pg. 62).

Por isso, é importante deixarmos claro, nos fazermos compreender, que esta pesquisa constituiu em um importante exercício enquanto estratégia de aproximações possíveis entre a pesquisa qualitativa e a cartografia, e não de “enquadrar” as práticas cartográficas no campo exclusivamente qualitativo da produção de conhecimento (FERIGATO; CARVALHO, 2011, p. 666).

Ainda de acordo com Ferigato e Carvalho (2011), fizemos um mergulho nos desafios do cartógrafo – pesquisar, intervir, transformar,

[...] No entanto existiam importantes zonas de comunidade entre as pesquisas qualitativas e a cartografia, especialmente no que se referia a pesquisar e acompanhar processos, a experiência de produzir conhecimento no mundo da experiência vivida (FERIGATO; CARVALHO, 2011, p. 666).

Reconstituir a história da institucionalização da Assistência Farmacêutica em Vitória/ES requereu a escolha de um método que pudesse dar conta de descrever essa história sem ficarmos presos a um conjunto de regras. Nesse sentido, a abordagem da cartografia, tendo como quadro teórico a Análise Institucional Sócio-Histórica foi mais apropriada, pois nos permitiu desenhar a realidade observando seu movimento contínuo.

Este projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS), da Universidade Federal do Espírito Santo, estando aprovado sob o n.º 237 em 26 de outubro de 2011 (Anexo I), em consonância com as recomendações da Resolução n.º. 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1997a), da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

De igual modo também foi submetido à Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES estando aprovado para sua realização, através de declaração emitida pela Escola Técnica e Formação Profissional em Saúde (ETSUS) em 20 de outubro de 2011. (Anexo II).

Todos os sujeitos que participaram deste estudo foram esclarecidos sobre a natureza acadêmica e os objetivos do mesmo, assinando de acordo –, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II).

Os resultados encontrados serão disponibilizados à Universidade Federal do Espírito Santo, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) e à Prefeitura Municipal de Vitória/ES, através da Secretaria Municipal de Saúde, além da possibilidade de divulgação através de periódicos específicos da área.

3. CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

3.1 ANÁLISE INSTITUCIONAL NA PERSPECTIVA DE SAVOYE

René Lourau, sociólogo francês, fundador da Análise Institucional (AI), juntamente com George Lapassade, é considerado um importante teórico. Sempre foi pesquisador implicado e um analista institucional atuante. Era professor dedicado ao ensino e à pesquisa, numa relação intensa com seus alunos. Excelente escritor, tinha uma característica rara na França em que viveu: agregava, estava sempre rodeado de alunos de diferentes níveis na formação universitária, vindos de diversos países da Europa, da África e da América Latina. A Análise Institucional e implicação foram os dois grandes canteiros de René Lourau (ALTOÉ, 2007).

O que Lourau propõe com a Análise Institucional?

Lourau propõe um método de intervenção em situação que consiste em analisar as relações que as múltiplas partes presentes no jogo social mantêm com o sistema manifesto e oculto das instituições. De forma original, o método reside no fato de o analista não mais se situar no exterior dos grupos, coletividades ou organizações que lhe demandem intervenção, mas como alguém implicado na rede de instituições que lhe dá a palavra (LOURAU, 2004c).

Para Lourau (1993, p. 9) a Análise Institucional teve muitos inícios e, também por essa amplitude, há severas dificuldades para se perceber seu campo de coerência. Ela pretende trabalhar a contradição, seguir uma lógica dialética em oposição à lógica

identitária, característica das demais ciências – à exceção da Psicanálise. Seu campo de coerência se apoia, essencialmente, na categoria de contradição.

A Análise Institucional, ao permitir conhecer o enfoque das relações entre o Estado e a sociedade, possibilita o entendimento da interação de sujeitos estratégicos na formulação de políticas, “[...] com interesses e ideias muitas vezes contraditórios e também calibrar e ponderar as formas em que se retroalimentam a governabilidade e a gestão pública ou a capacidade de governo” (BELMARTINO, 2008, p. 129).

Ainda de acordo com Belmartino (2008, p. 129), esse processo interativo é uma construção social, gerada, conservada ou modificada pelo jogo político, variando nas diferentes áreas da ação pública e em uma mesma área através da temporalidade.

Essa característica a que Belmartino se refere, na visão de Savoye (2007, p. 181, grifo nosso) está presente desde a sua estruturação “[...] em torno de seu conceito-pivô, a **instituição**”.

O conceito de instituição, base da Análise Institucional, embora entendido, *a priori*, como “[...] árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas [...]” (BAREMBLITT, 2002, p. 25), para Lourau (1995) ele é “polissêmico”, pois possui diferentes conceituações.

Dentre elas, destacamos a do próprio Lourau, onde:

Primeiro, as instituições são normas. Mas elas incluem também a maneira como os indivíduos concordam, ou não, em participar dessas mesmas normas. As relações sociais reais, bem como as normas sociais, fazem parte do conceito de instituição. Seu conteúdo é formado pela articulação entre a ação histórica de indivíduos, grupos, coletividades, por um lado, e as normas sociais já existentes, por outro. Segundo, a instituição não é um nível de organização social (regras, leis) que atua a partir do exterior para regular a vida dos grupos ou as condutas dos indivíduos; atravessa todos os níveis dos conjuntos humanos e faz parte da estrutura simbólica do grupo, do indivíduo. Logo, pertence a todos os níveis da análise: no nível individual, no da organização (hospital, escola, sindicato), no grupo informal bem como no formal, encontramos a dimensão da instituição (LOURAU, 2004a, p. 71).

No entanto, para as instituições se materializarem elas necessitam de dispositivos concretos que são as organizações e estas são

[...] formas materiais muito variadas que compreendem desde um grande complexo organizacional tal como um ministério (Ministério da Educação, Ministério da Justiça, Ministério da Fazenda) até um pequeno estabelecimento. Ou seja, as organizações são grandes ou pequenos conjuntos de formas materiais que concretizam as opções que as instituições distribuem e enunciam. [...] sem isto, as instituições não teriam vida, não teriam realidade social senão através das organizações. Mas as organizações não teriam sentido, não teriam objetivo, não teriam direção se não estivessem informadas como estão, pelas instituições (BAREMBLITT, 2002).

Ainda segundo o pensamento de Barembritt (2002), as organizações têm natureza diversa e complexa, porém são formadas por unidades menores – os estabelecimentos.

Os estabelecimentos representam essas unidades menores e poderiam ser exemplificados por unidades de saúde, um pronto atendimento, um hospital, uma fábrica, uma escola. E o conjunto dessas unidades integra uma organização (BAREMBLITT, 2002).

De outro modo, Barembritt (2002, p. 29) aponta que “[...] toda instituição passa por momentos históricos de revolução, com profundas transformações [...]”. Ainda segundo o mesmo autor, “[...] as forças que tendem a transformar as instituições [...]” “[...] são as **forças instituintes**. São as forças produtivas de lógicas institucionais [...]” que tem “[...] um resultado, e este é o **instituído**. O instituído é o efeito da atividade instituinte [...]” “[...] o instituinte aparece como um processo, enquanto o instituído aparece como resultado. O instituinte transmite uma característica dinâmica; o instituído transmite uma característica estática, estabilizada [...]” (BAREMBLITT, 2002, p. 29-30, grifo nosso).

A análise institucional vai reconciliar a instituição com o pensamento dialético, entendendo por ‘instituinte’, a contestação, a capacidade de inovação e, em geral, a prática política como ‘significante’ da prática social. No ‘instituído’ colocaremos não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados

normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão no campo econômico, social e político (LOURAU, 2004a; 2004c).

A articulação do conceito de instituição que Lourau propõe apoia-se na lógica dialética onde o instituinte é o “**negativo**”, o que vem negar o instituído, que é “**universal**”. O terceiro momento, o da singularidade – por meio do qual a contradição é superada –, é a “**institucionalização**” (LOURAU, 2004c, grifo nosso).

A institucionalização é o terceiro momento da dialética instituído/instituinte e precisa ser raciocinada em termos de temporalidade, duração e historicidade, ou seja, é preciso delimitar suas fases, delimitar seus momentos decisivos, delimitar inflexões, recorrer às fontes mais diversas.

A institucionalização caracteriza-se como o

terceiro momento do conceito de instituição, [que] designa um processo que se desdobra no tempo e só é perfeitamente compreensível mediante a reconstituição de seu desenvolvimento diacrônico. A ideia de institucionalização, portanto, implica raciocinar em termos de duração, temporalidade e historicidade (SAVOYE, 2007, p. 1).

Para Rodrigues, Leitão e Barros (2002, p. 69), movimentos instituintes são processos que rompem com os equilíbrios estabelecidos e criam algo de novo, produzem bem-estar, porque guardam relação com a ética da potência, da vida.

Outro conceito de grande importância para a Análise Institucional é o de transversalidade, que Lourau incorporou como um dos princípios básicos da Análise Institucional, ao “[...] definir a instituição como um ‘cruzamento de instâncias’ (econômica, política e ideológica) ao afirmar [...] que toda instituição é *atravessada* por todos os ‘níveis’ de uma formação social, a instituição deve ser definida necessariamente pela *transversalidade*” (LOURAU, 2004b, p. 76, grifos do original).

Sendo assim, a transversalidade é:

O fundamento da ação *instituinte* dos grupamentos, na medida em que toda ação coletiva exige uma perspectiva dialética da autonomia do grupo e dos limites objetivos dessa autonomia. A transversalidade reside no saber e no não-saber do grupamento a respeito de sua polissegmentaridade. É a condição indispensável para passar do grupo-objeto ao grupo-sujeito (LOURAU, 1995, p. 270, grifos do original).

Lourau (1995, p. 190) refere que a transversalidade “[...] se define por oposição à ‘verticalidade’ (estrutura piramidal do organograma) e à ‘horizontalidade’ (sociograma de relações mais ou menos informais, mais ou menos institucionalizadas nos diversos degraus da pirâmide) [...]”.

Os primeiros trabalhos envolvendo a pesquisa Sócio-Histórica na Análise Institucional se iniciaram e se tornaram recorrentes a partir de 1969 com a publicação de *L’Instituant contre l’institué* de René Lourau, constituindo, assim, “[...] um eixo de pesquisa consubstancial à Análise Institucional, mesmo se ocupam, no seio *corpus* das análises institucionais realizadas, um lugar menos emblemático que as pesquisas clínicas, como a intervenção socioanalítica” (SAVOYE, 2007, p. 5, grifo do original).

Sendo a proposta deste estudo analisar numa perspectiva Sócio-Histórica a institucionalização da Assistência Farmacêutica no município de Vitória/ES, inicialmente cabem outras considerações conceituais.

Para o Institucionalismo, história

[...] não é, apenas, a reconstrução do que já aconteceu e que já está, de alguma maneira, morto, obsoleto, definindo – “o que foi, já foi” – , mas consiste em uma localização daquilo que, de alguma forma começou, teve início em um passado [...]. O interesse é [...] o de reconstruir o passado quando ele está vivo no presente, enquanto ele está atuante e pode determinar ou já está determinando o futuro. Passado e futuro se constroem e reconstroem

incessantemente desde os valores que inspiram a um presente crítico e revolucionário (BAREMBLITT, 2002, p. 38).

Quando analisamos o processo de institucionalização de uma práxis social, supõe-se uma referência à sua história, recente ou antiga, que poderá ser de longa ou curta duração, aplicado a um campo restrito.

Outro conceito que devemos abordar é a historiografia, sendo que, para o Institucionalismo,

[...] é o registro dos fatos históricos que a gente encontra nos arquivos e, geralmente, é uma versão que foi conservada e foi publicada porque coincide com os interesses do Estado, das classes dominantes, do instituído e do organizado, que tem recursos para resgatar e promover estes documentos (BAREMBLITT, 2002, p. 37).

Nesse sentido, a proposta da Análise Institucional na abordagem Sócio-Histórica desenvolvida por Savoye (2007) trouxe como fundamento a necessidade de ampliação do conhecimento acerca de fatos do passado, mas que ainda possuem repercussão no presente.

Savoye (2007) considera que a abordagem Sócio-Histórica, ao articular a História e a Sociologia, pode ser entendida de duas maneiras distintas, conforme o enfoque seja dado ao conhecimento do presente ou ao do passado. Quando a ênfase é dada ao conhecimento do presente, a abordagem Sócio-Histórica tem significado de entrada em uma perspectiva histórica de uma “realidade” estudada dentro de sua atualidade, seja ela uma realidade tangível (instituição, fenômeno, evento) ou abstrata (representação, noção, conceito, teoria), ou seja, trata-se de atualizar a dimensão diacrônica dessa realidade.

O objetivo é entender o presente através de um mergulho no seu passado.

Quando, por outro lado, a ênfase é dada ao conhecimento do passado, a abordagem Sócio-Histórica significa estudar as realidades não contemporâneas, circunscritas ao passado, através do aporte teórico de métodos históricos e sociológicos.

A Análise Institucional de orientação Sócio-Histórica trabalha com alguns domínios: correntes pedagógicas e disciplinas científicas (que se enraizam na própria Análise Institucional) e objetos – a história institucional, métodos e técnicas científicos ou pedagógicos – postos em ação tanto por aquelas correntes quanto por aquelas disciplinas.

A história institucional se conjuga através de um conjunto de atividades a serem desveladas: suas finalidades, sua organização, sua base social, suas crises e rupturas.

A abordagem da pesquisa Sócio-Histórica tem uma característica única em relação às pesquisas empíricas e à socioanálise, visto “[...] não se remeter a uma realidade viva”, requerendo “competências especiais” que possibilitem combinar “o quadro conceitual da Análise Institucional, a gênese teórica e social, a análise da implicação [...] com técnicas historiográficas e métodos da história” (SAVOYE, 2007, p. 5).

Segundo Savoye (2007), a pesquisa Sócio-Histórica se aplica bem ao institucionalismo, pois além dos conceitos de *instituição* e *institucionalização* vistos anteriormente, dois outros conceitos, o de *gênese teórica* e *gênese social*, necessários à análise da instituição, são essencialmente históricos.

Heliana de Barros Conde Rodrigues, uma das mais importantes estudiosas no Brasil da Análise Institucional Francesa, também destaca a relevância de se considerar a gênese teórica e a gênese social dos conceitos. Assim, ao apresentar o artigo “Os anos de inverno da Análise Institucional Francesa”, afirma que:

O presente artigo é parte de uma série de escritos dedicados à história da Análise Institucional Francesa [...], em que a gênese teórica de conceitos e dos dispositivos institucionalistas se vê posta em permanente interferência com sua gênese sócio-histórica (RODRIGUES, 2006, p.30).

Para Savoye (2007),

[...] o conceito de institucionalização não é o único a requerer trabalhos de natureza histórica. Os conceitos conexos de gênese teórica e gênese social – instrumentos forjados, particularmente, para analisar instituições (ou práxis) do campo do conhecimento e do saber – igualmente orientam qualquer análise institucional para trabalhos históricos. Com efeito, uma práxis cognitiva tem uma gênese teórica, isto é, uma história que é a das 'condições da ciência como ciência' (M. Foucault)[...]. [...] esta gênese teórica se conjuga com uma gênese social constituída pelo entrelaçamento de fatores de natureza política, social e institucional que presidem à emergência de nova práxis cognitiva [...] (SAVOYE, 2007, p. 1-2).

Porém, para o desenvolvimento de uma análise da práxis do campo do conhecimento e do saber, é indispensável que o pesquisador se perceba implicado no processo e ponha em análise o seu processo de implicação.

Segundo Lourau, o escândalo da Análise Institucional talvez seja “[...] o de propor a noção de implicação [...]” (LOURAU, 1993, p. 9).

É importante enfatizar a diferença entre *implicação* (dedicação, esforço, compromisso) e *análise de implicação* (trabalho coletivo de elucidação dos vínculos afetivos, históricos e profissionais com as instituições) (RODRIGUES et al., 2005, p. 87), sendo a implicação institucional designada como “[...] o conjunto das relações que existem, conscientemente ou não, entre o ator e o sistema institucional” (LOURAU, 1995, p. 173).

Com a intenção de se fazer entendido sobre o conceito de implicação, cuidadosamente Lourau (2004c) distingue, de forma teórico-didática, cinco dimensões da implicação, que, na prática, elas se interpenetram:

Implicações primárias: 1) implicações do pesquisador-praticante com seu objeto de pesquisa/intervenção; 2) implicação na instituição de pesquisa ou outra instituição de pertencimento e, antes de tudo, na equipe de pesquisa/intervenção; 3) implicação na encomenda social e nas demandas sociais. Implicações secundárias: 4) implicações sociais históricas, dos modelos utilizados (implicações epistemológicas); 5) implicações na escritura ou qualquer meio que sirva à exposição da pesquisa (LOURAU, 2004c, p. 255-256).

Simplificando, Monceau (2008, p. 22) afirma que, em situações de intervenção, “[...] nossas implicações primárias são nossas implicações dentro da própria situação de intervenção e as implicações secundárias são nossas implicações do campo da análise.”

Como Lourau afirmou em vários textos, não basta explicitar as implicações; é preciso também colocá-las em análise. Esta é, sem dúvida, uma das maiores dificuldades que se apresentam para aqueles que trabalham na perspectiva da Análise Institucional (SÓL, 2011, p. 89).

Segundo Lourau (1993, p. 36-37), “[...] a análise da implicação é o cerne do trabalho socioanalítico, e não consiste somente em analisar os outros, mas em analisar a si mesmo a todo o momento [...] O importante é a análise se tornar a mais pública e coletiva possível.”

O útil ou necessário para a ética, à pesquisa e a ética da pesquisa não é a implicação – sempre presente em nossas adesões e rechaços, referências, participações e não participações, sobre motivações e desmotivações, investimentos e desinvestimentos libidinais... – mas a análise dessa implicação [...] que deve ser analisada individualmente e coletivamente, o que põe atividade intensa e, muitas vezes, penosa, [...] pois a implicação se encontra camuflada pela sobreimplicação, mantida à sombra da última (LOURAU, 2004a, p. 190-191, reticências do original).

Por outro lado, a análise da implicação em relação à Análise Institucional Sócio-Histórica se reveste também de grande importância metodológica, pois

[...] possui dificuldades operatórias diferentes daquelas que se colocam na situação de intervenção socioanalítica. Levá-la a efeito necessita, por conseguinte, de reexaminar os métodos que existem, pensar em novos, relevantes para uma situação de pesquisa inédita (SÓL, 2011, p. 90).

Lourau (2004a) apresenta o conceito de sobreimplicação como derivado do conceito de implicação. Ao contrário desta, que aborda um conjunto de relações entre o pesquisador e sua pesquisa, a sobreimplicação se refere a apenas um único nível de análise ou a um só objeto, impossibilitando a análise de outras dimensões (RODRIGUES et al., 2005). Isso porque a sobreimplicação pode ser entendida como

[...] certa deriva do conceito de implicação relacionada organicamente à cooptação e exploração da própria subjetividade, além de constituir-se na ideologia normativa do sobretrabalho, do ativismo, que guarda como um de seus efeitos a dificuldade de processamento analítico (MANCEBO, 2007, p. 79).

De forma menos dramática, Monceau (2008, p. 23), partindo do referencial de Lourau e Lapassade, diz que “[...] o conceito de sobreimplicação, que permite uma melhor compreensão do conceito de implicação, poderia ser definido como uma possibilidade de analisar a implicação.” Isso pode ocorrer, segundo Lourau (2004a),

[...] quando isolamos um dos campos de análise, psicologizando-o, por exemplo. [...] Desse modo, pode-se chegar a negar a existência de um ou outro campo; por exemplo, o libidinal, o da relação com o objeto, ou mesmo aquele, igualmente obscuro e determinante, da relação com a escritura (LOURAU, 2004a, p. 91).

Dessa maneira, ao considerarmos a possibilidade da não implicação do pesquisador com sua pesquisa e o “perigo” na emergência de processos sobreimplicados, é preciso estar atento para as motivações pessoais e profissionais que impulsionaram o

desenvolvimento desta pesquisa, oportunizados e explicitados no subcapítulo “Apresentação” deste estudo, pois

A análise Institucional tenta, timidamente, ser um pouco mais científica. Quer dizer, tenta não fazer um isolamento entre o ato de pesquisar e o momento em que a pesquisa acontece na construção do conhecimento. Quando falamos em implicação com uma pesquisa, nos referimos ao conjunto de condições da pesquisa. Condições inclusive materiais, onde o dinheiro tem uma participação tão “econômica” quanto ‘libidinal’ (LOURAU, 1993, p. 16).

Por outro lado, o conceito de implicação também está presente na análise de textos conforme Lourau demonstrou ao analisar os escritos de Malinowski, incluindo seu Diário, pois:

A implicação é concebida em ligação com o *implícito* do texto, o que não designa necessariamente o inconsciente ou o escondido, mas sobretudo, [...] os níveis ou modos de escritura recomendados, autorizados ou proibidos pela instituição. O implícito é, por exemplo, o intertexto ronronante das relações da pesquisa sociológica sob contrato, esse jargão, essa citação infinita, esse sistema de referência fechado como uma ostra; em suma, um certo tom, uma certa maneira de dar o nó da gravata da escritura, uma musiquinha sem palavras... Analisar tal intertexto já é compreender o implícito das relações, com a encomenda social, com a instituição... (LOURAU, 2004c, p. 252, grifos e reticências do original).

Ao concretizarmos a pesquisa proposta, foi de fundamental importância conhecer o conceito de analisador que, de acordo com L’Abbate (2007), “[...] é um conceito polissêmico, porque originado da experiência de várias disciplinas, desde a química até a Psicanálise”, criado por Félix Guattari, para quem “[...] o papel do analisador parece consistir em trazer à luz certas situações e levar o conjunto do grupo a não poder safar-se demasiado facilmente de sua verdade”.

Lourau chamava de analisador os “[...] acontecimentos ou fenômenos reveladores e ao mesmo tempo catalisadores, produtos de uma situação que agem sobre ela” (LOURAU, 2004a, p. 132), ou seja, aquilo “[...] que permite revelar a estrutura da organização, *provocá-la, forçá-la a falar*” (LOURAU, 1995, p. 284, grifos do original).

Os analisadores são o “motor” da análise, pois permitem fazer a análise ao revelarem dimensões que permaneciam encobertas. São altamente provocadores, porque obrigam a sociedade (ou certos setores importantes) a falar, a mostrar faces que permaneciam à sombra. Ao serem identificados, revelam, sobretudo, as relações de pessoas, grupos, classes, instituições e organizações e também seu modo de funcionar, ou seja, “[...] **analisador** é qualquer acontecimento, ou conjunto de acontecimentos, que devido a certas circunstâncias, torna-se revelador de aspectos que permaneciam ocultos num grupo, instituição, organização ou até numa ‘sociedade’ (L’ABBATE, 2007, grifo do original).

Nesta perspectiva, L’abbate afirma que

o conceito de analisador e sua aplicação constituem uma verdadeira inversão epistemológica, pois produzem uma união entre a análise e o fenômeno que a engendra, provocando assim uma inversão da relação entre o objeto real e o objeto de conhecimento, na medida em que eles não são mais considerados como entidades separadas (L’ABBATE, 2004, p. 82).

A explanação dos fenômenos e conceitos desenvolvidos de acordo com os diversos autores institucionalistas citados pretendeu apontar “pistas e ferramentas” no resgate da institucionalização da Assistência Farmacêutica, considerando a experiência do município de Vitória/ES.

3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E O SEU PROCESSO IMPLANTAÇÃO NO BRASIL

“Ultimamente venho sendo consumidor forçado de drágeas, comprimidos, cápsulas e pomadas que me levaram a meditar na misteriosa relação entre a doença e o remédio. Não cheguei ainda a conclusões dignas de publicidade, e talvez não chegue nunca a elaborá-las, porque se o número de doenças é enorme, o de medicamentos destinados a combatê-las é infinito, e a gente sabe o mal que habita em nosso organismo, porém fica perplexo diante dos inúmeros agentes terapêuticos que se oferecem para extingui-lo. E de experiência em experiência, de tentativa em tentativa, em vez de acertar com o remédio salvador esbarramos é com uma nova moléstia causada ou incrementada por ele, e para debelar a qual se apresenta novo pelotão de remédio, que por sua vez...”

(O HOMEM E O REMÉDIO: QUAL O PROBLEMA? – Carlos Drummond de Andrade).

Farmacêutico e poeta, Carlos Drummond de Andrade utiliza sua sensibilidade poética para provocar reflexões sobre a representatividade simbólica do medicamento na vida das pessoas e a “misteriosa relação entre a doença e o medicamento”.

O medicamento, produto farmacêutico usado com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico (BRASIL, 2001, p. 36), se destaca como instrumento terapêutico utilizado para aliviar o sofrimento causado por uma doença ou mesmo para curá-la. Todavia, sua utilização indiscriminada, bem como sua falta, pode provocar danos muitas vezes irreparáveis à saúde individual ou de uma coletividade (PAULA, 2009, p. 1113).

A utilização indiscriminada ou inadequada dos medicamentos compõe um cenário de irracionalidade quando, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000b),

[...] no mundo, mais de 50% dos medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inapropriadamente e 50% dos pacientes não os usam conforme o que foi prescrito. Nos Estados Unidos da América (EUA), o uso inadequado de medicamentos é responsável por 4% das causas de óbito, por 5 % a 7% das causas de hospitalização e aumenta, em média, 20% o tempo de internação. No Brasil o uso inadequado de medicamentos é responsável por mais de 10% dos custos com saúde (IBAÑEZ; ELIAS; SEIXAS, 2011, p. 382).

Dados de 2009 informam que o mercado farmacêutico internacional arrecadou cerca de 800 bilhões de dólares. Desse montante, a fatia de 40% (320 bilhões de dólares) ficou com a América do Norte, seguida pela Europa com 30% (240 bilhões de dólares), sendo que para a América Latina coube apenas 6% (48 bilhões de dólares), destacando-se o Brasil, que arrecadou aproximadamente 17 bilhões de dólares naquele ano, posicionando-se como o 10º maior mercado do mundo. Os valores movimentados no mercado farmacêutico colocam o setor entre os maiores do mundo. Muitas empresas deste setor possuem faturamento maior que o Produto Interno Bruto (PIB) de diversos países. Para o ano de 2012 a estimativa é de que as vendas se aproximem de um trilhão de dólares (ACÚRCIO, 2013, p. 25).

Os valores expressos em bilhões de dólares justificam a grande expansão do mercado farmacêutico global, podendo também ser atribuída a outros fatores, como aumento da demanda por medicamentos diversos e a tratamentos preventivos, se considerarmos o crescimento do contingente populacional com maior expectativa de vida. Somando-se aos fatores mencionados está o processo de perda de patentes de importantes medicamentos e o crescimento de mercados emergentes que, juntos, projetam uma estimativa de crescimento para o mercado farmacêutico da ordem de 5 a 8% até o ano 2020 (IBAÑEZ; ELIAS; SEIXAS, 2011).

Na avaliação de Acúrcio (2013), o mercado farmacêutico apresenta uma dualidade na relação de quem usa o medicamento (no caso o paciente) com quem o prescreve. Quem paga pelo consumo do produto é o paciente, que sabe pouco ou nada sobre a qualidade, segurança e eficácia, mas quem decide o que de fato será consumido é o

prescritor. Esse fenômeno é conhecido pela ciência econômica como assimetria da informação⁶.

Todos os apontamentos anteriormente apresentados em torno dessa tecnologia – o medicamento – levaram os organismos internacionais a pensarem estratégias de enfrentamento para o uso irracional de medicamentos, considerando que a intervenção terapêutica mais frequentemente utilizada e com maior custo-efetividade é o medicamento, quando sua prescrição e seu uso são realizados de forma racional⁷.

Considerando o importante destaque para aquela tecnologia de maior custo-efetividade, a Organização Mundial da Saúde (OMS), preocupada com a conformação do cenário de irracionalidade e rumos em relação à utilização de medicamentos enquanto prática do cuidado integral de uma determinada população, em 1975, em sua 28ª Assembleia Mundial da Saúde, na Resolução WHA 28.66, afirmou que estava convencida da necessidade de desenvolvimento de políticas de medicamentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Na interpretação de Bonfim e Mercucci (1997) aquelas políticas de medicamentos precisavam ter a preocupação de elaborar diretrizes e dispositivos que “[...] ligassem a pesquisa de fármacos, produção e distribuição com reais necessidades de saúde [...]”.

Desde então, a Organização Mundial da Saúde, em suas discussões e pautada na Resolução WHA 28.66, vinha solicitando a seus Estados-membros que formulassem suas políticas de medicamentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004; ACÚRCIO, 2013) e, nesse sentido, disponibilizou ajuda para o incremento de estratégias que fortalecessem a capacidade de implementar aquelas políticas. Uma das estratégias que

⁶ [...] de modo geral, quem consome não é quem decide sobre os medicamentos, quem decide não paga e quem paga (parcial ou integralmente) às vezes é um terceiro, como é o caso quando os medicamentos são cobertos por seguros públicos ou privados. Em consequência, há interesses contrapostos, dado que quem paga quer minimizar custos, quem consome quer o melhor e quem decide é influenciado pela oferta, que além de ser concentrada, procura induzir a um maior consumo (RÊGO, apud ACÚRCIO, 2013, p. 29).

⁷ Entende-se por uso racional de medicamentos aquele decorrente de uma prescrição realizada com base em evidências, para uma condição onde ele é necessário e com as informações completas quanto à dose, ao esquema posológico e à duração do tratamento. Além disso, o uso racional se completa quando existe acesso ao medicamento e a informações, a adesão do paciente ao tratamento e o seguimento do mesmo pelo serviço de saúde (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007, p. 36).

contribuíram para o fortalecimento da proposta de implantação foi a elaboração de uma lista de medicamentos essenciais⁸, baseada nas necessidades de saúde de uma determinada população e na qualidade dos medicamentos, e o primeiro modelo proposto pela Organização Mundial da Saúde foi publicado em 1977 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Ainda em 1977, a Organização Mundial da Saúde, com o objetivo de apoiar os países membros no desenvolvimento de programas que melhorassem a saúde de suas comunidades, durante a 30ª Assembleia Mundial aprovou a meta **“saúde para todos no ano 2000”** e, em suas resoluções WHA 20.53, WHA 23.61, WHA 25.17, WHA 26.35, WHA 27.44, WHA 28.88 e WHA 29.19, recomendou a realização de uma Conferência Mundial para o intercâmbio de experiências em matéria de desenvolvimento de cuidados primários de saúde (MARIN et al., 2003, p. 115).

Aquela recomendação foi concretizada com a realização da Conferência Mundial sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em Alma-Ata, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), em 1978 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978), com a participação do United Nations Children’s Fund (UNICEF), onde se ratificou a meta de **“saúde para todos no ano 2000”** e a atenção primária como uma estratégia fundamental para alcançar essa meta, fato que teve uma repercussão muito importante para o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no mundo (MARIN et al., 2003, p. 115).

Em relação à Assistência Farmacêutica, os aspectos mais importantes da conferência de Alma-Ata foram:

⁸ Integram o elenco dos medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e compõem uma relação nacional de referência que servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva (BRASIL, 2001, p. 13).

- Considerar o abastecimento dos medicamentos essenciais como um dos oito elementos básicos da atenção primária em saúde;
- A recomendação para que os governos formassem políticas e normas nacionais de importação, produção local, venda e distribuição de medicamentos e produtos biológicos de modo a assegurar, pelo menor custo possível, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados primários de saúde;
- Que adotassem medidas específicas para prevenir a excessiva utilização de medicamentos;
- Que incorporassem medicamentos tradicionais de eficácia comprovada;
- Que estabelecessem sistemas eficientes de administração e fornecimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

Ainda fortemente empenhada em propor estratégias com o objetivo de apoiar os países no cumprimento de suas recomendações, a Organização Mundial da Saúde, em 1981, criou um programa denominado, Programa de Ação de Medicamentos Essenciais. A missão deste programa era diminuir a morbimortalidade das doenças mais comuns, e para isso propôs colaborar com países em desenvolvimento, contribuir na implementação tanto de políticas nacionais de medicamentos quanto de programas que garantissem equidade e acesso aos medicamentos essenciais, bem como assegurassem sua qualidade e seu uso racional (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1997).

O programa de Ação de Medicamentos Essenciais elaborou proposta sobre como desenvolver e implantar uma política nacional de medicamentos, com a publicação do documento “**How to develop and implement a national drug policy**”, em 1988, cuja segunda edição foi publicada em 2001 (MARIN et al., 2003, p. 113).

Naquele documento, os principais componentes que deveriam ser contemplados em uma política de medicamentos foram: seleção de medicamentos essenciais, *affordability*⁹, financiamento, sistema de abastecimento, regulação e garantia de qualidade, uso racional, pesquisa, desenvolvimento de recursos humanos, monitoramento e avaliação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

⁹ Acesso.

Mesmo com todo empenho e iniciativa da Organização Mundial da Saúde desde 1977, com a publicação de uma lista de medicamentos essenciais e posteriormente com a elaboração de estratégias que provocassem os seus Estados membros a desenvolverem e implantarem suas próprias políticas de medicamentos o cenário mundial apresentava avanços, mas ainda grandes desafios em relação ao uso de medicamentos.

Em 2001, vinte anos depois da criação do Programa de Ação de Medicamentos Essenciais, foram observados sinais de progressos em alguns países, principalmente no desenvolvimento de instrumentos de racionalização do uso de medicamentos, como as listas de medicamentos essenciais, os formulários terapêuticos e os guias-padrão (protocolos) de tratamento, assim como a melhoria da cobertura da população em relação aos medicamentos essenciais. Porém, foram encontrados também a existência de problemas persistentes relacionados ao acesso e uso racional dos medicamentos, que se resumem conforme os dados abaixo (BRUNDTLAND, 1999; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Quanto aos aspectos relacionados a acesso aos medicamentos:

- mais de um terço da população do mundo carecia de acesso regular aos medicamentos essenciais. A situação era ainda pior nos países mais pobres da África e da Ásia, onde mais da metade da população não tinha acesso aos medicamentos essenciais;
- 50 a 90% dos medicamentos nos países em desenvolvimento eram pagos pelo próprio usuário;
- em 1997, a Organização Mundial da Saúde estimou que 50 milhões de pessoas morreriam. Desse total, 40 milhões estariam nos países em desenvolvimento e a maioria dessas mortes seriam devidas a: pneumonia, malária, tuberculose e outras doenças para as quais existiam medicamentos e vacinas efetivas e de baixo custo.

Quanto aos aspectos relacionados ao uso racional dos medicamentos:

- até 75% dos antibióticos eram prescritos inapropriadamente;
- mundialmente, somente uma média de 50% dos pacientes tomava seus medicamentos corretamente;
- a resistência antimicrobiana estava crescendo na maioria das doenças infecciosas.

Agravando os problemas relacionados a acesso e uso racional de medicamentos, os países em desenvolvimento apresentavam ainda graves problemas quanto ao gerenciamento da Assistência Farmacêutica, tais como (BRUNDTLAND, 1999; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001):

- ausência de mecanismos eficientes e equitativos de financiamento para aquisição dos medicamentos;
- ausência de sistema público eficiente de suprimento de medicamentos estratégicos;
- necessidade de ações de regulação quanto à garantia da qualidade e eficácia dos medicamentos. Dados internacionais indicavam que 10 a 20% das amostras de medicamentos falhavam nas provas de controle de qualidade em muitos países em desenvolvimento;
- perdas decorrentes de condições inadequadas de transporte e armazenamento.

Como síntese das discussões propostas nos vários Fóruns Internacionais e também no Brasil, podemos destacar os apontamentos afirmados na Declaração de Tóquio:

- A preocupação para com a melhoria do acesso aos medicamentos, principalmente para a população mais desprotegida, destacando-se a necessidade de otimizar os processos de fornecimento de medicamentos;
- A discussão sobre o papel do farmacêutico na atenção à saúde e sobre as mudanças de paradigma da prática farmacêutica;
- A necessidade da assistência farmacêutica ocupar-se destes grandes componentes (acesso aos medicamentos e o papel do farmacêutico), buscando um equilíbrio de tal forma que o medicamento como insumo servisse aos interesses sanitários e fosse inserido na organização dos sistemas e serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1994, p. 1).

Com o cenário persistente de situações insatisfatórias quanto ao acesso e uso racional de medicamentos em relação às suas recomendações, a Organização Mundial de Saúde apresentou quatro objetivos em resposta aos desafios em medicamentos para o século XXI, quais sejam (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004):

- (a) melhorar o acesso a medicamentos essenciais;
- (b) fortalecer as políticas nacionais de medicamentos;
- (c) melhorar a qualidade e segurança dos medicamentos;
- (d) promover seu uso racional.

E, especificamente quanto ao objetivo (b), relacionado a políticas, a estratégia era **“Assegurar a implementação e monitorização de políticas nacionais de medicamentos”** (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2004, grifo nosso).

Com a afirmação desses quatro objetivos ficou claro que o acesso a medicamentos é o objetivo central da política de medicamentos recomendada pela Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2007, p. 07) e essa política deverá ainda contemplar os seguintes componentes fundamentais:

- Seleção de medicamentos essenciais;
- Opções de financiamento;
- Mecanismos que promovam a capacidade aquisitiva;
- Sistemas de abastecimento;
- Regulamentação e garantia de qualidade;
- Uso racional
- Desenvolvimento de recursos humanos;
- Pesquisa;
- Avaliação e monitoramento (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007, p. 64)

De forma mais abrangente, além de todas as recomendações da Organização Mundial da Saúde, uma política de medicamentos deverá contemplar em seu desenvolvimento o maior número possível de atores envolvidos, o que inclui outros ministérios de Estado (Educação, Comércio e Indústria), profissionais de saúde, indústria farmacêutica

nacional e internacional, serviços farmacêuticos, instituições de ensino, organizações não governamentais e associações de profissionais e de usuários (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005, p. 55). Seu caráter intersetorial requer habilidades daqueles diversos atores para dialogarem em torno de uma ampla negociação, durante o seu processo de implantação.

Não podemos perder o foco de que a política de medicamentos é um compromisso oficial de um governo para o setor farmacêutico, com estabelecimento de objetivos, identificando as estratégias para alcançá-los, devendo assegurar:

- O acesso a medicamentos por parte de toda população, de acordo com os princípios de equidade e justiça social que devem caracterizar as políticas do setor saúde;
- A disponibilidade de medicamentos com qualidade, segurança e eficiência terapêutica;
- O uso terapeuticamente racional e economicamente eficiente dos medicamentos por parte de profissionais de saúde e usuários (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005, p. 55).

Na avaliação de Consendey et al. (2000), o fato de as políticas de medicamentos não ter ganhado consistência pode, em parte, ser atribuído as diferenças na forma de se disponibilizar medicamentos em determinados países. Essas diferenças estão relacionadas a questões políticas referentes aos medicamentos essenciais, assim como a questões de seu financiamento. O acesso a esses medicamentos é limitado em países pobres devido, principalmente, a duas razões: os preços desses produtos são altos para a média de rendimento de suas populações e há indisponibilidade de medicamentos necessários ao tratamento das principais doenças.

Portanto, as ações e estratégias que consolidam as políticas públicas, em especial a política de medicamentos, devem buscar uma permanente articulação entre os atores em seus cenários de negociação política, visando o aperfeiçoamento das instituições públicas e privadas envolvidas na promoção do acesso aos medicamentos pelos

cidadãos, usuários do sistema de saúde, de forma racional e de acordo com suas reais necessidades em saúde.

No Brasil, o reconhecimento de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, inclusive com suas ações e serviços apresentando caráter de relevância pública, foi garantido na Constituição Federal de 1988, em seus Artigos 196 e 197:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p. 41).

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988, p. 41).

O Sistema Único de Saúde (SUS), parte integrante da Política Nacional de Saúde foi legalmente instituído a partir daquela Constituição Federal de 1988, em seu Art. 198, ao afirmar que **“as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único”** (BRASIL, 1988, p. 41, grifo nosso).

Esse sistema único deverá ser organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, p.41).

A publicação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), Lei n.º 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990), que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) e “dispõe sobre as condições para a

promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, ao postular suas diretrizes tornou-se um marco histórico fundamental para a saúde no Brasil (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008).

A Lei 8.080 reafirma o direito à saúde quando postula em seu Art. 2º: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990).

E ainda, em seu § 1º:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na reformulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Em relação a seus campos de atuação, a Lei 8.080 estabelece em seu Art.º 6º, incisos I e IV:

I - a execução de ações:
a) de vigilância sanitária;
b) de vigilância epidemiológica;
c) de saúde do trabalhador; e
d) de assistência terapêutica integral, ***inclusive farmacêutica***.
VI - a formulação da **política de medicamentos**, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção (BRASIL, 1990, p. 2, grifos nossos);

A Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 se constituiu em norma adicional à Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) e estabelecia:

[...] a estruturação e operacionalização do componente estadual de assistência farmacêutica;
[...] a reorientação e a implementação da política nacional de assistência farmacêutica e a formulação e execução da política estadual de assistência farmacêutica, em articulação com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1996, p. 26).

A Norma Operacional Básica de 96 trazia muito pouco em relação à Assistência Farmacêutica, revelando uma diferença de amadurecimento entre assistência médica e Assistência Farmacêutica.

Na opinião de Bonfim e Mercucci (1997, p. 342), esse era o principal desafio que a Norma Operacional Básica apresentava em ocasião de sua vigência.

Porém, no cenário político nacional até aquele momento, o gestor federal somente tinha uma proposta de formulação da política de medicamentos para o Brasil, em fase de negociação com o Conselho Nacional de Saúde.

Por outro lado, para alguns Estados, a falta de uma diretriz nacional veio desenvolvendo modelos de Assistência Farmacêutica: uns em forma mais integrada, outros somente para o fornecimento de uma cesta básica e ainda outros que não contavam com nenhuma atividade de Assistência Farmacêutica (BERMUDEZ; BONFIM, 1999, p. 131).

Um estudo apresentado por Consendey et al. (2000) revelou que, no Brasil, os Estados do Paraná, São Paulo e Minas Gerais foram os primeiros a propor uma política de medicamentos destinada aos cuidados primários de saúde. O Estado de São Paulo foi o primeiro Estado a propor a política e priorizou, dentre seus projetos estratégicos, a organização da Assistência Farmacêutica na rede de serviços públicos. Alguns Estados, na ausência de uma definição nacional para a Assistência Farmacêutica, desenvolveram uma definição própria, como o Estado do Ceará, que a definiu como,

um conjunto de atividades interrelacionadas, técnica e cientificamente fundamentada com critérios de equidade, qualidade, custo e efetividade, integrando suas atividades às ações de saúde para promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, centrada nos cuidados farmacêuticos ao paciente e à coletividade (BERMUDEZ; BONFIM, 1999, p. 127).

No que se refere à formulação de uma política, Bermudez e Bonfim (1999) opinavam que,

[...] antes de qualquer movimento ao cumprimento de determinados objetivos, existem diversas rotas para conseguir seus êxitos, rotas que dependem da idiossincrasia de um determinado país, das orientações dos partidos no poder, e da situação social e econômica e de muitas outras coisas (BERMUDEZ; BONFIM, 1999, p. 93).

Nesse sentido, é de fundamental importância que se identificassem as oportunidades para a proposição de um espaço onde os diversos atores, implicados com a proposta de construção de uma política de medicamentos, pudessem dialogar com o objetivo de formular e implantar uma política de medicamentos.

No Brasil, podemos apontar vários movimentos que oportunizaram momentos em potencial para convergência da formulação e implantação de uma política nacional de medicamentos. Esses momentos ora se complementavam, ora se singularizavam, quais sejam:

A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) “Defesa do Consumidor”

A Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI), “**Defesa do Consumidor**”¹⁰, de 1976, apontava 21 tópicos, nas suas conclusões e recomendações, sendo que dois se

¹⁰ O relator dessa CPI foi o Deputado Federal/ES Gerson Camata. As conclusões recomendam restrições ao uso à dipirona [vinte anos após necessitamos fazê-las limitando o emprego ao alívio da dor no câncer e situações clínicas especiais] e esteroides anabólicos por meio de “pareceres de comissões do mais alto nível científico e absolutamente desvinculadas da indústria farmacêutica” e até ação criminal no caso do Winstrol® [estanozolol, da Winthrop, indicado para “alterações do trofismo e do crescimento nas crianças pré-escolares”]. O capítulo *Abusos contra o Consumidor. As bulas* é digno figurar em uma seleta dedicada ao uso racional de medicamentos: “A falsificação de

sobressaiam, um relacionado ao medicamento e outro relacionado às questões da indústria farmacêutica, quais sejam (BONFIM; MERCUCCI, 1997):

Tópico 01 – que se proceda e se institua a uma definição de medicamento¹¹. Esse primeiro tópico enuncia um dos princípios do uso racional de medicamentos e de uma política de medicamentos;

Tópico 18 – que se proceda [...] [...] a uma CPI dedicada exclusivamente à indústria farmacêutica, tanto nas suas atividades como no setor da economia, como nos efeitos sobre o panorama de saúde do País, e no panorama da Terapia e dos profissionais da medicina (BONFIM; MERCUCCI, 1997, p. 25).

Nos anos que se seguiram, outras Comissões Parlamentares de Inquérito foram surgindo, como a dos anos 1993 e 1994 – Comissão Mista de Inquérito – destinada a Examinar a Situação do Setor Farmacêutico, e a de 1995 – Comissão Parlamentar de Inquérito – destinada a Investigar a Ocorrência de Possíveis Irregularidades na Fabricação de Medicamentos. Nesta última, o depoimento de Arnaldo Zubioli, então presidente do Conselho Federal de Farmácia, teve uma importante contribuição quando propôs

[...] que se apresentem [...] propostas que apontassem, objetivamente, as mudanças urgentes e necessárias para se implantar uma real política de medicamentos [...], das quais destacamos: Universalizar a assistência farmacêutica na rede pública, intensificando a distribuição de medicamentos essenciais, racionalizando os canais de distribuição (BONFIM; MERCUCCI, 1997, p. 25).

informações em bulas de medicamentos e a distribuição de literatura dita inédita, mas de caráter e aparência panfletária, para promoção de consumo de medicamentos, atingiu níveis no Brasil que definem crime de responsabilidade. Que se trata de prática deliberada, visando a vantagens econômicas, é óbvio, porque os produtos locais desses medicamentos são, em sua maioria, filiais de empresas estrangeiras que estão, portanto, usando dois pesos duas medidas na apresentação de seus produtos: a apresentação discreta relativamente responsável dos mercados originais; e a apresentação irresponsável e falsa no Brasil". Cf. relatório do Office of Technology Assessment, do Congresso estadunidense, em 1993, *Drug labelin in developing countries* (OTA-H-464) (BONFIM; MERCUCCI, 1997, p. 36-37).

¹¹ “[...] em linhas modernas, como um produto com prioridades terapêuticas específicas para tratamento de males específicos, no qual a comparação entre benefícios e riscos deve ser claramente estabelecida para cada caso; as indicações e contra-indicações devem ser claramente estabelecidas para cada caso” (BONFIM; MERCUCCI, 1997, p. 24).

Na Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) dos Medicamentos em 1999, o fato de a diretora geral da Organização Mundial da Saúde haver aceitado o convite para visitar o Brasil e falar àquela CPI teve uma repercussão política importante. Aproveitando a oportunidade na CPI, e a respeito das Políticas de Medicamentos da OMS, a diretora geral manifestou em seu discurso que (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000a; MARIN et al., 2003):

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apoiará qualquer medida que aumente o acesso a todos os produtos farmacêuticos essenciais de um modo sustentável. Temos de descobrir um modo de ligar as questões de viabilidade comercial e direito ao acesso. Precisamos construir novas pontes entre o fornecimento e a demanda. As falhas hoje existentes são um gigantesco fracasso de mercado. Para termos sucesso, necessitaremos amplas parcerias entre governos em países industrializados e em desenvolvimento, instituições financeiras, e a indústria farmacêutica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000a, p. 3).

E, mais adiante, ainda na CPI dos medicamentos, referindo-se ao Brasil, manifestou que (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000a; MARIN et al., 2003):

As estratégias e políticas de combate à pobreza e garantia de acesso à saúde e a produtos farmacêuticos num país tão vasto e complexo quanto o Brasil devem ser abrangentes e claramente orientadas para garantir o acesso de toda a população a serviços de saúde e a medicamentos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000a, p. 3).

Os 20 anos da Indústria da Doença

Na opinião de Bonfim e Mercucci (1997), o documento base que contribuiu para a compreensão do esforço dos diversos setores, incomodados com os rumos da Assistência Farmacêutica e desejosos por mudança foi, sem dúvida, **20 anos da**

Indústria da Doença¹², (MACHADO, 1982), que divulgou a primeira Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) relacionada aos Medicamentos: “[...] no período de 1961 – 1962 é realizada a primeira Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) relativa a assuntos de políticas farmacêuticas” (BONFIM; MERCUCI, 1997, p. 24).

O tema “medicamentos” nas 8ª, 9ª e 10ª Conferências Nacionais de Saúde

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada de 17 a 21 de março de 1986, teve como tema: “*Saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade; reformulação do sistema nacional de saúde*”, e em seu relatório final (BRASIL, 1986) o tema medicamentos se destacava:

[...] no seu Tema 1 – saúde como direito, item 10, [...] controle do setor de medicamentos e equipamentos pelas multinacionais (BRASIL, 1986, p. 7);
 [...] no seu Tema 2 – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, item 19, [...] é necessária a formulação de uma política de desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, contemplando particularmente a produção de insumos, equipamentos, medicamentos e materiais biomédicos, segundo as prioridades a serem estabelecidas na Política Nacional de Saúde (BRASIL, 1986, p. 24-25).

Em 1992, na 9ª Conferência Nacional de Saúde – “*Municipalização é o Caminho*”, realizada no período de 09 a 14 de agosto, em seu relatório final (BRASIL, 1992) o tema medicamentos destacando-se, no seu Tema 1 – Sociedade, governo e saúde, considerações sobre a reforma sanitária brasileira face ao novo paradigma tecnológico, item 8, os novos desafios industriais e o Sistema Único de Saúde:

¹² Essa obra apresenta em anexo uma Relação de Produtos Não Recomendados pela Associação Médica do Rio de Janeiro (AMERJ), “devidamente autorizado pelo seu secretário Dr. Mário Victor de Assis Pacheco”. A relação, composta de treze listas de produtos agrupados por princípios ativos danosos e que tinham sido proscritos nos países desenvolvidos, constitui a primeira demonstração de competência de uma associação científica profundamente interessada na saúde do povo (MACHADO, 1982).

[...] nos setores e atividades indústrias químico-farmacêutico e farmacêutico estão inseridas as indústrias que respondem pela fabricação e pela disponibilidade de medicamentos que, por sua vez, constituem os insumos finais do consumo setorial específico. A indústria farmacêutica produz medicamentos finais para consumo na forma de apresentação comercial (ampola, comprimido, drágea, supositório, etc) de um fármaco (ou mistura de fármacos) que constitui o princípio ativo. A indústria químico-farmacêutica responde pela produção dos insumos farmacêuticos, os fármacos e/ou intermediários de processo específicos de síntese química. No Brasil, as indústrias brasileiras de capital nacional do setor, privadas e públicas, são principalmente indústrias farmacêuticas, produtoras de medicamentos e que apenas formulam, embalam e comercializam o produto final. O SUS deverá conferir prioridade ao desenvolvimento tecnológico dos fármacos essenciais e seus intermediários, destinados ao atendimento da demanda de medicamentos, devidamente reorientada pela Política de Assistência Farmacêutica [...] (BRASIL, 1992, p. 64).

[...] a disponibilidade de medicamentos, em particular a distribuição de medicamentos essenciais, atende de modo insuficiente à demanda oficial (componente do mercado do qual o Estado é o maior comprador direto). Entretanto, todo o mercado brasileiro de medicamentos está acentuadamente contido [...] [...] a delimitação do tamanho do mercado governamental, a identificação dos pontos de estrangulamento e das fragilidades do setor químico-farmacêutico [...] [...] como os elementos fundamentais para o estabelecimento de uma política de produção industrial, estreitamente articulada a uma Política de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1992, p. 65).

Na 10ª Conferência Nacional de Saúde, com o tema – “*Construção de um modelo de atenção a saúde*”, realizada no período de 02 a 06 de setembro de 1996, em seu relatório final (BRASIL, 1998b), o tema medicamentos destaca-se, no seu item 6 – Atenção integral à saúde, que compreende o ítem 6.2 – Políticas e Programação em Saúde, referindo-se ao item 6.2.10 – Políticas de Medicamentos:

O Ministério da Saúde deverá apresentar ao Conselho Nacional de Saúde, no prazo de 180 (cento e oitenta dias) a partir da divulgação deste Relatório, após ampla discussão com os Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, uma proposta de **Política Nacional de Assistência Farmacêutica** integrada aos princípios do SUS (BRASIL, 1998b, p. 84, grifo nosso).

Ainda de acordo com a 10ª Conferência Nacional de Saúde, aquela Política Nacional de Assistência Farmacêutica deverá:

[...] assegurar assistência farmacêutica técnica e cientificamente fundamentada com critérios de equidade, qualidade e efetividades, para suporte das ações de diagnóstico e tratamento, com uso racional de todo e qualquer medicamento necessário, enfocando as necessidades da população e garantindo a resolubilidade das ações;

[...] estabelecer um padrão de prescrição de medicamentos, avaliando as interações e associações indevidas;

[...] promover a orientação adequada quanto ao uso dos medicamentos, inclusive com a contratação de farmacêuticos e dispensação orientada de medicamentos, em especial para os pacientes de risco;

[...] O Ministério da Saúde deverá convocar [...] [...] a Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, para discutir e deliberar sobre o modelo de assistência farmacêutica adequado para assegurar o acesso da população aos medicamentos necessários (BRASIL, 1998b, p. 85).

O Programa Farmácia Básica

Em 1987 o governo lançou o Programa Farmácia Básica (PFB) na tentativa de implementar possibilidade de acesso da população aos medicamentos essenciais na atenção primária (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008, p. 89).

Em relação ao Programa Farmácia Básica, Bermudez (1995) trouxe uma crítica quando apontou que

[...] o módulo de Farmácia Básica pode ser identificado, em grande parte, como um instrumento de favorecimento do clientelismo político que contribuiu para a distorção da CEME de suas finalidades iniciais e para o quadro de esvaziamento político que caracterizou as consecutivas mudanças em sua vinculação institucional (BERMUDEZ, 1995, p. 137).

A carta de Brasília

A Carta de Brasília, elaborada na plenária final do I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, de acordo com os registros de Bonfim e Mercucci (1997, p. 42), foi elaborada por profissionais Farmacêuticos de todo o país oriundos das Universidades, Instituto Nacional Médico e Previdência Social (INAMPS), Conselhos, Sindicatos, Comissões de Medicamentos Básicos (CMBs), representantes

de estudantes de Farmácia, com a finalidade de propor, considerando o princípio de que a saúde é direito de todos e dever do Estado e que aquele direito não deverá ser reduzido somente aos aspectos do acesso aos serviços de saúde, mas incluir também acesso aos medicamentos, incorporando a saúde aos direitos dos cidadãos, assim como o direito a alimentação, habitação, educação, lazer, trabalho com remuneração digna, meio ambiente e cultura, entre outros.

A proposição de um modelo de Assistência Farmacêutica deverá estar alicerçada nos mesmos princípios que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) do País, definido pela nova Constituição, a saber: universalidade, descentralização, equidade e hierarquização do atendimento, partindo do conceito de que

[...] a assistência farmacêutica não se restringe somente à produção/distribuição de medicamentos, mas considerando que: trata-se de um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde no nível individual ou coletivo, centrados no medicamento; nesta concepção a assistência farmacêutica engloba atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição, dispensação, entendida esta como o ato essencialmente de orientação quanto ao uso adequado e de farmacovigilância. Tal conceito considera que a assistência farmacêutica não é exclusiva de um único profissional, dela participando farmacêuticos, médicos, enfermeiros, químicos, biólogos, entre outros. O farmacêutico ocupa um papel-chave nessa assistência, na medida em que é o único profissional da equipe de saúde que tem sua formação técnico-científica fundada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas. E como profissional de medicamentos, traz para essa área de atuação [...] (BONFIM; MERCUCCI, 1997, p. 42-43).

O I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica

Um importante marco para a Assistência Farmacêutica (AF) foi a realização, em 1988, do I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos – o I ENAFPM. Este encontro, organizado ainda no interior da Central de Medicamentos (CEME), apresentou um diagnóstico da situação do setor farmacêutico brasileiro à época. Este diagnóstico serviu de base para as subseqüentes discussões que

embasaram a proposta de uma Política Nacional de Medicamentos (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008, p. 86).

A experiência de países vizinhos

Na opinião de Bermudez e Bonfim (1999, p. 125), ainda na década de 90,

[...] a maioria dos países realizaram ou se encontravam em processo de reforma de seus sistemas de saúde, orientada a diminuição do estado, descentralização e ao incremento da participação do setor privado, em cumprimento ao princípio de acesso universal aos serviços de saúde como um direito de todos os indivíduos (BERMUDEZ; BONFIM, 1999, p. 125).

A organização integral dos serviços farmacêuticos é mais frequente dentro dos sistemas de seguridade social dos países. Uma revisão das disposições legais sobre medicamentos em alguns países mostra, ainda na década de 90, que em muitas leis recentes sobre saúde ou medicamentos estavam incluídos temas com diferentes graus de especificidade, assim:

Na **Bolívia**, a [...] Lei Boliviana do Medicamento (Lei n.º 1.737 de dezembro de 1996) [...] [...] regulamenta a aquisição e fornecimento de medicamentos para entidades estatais (BERMUDEZ; BONFIM, 1999, p. 130).

[...] **Paraguai**, Lei n.º 1.119 de outubro de 1997, [...] estabelece que a autoridade sanitária nacional emitirá uma lista de medicamentos essenciais e tomará as providências necessárias para facilitar através de suas estruturas, o acesso da população aos produtos da lista de medicamentos essenciais (BERMUDEZ; BONFIM, 1999, p. 130).

No **Chile**, a Resolução n.º 1.248 de 6 de agosto de 1996, que aprova a Política Nacional de Medicamentos, estabelece como área da política a distribuição e dentro dela as diretrizes: a) garantir o acesso aos medicamentos a toda população, informado e oportuno, b) fortalecer o poder de negociação do setor público frente aos produtores de medicamentos, de maneira a conseguir um adequado abastecimento de seus produtos para os estabelecimentos do

Sistema Nacional de Seguridade Social e municipalizados (BERMUDEZ; BONFIM, 1999, p. 130).

Na **Colômbia**, a Lei n.º 100 de 1993, que reforma o sistema de saúde e cria o Sistema Nacional de Seguridade Social em Saúde, [...] estabelece o acesso de toda a população a um Plano Obrigatório de Saúde (POS) incluídos os medicamentos essenciais em sua apresentação genérica. O acordo n.º 083 do Conselho Nacional de Seguridade Social em Saúde, atualiza a lista de medicamentos que deve ser fornecida a toda população como parte do Plano Obrigatório de Saúde e dita disposições sobre prescrição, e a qualidade e oportunidade da prestação do serviço (BERMUDEZ; BONFIM, 1999, p. 130).

Na **Argentina**, a Resolução n.º 247/96 do Ministério da Saúde e Assistência Social, estabeleceu o Plano Médico Obrigatório para as obras sociais, na qual a cobertura de medicamentos é parcial (BERMUDEZ; BONFIM, 1999, p. 130).

A **Costa Rica**, [...] é o país da América Latina onde existe maior organização dos serviços farmacêuticos. A partir da Resolução do Conselho Técnico Institucional que assinou a Carta Costarricense de Seguridade Social o fornecimento de medicamentos, sua organização em uma rede de serviços, baseada no modelo de Sistemas Locais de Saúde (SILOS). Conta com um sistema de coordenação dos três níveis de gestão formando o Comitê Nacional de Atenção Farmacêutica, os Comitês Regionais de Atenção Farmacêutica e os Comitês Locais (BERMUDEZ; BONFIM, 1999, p. 130).

A Crise dos medicamentos

No período de abril de 1992 a abril de 1993, um estudo realizado por Bermudez e Possas (1995) apontou que uma das grandes causas para a restrição do acesso da população aos medicamentos foi uma tentativa de recuperação da margem de lucro dos medicamentos, perdida durante o período de controle governamental.

Segundo Cosendey et al. (2000, p. 171), no final do ano de 1992 a crise de medicamentos no Brasil agravou-se devido a problemas de aumento dos seus preços de venda, decorrentes do fim do controle de preços por parte do governo.

O Seminário Nacional sobre Política de Medicamentos

A realização do *Seminário Nacional sobre Política de Medicamentos – Assistência Farmacêutica: Acesso aos medicamentos e Qualidade de Vida Rumos e Perspectivas no Brasil*, ocorrido nos dias 13 e 14 de agosto 1996, só foi possível devido à

[...] parceria e coordenação conjunta estabelecidas entre a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), Organização Pan-Americana de Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), Ministério da Saúde, Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BONFIM; MERCUCCI, 1997, p. 341).

Na avaliação de Bonfim e Mercucci (1997), o objetivo do referido seminário era de,

[...] promover o debate sobre a inserção da assistência farmacêutica e da política de medicamentos como partes integrantes do processo da construção do modelo de atenção à saúde que assegurasse equidade e universalidade. Em especial será conferida ênfase ao papel dos medicamentos essenciais no processo de descentralização e de municipalização, objetivando acesso universal e redução de custos. Identificar os principais entraves e apontar alternativas que componham teses para discussão da assistência farmacêutica no SUS (BONFIM; MERCUCCI, 1997, p. 337).

Ainda segundo esses mesmos autores,

[...] foi consenso no seminário que a questão de fundo que se torna indispensável analisar é o modelo econômico que o governo federal está implementando. O financiamento das ações de saúde, no âmbito da Seguridade Social, é requisito fundamental que deve se constituir em tese a ser apresentada na 10ª Conferência Nacional de Saúde. [...] é necessária a explicitação de qual modelo assistencial que se encontra em curso no país. A

assistência farmacêutica obrigatoriamente deve se inserir como política setorial no âmago da política de saúde (BONFIM; MERCUCCI, 1997, p. 342).

O relatório produzido após o seminário ganhou potência no cenário nacional provocando uma discussão articulada no sentido da elaboração de uma política de medicamentos, além de “expressar propostas contribuindo para que o assunto seja ainda mais debatido e aprofundado, levantando polêmicas, provocando consenso e dissenso, inserindo a Assistência Farmacêutica na discussão do direito à saúde e construção do Sistema Único de Saúde” (BONFIM; MERCUCCI, 1997 p. 337).

A Resolução da Organização Mundial da Saúde

Segundo Bonfim e Mercucci (1997), em janeiro de 1997 a Organização Mundial da Saúde (OMS), através de seu Conselho Executivo, aprovou a resolução que

[...] insta os países membros reafirmarem seu compromisso de elaborar e aplicar políticas farmacêuticas nacionais para garantir o acesso equitativo aos medicamentos essenciais, além de enfatizar a necessidade de promover o uso racional de medicamentos, treinar recursos humanos e fornecer educação à população [...] (BONFIM; MERCUCCI, 1997, p. 341).

A falência e a desativação da Central de Medicamentos (CEME) do Ministério da Saúde

No Brasil, até 1997, quando foi desativada após inúmeros problemas, a Central de Medicamentos (CEME) era o órgão federal responsável pela Assistência Farmacêutica. A CEME¹³ foi criada em 25 de junho de 1971, pelo Decreto nº 68.806¹⁴ de 1997 e era

¹³ A Central de Medicamentos (CEME), organismo autárquico dependente do Ministério da Saúde, encarregado da definição da Política de Assistência Farmacêutica para o país, foi desativada durante 1997 e suas funções atribuídas a diferentes áreas dentro do Ministério da Saúde (BERMUDEZ; BONFIM, 1999, p. 131).

ligada diretamente à Presidência da República, responsável pela aquisição e distribuição de medicamentos no país, de forma centralizada.

No contexto de diversas crises com implicações sociais e econômicas, a CEME foi extinta em meio a denúncias de ineficiência e corrupção (ACÚRCIO, 2013, p. 16). A partir da sua extinção, iniciou-se um amplo processo de discussão com todos os setores nacionais interessados e, de forma crescente, foram sendo definidas as responsabilidades pela gestão e financiamento da Assistência Farmacêutica nas três esferas do Sistema Único de Saúde (SUS). A qualidade dos medicamentos comercializados no Brasil e o papel do Estado foram objeto de discussões em toda a sociedade. No entanto, o caráter prevalente endêmico do problema tinha origens remotas, como se consta pelas diversas comissões parlamentares de inquérito instauradas ao longo dos anos, envolvendo o mercado farmacêutico (1961, 1979, 1988, 1996, 1998, 2000) (ACÚRCIO, 2013, p. 17).

Os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)

Em setembro de 2000, os líderes de 189 países firmaram um pacto durante a Cúpula do Milênio promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU), em Nova York.

Desse acordo nasceu um documento, denominado *Declaração do Milênio*, que estabeleceu como prioridade eliminar a extrema pobreza e a fome do planeta até o ano de 2015. Para tanto, foram acordados oito objetivos, chamados de Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que deverão ser alcançados por meio de ações específicas de combate à fome e à pobreza, associadas à implementação de políticas de saúde, saneamento, educação, habitação, promoção da igualdade de gênero e meio ambiente (BRASIL, 2004b).

¹⁴ Revogado pelo Decreto n.º 2.283, de 25 de julho de 1997 (BRASIL, 1997b), que dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) e a desativação da Central de Medicamentos (CEME), e dá outras providências.

A Declaração do Milênio definiu também o estabelecimento de uma parceria global que buscasse construir o desenvolvimento sustentável. Para cada um dos oito objetivos foram estabelecidas metas, num total de 18, que podem ser acompanhadas por um conjunto de 48 indicadores propostos por um grupo de especialistas do Secretariado das Nações Unidas, do Fundo Monetário Internacional (FMI), do Banco Mundial e da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) (BRASIL, 2004b, p. 09).

Dentre as Metas estabelecidas, a 17ª traz a preocupação daquele conjunto de países em relação a medicamentos: “META 17 – Em cooperação com as empresas farmacêuticas, **proporcionar acesso a medicamentos essenciais** a preços acessíveis, nos países em vias de desenvolvimento” (BRASIL, 2004b, p. 09, grifo nosso).

Desde então, o Brasil vem se empenhado em promover espaços de discussão nos cenários de amplitude nacional e internacional, que pudessem alavancar a implementação de estratégias em relação ao cumprimento da Meta 17, como:

O Brasil buscou a parceria internacional para estabelecer o reconhecimento de que as restrições de patentes não se devem interpor aos direitos dos países de proteger a saúde pública e de assegurar medicamentos a todos. Esse conceito foi reconhecido na IV Conferência Ministerial da OMC, realizada em Doha, no Catar, em novembro de 2001, após ampla negociação com países desenvolvidos e em desenvolvimento. Para alcançar esse resultado, o país utilizou os diferentes fóruns internacionais, procurando ressaltar a importância do acesso a medicamentos – especialmente aqueles relacionados a doenças mais complexas como a AIDS – a preços condizentes com a situação econômica dos países em desenvolvimento. Obteve, assim, o reconhecimento, por meio de resoluções da Comissão de Direitos Humanos da ONU e da Organização Mundial da Saúde, ao princípio de que é um direito humano fundamental o acesso a medicamentos, em particular para o controle da AIDS. Em resposta inicial, os países desenvolvidos apoiaram a criação do Fundo Global de Combate à AIDS, Malária e Tuberculose, que prevê o financiamento e vendas preferenciais de medicamentos aos países mais pobres. [...] de maneira geral, o Brasil tem defendido nos fóruns internacionais a necessidade de ser considerado o equilíbrio entre as ações de prevenção e de tratamento, a alocação de recursos específicos para o combate à AIDS, a redução dos preços dos medicamentos, a utilização de genéricos, bem como o destaque ao vínculo entre direitos humanos e o combate à pandemia do HIV/AIDS. (BRASIL, 2004b, p. 89)

O Acordo sobre Direitos da Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio – “Acordo TRIPS”

Ainda em relação ao empenho do Brasil no cumprimento de acordos que possam fortalecer a sua capacidade de negociação, e conseqüentemente promover o acesso a medicamentos,

[...] na OMC, após amplas negociações, a Conferência Ministerial de Doha reconheceu, em declaração específica, que a interpretação e implementação do Acordo sobre Direitos da Propriedade Intelectual relacionados ao Comércio – conhecido como TRIPS – deveria ser feita de maneira consentânea com os direitos de proteger a saúde pública e assegurar remédios a todos.

[...] o Brasil foi um dos principais atores responsáveis pela aprovação, durante a 61ª Assembleia Mundial de Saúde (AMS), realizada em maio de 2008, da Estratégia Global sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual. Entre os resultados dessa Estratégia está o de corroborar o papel da Organização Mundial da Saúde (OMS) como provedora de apoio técnico e político aos países que pretendem fazer uso das flexibilidades previstas no Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS). Além disso, reafirma a importância do uso de mecanismos já existentes relacionados ao desenvolvimento de tecnologias, à inovação e à garantia do acesso aos medicamentos, bem como a introdução de novos mecanismos. A Estratégia Global sobre Saúde Pública, Inovação e Propriedade Intelectual está orientada para as necessidades de saúde pública e para as prioridades dos países em desenvolvimento, na busca de ações concretas como a rápida entrada dos medicamentos genéricos no mercado. Ainda durante a 61ª AMS, o Governo brasileiro anunciou a doação de US\$ 500 mil para o programa da OMS encarregado de levar a cabo as ações previstas na Estratégia Global. Em âmbito regional, o Brasil engajou-se na aprovação pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), instituição regional da Organização Mundial de Saúde, de resolução que corrobora os principais pontos presentes no documento da Estratégia Global;

[...] na questão de propriedade intelectual e acesso a medicamentos, cumpre destacar o papel relevante do Brasil como único país da América Latina a utilizar-se da licença compulsória em medicamentos, direito previsto no Acordo TRIPS e na Declaração de Doha sobre TRIPS e Saúde Pública. A medida conseguiu reduzir os custos de aquisição do Efavirenz 600mg – remédio essencial para o tratamento do HIV/AIDS – de US\$ 1,59 para US\$ 0,4594, incluindo o custo de aquisição de empresas indianas, o frete e os *royalties* pagos aos detentores da patente. É importante sublinhar que o Brasil é pioneiro em proporcionar acesso universal e gratuito a diagnóstico, prevenção e tratamento às pessoas com HIV/AIDS por meio do Sistema Único de Saúde. Em 2008, o Brasil aderiu ao Protocolo de Emenda ao artigo 31 de TRIPS, que permite a exportação de medicamentos sob licença compulsória para países com capacidade de fabricação insuficiente ou inexistente. O Protocolo de Emenda entrará em vigor a partir do momento em que for alcançado número de ratificações correspondente a dois terços dos Membros da OMC. A data limite para aprovação do Protocolo foi prorrogada para 31 de dezembro de 2011;

[...] em outubro de 2009, o Conselho de Direitos Humanos das Nações Unidas (CDH) aprovou, por consenso, projeto de resolução de iniciativa do Fórum de Diálogo Brasil-Índia-África do Sul (IBAS), com o apoio do Egito, sobre o tema de acesso a medicamentos. A resolução aprovada, intitulada *Acesso a medicamentos no contexto do direito à saúde*, contou com o copatrocinio de 32 países, em sua maioria do mundo em desenvolvimento, e resultou de intenso processo negociador no qual as economias desenvolvidas opuseram firme resistência, em particular os Estados Unidos, o Japão e a União Europeia; [...] A aprovação do projeto de iniciativa do IBAS representou importante avanço no tratamento do tema de acesso a medicamentos no CDH. Reconheceu-se que tal acesso é um elemento fundamental para a realização do direito à saúde. Até o momento, o debate estava circunscrito, no âmbito do Sistema das Nações Unidas de direitos humanos, a algumas doenças transmissíveis ou negligenciadas. Os termos aprovados na 12ª sessão do CDH constituem passo adiante de grande relevância na medida em que não se limitam à questão de acesso a medicamentos a nenhuma doença específica, significando a ampliação do escopo do conceito a todo o universo de enfermidades (BRASIL, 2004b, p. 89-90).

A 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF)

A 1.ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF)¹⁵ foi realizada entre os dias 15 e 18 de setembro de 2003, na Academia de Tênis, em Brasília – DF.

Essa foi a primeira conferência convocada para tratar especificamente do tema Medicamentos e Assistência Farmacêutica no Brasil e teve como característica principal traçar um quadro da situação dessa área no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2005).

O tema central da Conferência foi: “Efetivando o Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social”, organizado em três subtemas. O primeiro subtema foi “Acesso à Assistência Farmacêutica: a relação dos setores público e privado de atenção à saúde”, o segundo subtema foi “Pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a produção de medicamentos” e o terceiro subtema foi “Qualidade na

¹⁵ MOÇÃO DE REPÚDIO DA CNMAF – Uma das moções de repúdio foi para [...] o governador e ao secretário de Saúde do Estado do Espírito Santo, por não atender as deliberações do Conselho Estadual de Saúde e da Plenária Final da Conferência Estadual de Médicos e Assistência Farmacêutica, desrespeitando o compromisso anteriormente assumido quanto à viabilização de passagens para delegados estaduais (BRASIL, 2005).

Assistência Farmacêutica, formação e capacitação de recursos humanos” (BRASIL, 2005).

Aquela conferência corroborou as propostas que até então vinham sendo apontadas em movimentos em prol da expansão do acesso da população aos medicamentos.

Todas as propostas poderão ser encontradas no Relatório Final da Conferência (BRASIL, 2005), porém destacamos algumas temáticas das proposições apresentadas: Acesso à Assistência Farmacêutica: a Relação dos Setores Público e Privado de Atenção à Saúde; Assistência Farmacêutica; Aquisição; Custo/Preço dos Medicamentos; Educação em saúde; Medicamentos Excepcionais e Especiais; Financiamento; Legislação/Fiscalização; Listas/Relação de Medicamentos; Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico para a Produção Nacional de Medicamentos; Farmoquímicos; Fitoterápicos/Biodiversidade/Homeopáticos; Genéricos; Hemoderivados; Laboratórios Oficiais; Pesquisa & Desenvolvimento; Patentes; Qualidade na Assistência Farmacêutica; Formação e Capacitação de Recursos Humanos; Bioética; Informação/Informatização; Farmacovigilância/Farmacoepidemiologia/Farmacoeconomia; Educação em Saúde (BRASIL, 2005).

No contexto histórico e político os fatos e/ou momentos apontados anteriormente colaboraram com o cenário de discussão sobre Assistência Farmacêutica, impulsionando o Brasil a implantar sua Política Nacional de Medicamentos.

As Tabelas 1 e 2 demonstram uma síntese dos principais dispositivos legais e estratégias, nas décadas de 70 a 90, que surgiram ao longo do processo de implantação da Política Nacional de Medicamentos no Brasil.

Tabela 1 – Principais atos legais no período de 1970 até o final da década de 1980.

ANO	DISPOSITIVO LEGAL	DO QUE TRATA
1971	Decreto nº 68.806	Cria a Central de Medicamentos (CEME)
	Lei nº 5.772	Institui o código industrial e dá outras providências.
1973	Lei nº 5.991	Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos, correlatos e dá outras providências.
	Decreto nº 72.552	Estabelece o Primeiro Plano Diretor de Medicamentos
1974	Decreto nº 74.170	Regulamenta a Lei 5.991/73
1975	Lei n.º 6.259	Institui o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
	Decreto 78.231	Regulamenta a Lei 6.259 de 1975
1976	Portaria n.º 514/MPAS/GM	Homologa a Relação Nacional de Medicamentos Básicos
	Lei nº 6.360	Dispõe sobre a vigilância sanitária sobre medicamentos
1977	Portaria MPAS/GN 817	Atualiza a Relação Nacional de Medicamentos Básicos
	Decreto nº 79.094	Regulamenta a Lei 6.360/76
1988	-	1º Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Políticas de Medicamentos (1º ENAFPM)

Fonte: (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008) – Adaptado.

Tabela 2 – Principais atos legais na década de 1990 – contexto da reorientação da Assistência Farmacêutica

ANO	DISPOSITIVO LEGAL	DO QUE TRATA
1990	Lei nº 8.080	Regula as ações e serviços de saúde
1991	Decreto Nº 100	Cria a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)
1993	Lei nº 8.689	Extingue o INAMPS e transfere competências para o SUS
1996	Lei nº 9.294	Regulamenta o Decreto nº 2.018/96 que dispõe sobre a restrição ao uso e à propaganda de medicamentos
	Lei nº 9.279	Regula direito e obrigações relativos à propriedade intelectual
	Lei nº 9.313	Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS.
1997	Lei nº 9.431	Dispõe sobre a manutenção de programa de controle de infecções hospitalares pelos hospitais do país
1998	Portaria nº 3.916	Aprova a Política Nacional de Medicamentos
	Portaria nº 344	Dispõe sobre medidas de fiscalização de substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial
	Portaria nº 633	Cria a Redes Brasileira de Laboratórios Analíticos Certificadores em Saúde
1999	Lei n 9.782	Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a ANVISA e dá outras providências
	Lei nº 9.787	Altera a Lei nº 6.360/76, que dispõe sobre a vigilância sanitária e estabelece o medicamento genérico
	Decreto nº 3.181	Dispõe sobre a Vigilância Sanitária e o medicamento genérico e sobrenomes genéricos em produtos farmacêuticos
	Portaria GM nº 507	Institui a RENAME
	Portaria nº 176	Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos

Fonte: (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008) – Adaptado.

De acordo com os movimentos ocorridos no Brasil relacionados ao período que antecedeu a Política de Medicamentos e outros no período de vigência da política, relacionando os fatos históricos e políticos que impulsionaram o país a elaborar sua própria política de medicamentos, todos eles, de uma forma ou de outra, destacavam fatores que abordavam: a exclusão de uma parcela da população ao acesso aos medicamentos, problemas com a qualidade dos medicamentos, uso irracional de medicamentos, desarticulação da Assistência Farmacêutica, desorganização dos serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2008, p. 4).

Na avaliação de Oliveira, Bermudez e Osório-de-Castro (2007, p. 83), em 1998 o momento político era adequado para a discussão de uma política de medicamentos, principalmente quando em 1997 a Central de Medicamentos (CEME) foi desativada, conduzindo a situação em favor da necessidade de haver uma definição coordenada das atividades e responsabilidades de setores do Ministério da Saúde quando a abordagem se referia a medicamentos.

Ainda segundo esses autores (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007) diversos fatos ligados a CEME contribuíram para alavancar o processo de discussão da política nacional de medicamentos, como os conflitos e as discussões intermináveis entre setores de produção pública e privada de medicamentos de capital nacional, as distorções dos objetivos iniciais de implantação da CEME, diminuição da participação em atividades relacionadas à pesquisa e desenvolvimento tecnológico e denúncias de irregularidades.

Mediante o cenário apresentado, as atividades que antes eram delegadas à CEME foram redistribuídas de forma fragmentada em diversos setores do Ministério da Saúde.

Quanto ao andamento da proposição de uma política nacional de medicamentos no Brasil, a mesma só foi instituída na década de 90, com a publicação da Portaria n.º 3.916, denominada Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998a), que constituiu uma das estratégias fundamentais de investimento com enorme potencial gerador de mudanças de atitudes dos profissionais de saúde, com o objetivo de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população.

3.3 A IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi aprovada pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução n.º 338 de 06 de maio de 2004 (BRASIL, 2004a), considerando:

- a) a competência da direção nacional do Sistema Único de Saúde de formular, avaliar e elaborar normas de políticas públicas de saúde;
- b) as deliberações da 12.ª Conferência Nacional de Saúde;
- c) as deliberações da 1.ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica – Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência Farmacêutica, com controle social, realizada no período de 15 a 18 de setembro de 2003 (BRASIL, 2004a, p. 1).

Essa Resolução – n.º 338 de 2004 (BRASIL, 2004a),

[...] é um importante manifesto político que complementou a Política Nacional de Medicamentos e chamou atenção à necessidade de integralizar as ações de Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS, privilegiando a efetivação do acesso, da qualidade e da humanização na Assistência Farmacêutica, ao mesmo tempo que mantinha a lógica da descentralização e da pactuação entre instâncias gestoras como forma de vencer a fragmentação das ações (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007, p. 91).

Em seu Art. 1º, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecia princípios, dos quais destacamos:

I - 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 (BRASIL, 2004a, p. 1).

Nesse sentido, enfatizamos que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica foi parte integrante da Política Nacional de Saúde (PAULA, 2009, p. 1115).

E ainda, em seu princípio II,

[...] a Assistência Farmacêutica deveria ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacaram-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolveu tanto o setor público como privado de atenção à saúde (BRASIL, 2004a, p.1).

Nos seus princípios III e IV a Política Nacional de Assistência Farmacêutica ganhou potência quanto a organização dos serviços farmacêuticos com ênfase na Atenção Farmacêutica quando,

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

IV - as ações de Assistência Farmacêutica envolveriam aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. Seria a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção

de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deveria envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (BRASIL, 2004a, p.1).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica tratou em seu Art. 2º dos seus eixos estratégicos, comuns em alguns pontos ao que determinava a Política Nacional de Medicamentos.

Ao demonstrarmos os eixos estratégicos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, assim como aos princípios, não temos a pretensão de discuti-los a todos, porém, gostaríamos de evidenciar que ambos se referiam à proposição de ações e atitudes que norteariam o modelo de organização da Assistência Farmacêutica.

Nesse sentido, o esquema apresentado pela Figura 2 trouxe alguns elementos que pudessem evidenciar a comparação das duas políticas – Política Nacional de Medicamentos e Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

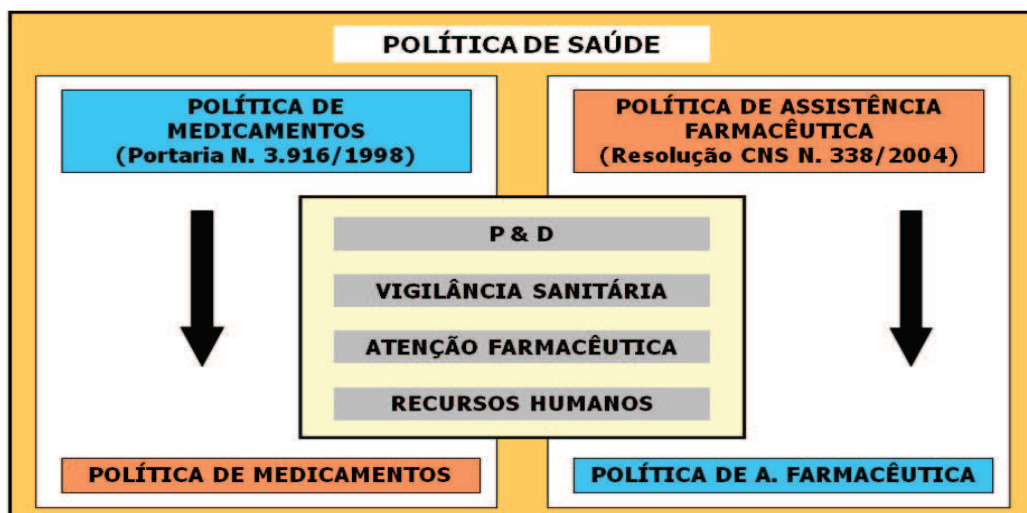


Figura 2 – Inserção das práticas farmacêuticas no contexto da política de saúde.

Fonte: MARIN et al., 2003 – Adaptado.

Podemos perceber que o esquema apresentado (Figura 2) evidencia que, tanto a Política Nacional de Medicamentos quanto a Política Nacional de Assistência Farmacêutica estavam contidas na Política Nacional de Saúde, característica que revelou uma condição comum entre as duas políticas.

Ainda analisando o esquema apresentado na (Figura 2), alguns elementos norteadores como, Pesquisa e Desenvolvimento (P & D), Vigilância Sanitária, Atenção Farmacêutica e Recursos Humanos, atravessaram as duas políticas, sejam através de diretrizes, princípios ou eixos norteadores, com maior ou menor intensidade.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica enfatizou a necessidade de qualificação e organização dos serviços de Assistência Farmacêutica e ratificou a importância da promoção do uso racional de medicamentos, pautados na Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2004a).

O movimento em torno da publicação e da efetivação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica chamou atenção para a necessidade de se rediscutir a Assistência Farmacêutica, garantido que o tema fosse realocado na agenda política do Ministério da Saúde, proporcionando espaços de discussão em função da necessidade de se discutir a organização dos processos que envolvem a Assistência Farmacêutica.

4. O CENÁRIO DE ESTUDO E SEU SISTEMA DE SAÚDE

4.1 O CENÁRIO DE ESTUDO: O MUNICÍPIO DE VITÓRIA

A Ilha de Vitória, formada por um arquipélago composto por 33 (trinta e três) ilhas e por uma porção continental situada ao norte, compreendeu uma área total territorial de 98.194 km². As paisagens da cidade encantavam a quem chegava, quer seja de avião, navio ou pela via terrestre. Sete pontes interligavam a Ilha de Vitória ao continente, cidade que foi fundada oficialmente no dia 8 de setembro de 1551(PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2013b).

Capital do Espírito Santo, Vitória compôs um conjunto de setenta e oito municípios que formaram aquele Estado e, juntamente com os municípios de Serra, Cariacica, Viana, Vila Velha, Fundão e Guarapari, compõem a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV), composta por aproximadamente 1.687.704 habitantes, segundo censo do IBGE (2010) (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2013a).

A fundação da cidade de Vitória começou 34 anos depois de o Brasil ter sido descoberto, em 1500. O então Rei de Portugal, D. João III, dividiu as terras do Brasil em capitâneas hereditárias, cabendo à capitania do Espírito Santo ao fidalgo Vasco Fernandes Coutinho, que tomou posse em 23 de maio de 1535, instalando-se no sopé do morro da Penha, em Vila Velha (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010a).

No dia 08 de setembro de 1551 os índios invadiram o povoado e, iniciaram uma marcha violenta rumo ao centro colonizado. Os colonos enfrentaram os índios, que foram derrotados. Os exploradores portugueses comemoraram com uma grande festa. A partir dessa data a ilha passou a se chamar Vila da Vitória. Elevada à categoria de cidade em 1823, a província passou a ser chamada apenas de Vitória (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009).

Explorando a região, os portugueses buscaram um local mais seguro para se guardarem dos ataques dos índios e de estrangeiros (holandeses e franceses), seguindo, então, pela baía de Vitória, e contornando a ilha, aportaram em Santo Antônio (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010a).

Nos 300 anos iniciais de sua história, Vitória foi uma vila-porto, tendo enfrentado franceses e ingleses atrás de açúcar e de pau-brasil. Em meio ao pequeno núcleo urbano, de feição nitidamente colonial, haviam "capixabas" - roças - na língua dos índios - expressão que acabou servindo para denominar os habitantes da ilha e, posteriormente, todos os espírito-santenses (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010a).

A data de emancipação política do município foi 24 de fevereiro de 1823, quando um Decreto-Lei Imperial concedeu Fórum de Cidade a Vitória. Os índios chamavam a Ilha de Vitória de Guanaaní ou "Ilha do Mel" pela beleza de sua geografia e amenidade do clima com a baía de águas viscosas e manguezal repleto de moluscos, peixes, pássaros e muita vida (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010a).

No século XX, em função da ocupação dos morros, que refletiam as luzes das casas nas águas da baía, Vitória passou a ser chamada de "Cidade Presépio do Brasil" e depois "Delícia de Ilha". A partir de meados daquele mesmo século, a cidade se transformou em função das mudanças econômicas ocorridas no estado do Espírito Santo. A ocupação urbana se estendeu por grande parte da ilha e avançou, definitivamente, em direção à porção continental do município (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010a).

Com uma população de 333.162 habitantes (IBGE¹⁶, 2010), o município se organizou em bairros, regulamentado pela Lei n.º 6.077 de 29 de dezembro de 2003 (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2003). Em sua territorialização administrativa Vitória se dividiu em 08 (oito) Regiões Administrativas¹⁷ (o bairro Jardim Camburi por sua extensão geográfica e populacional passou a ser considerado Região Administrativa), de acordo com a Lei n.º 6.488 de 08 de dezembro de 2005 (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2005).

A Figura 3 demonstra a configuração das 08 (oito) Regiões Administrativas que compuseram o desenho geopolítico do município de Vitória.

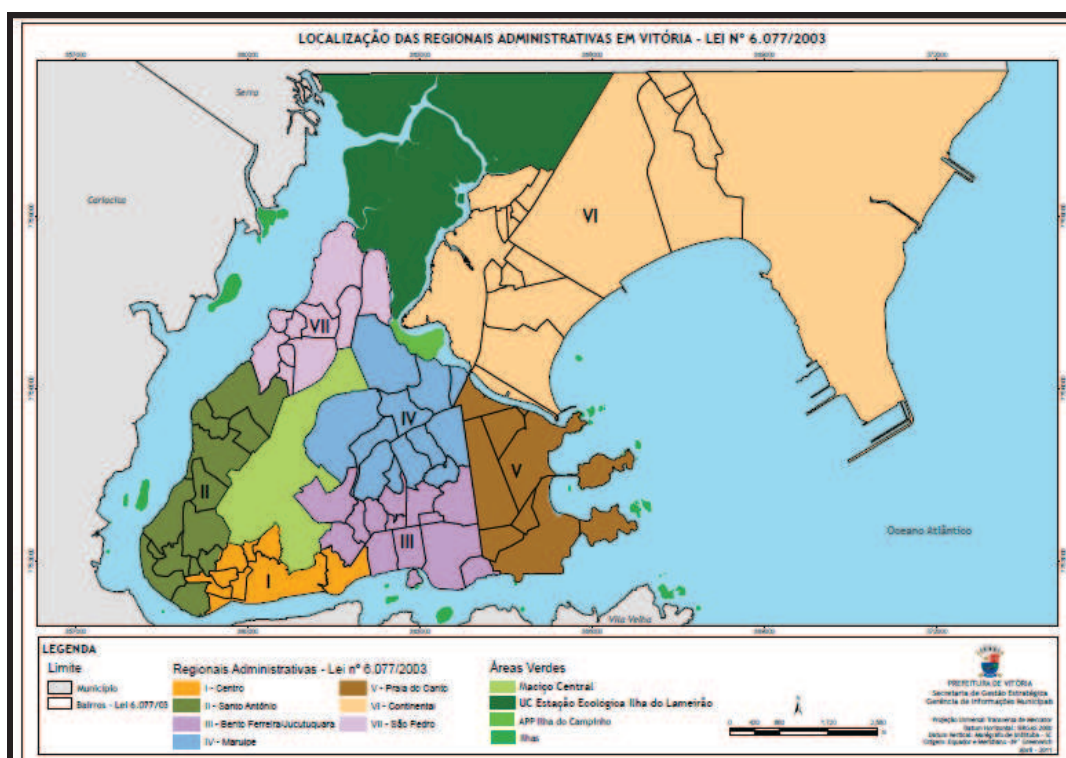


Figura 3 – Regiões Administrativas, Vitória/ES, 2013.

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2013a.

¹⁶ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estimativa populacional 2012, a partir do Censo Demográfico de 2010.

¹⁷As informações disponibilizadas a partir do Censo 2000 foram ajustadas de acordo com a Lei 6.077/2003. A Lei foi aprovada em 2003, mantendo na região Continental os bairros de Fátima, Carapina, Hélio Ferraz e Parque Industrial, pertencentes ao Município de Serra/ES, além de Jardim Camburi, que hoje forma a oitava regional.

Ao estratificarmos a população do município, segundo gênero e grupos de idade, no período 2000 a 2010, percebemos que houve um predomínio de pessoas na faixa etária de 19 a 20 anos, em ambos o sexo. A pirâmide populacional refletiu bem este predomínio, conforme demonstra a Figura 4.

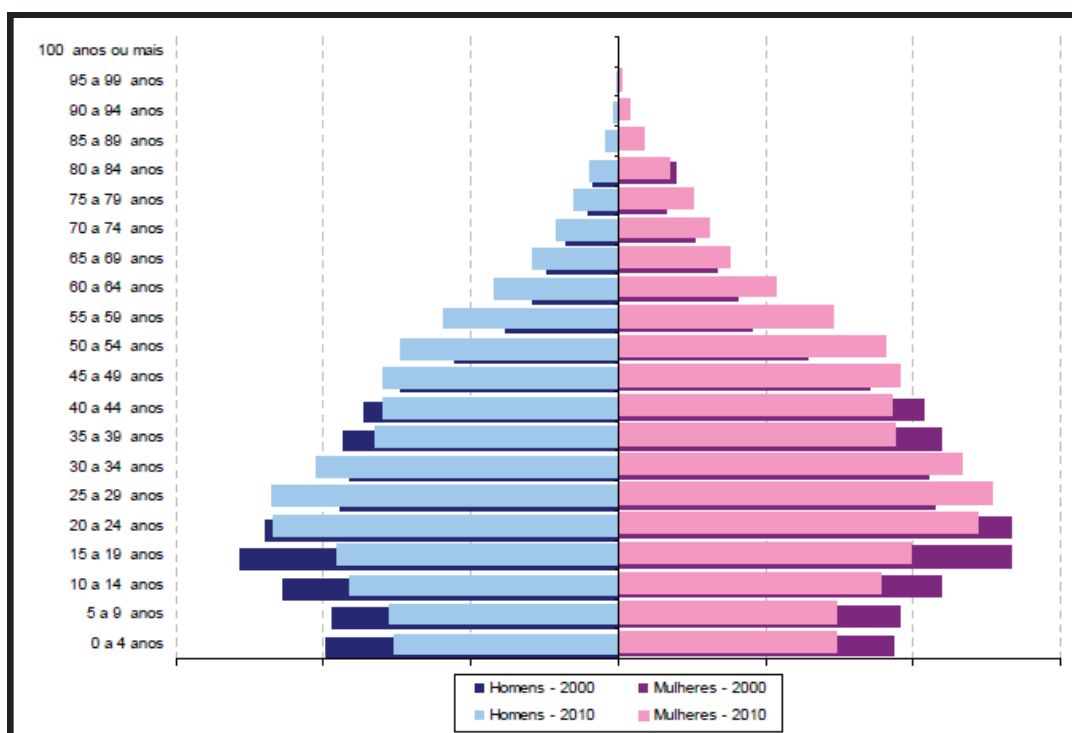


Figura 4 – Distribuição da população por sexo, segundo grupos de idade, Vitória/ES, 2000 a 2010.

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2013b.

A Tabela 3 apresenta dados referentes à alfabetização segundo gênero, em Vitória, no ano de 2010.

Em 2010 (Tabela 3), do total de 288.311 pessoas de 10 anos ou mais de idade em Vitória, 133.851 pessoas eram do gênero masculino, representando 46,43% e 154.460 pessoas eram do gênero feminino, representando 53,57%.

Porém, do total de pessoas de 10 anos ou mais de idade alfabetizadas (280.065 pessoas), 130.789 pessoas estavam alfabetizadas (Tabela 3) e pertenciam ao sexo masculino, correspondendo a 46,7% da população de anos ou mais total. Em relação ao sexo feminino, 149.276 pessoas estavam alfabetizadas, correspondendo a 53,3% desse total e pertenciam ao sexo feminino. Nesse caso, as mulheres representaram um contingente maior de pessoas de 10 anos ou mais alfabetizadas.

Tabela 3 – Pessoas de 10 anos ou mais de idade alfabetizadas por gênero, Vitória/ES, 2010.

Unidade da Federação e Município	Pessoas de 10 anos ou mais de idade (pessoas)			Pessoas de 10 anos ou mais de idade (%)		Pessoas de 10 anos ou mais de idade, alfabetizadas			Pessoas de 10 anos ou mais de idade alfabetizadas (%)	
	Total	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Total	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
Espírito Santo	3.005.616	1.472.066	1.533.550	48,98	51,02	2.779.595	1.367.309	1.412.286	49,19	50,81
Vitória – ES	288.311	133.851	154.460	46,43	53,57	280.065	130.789	149.276	46,7	53,3

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2013b – Adaptada.

Em relação aos serviços que compuseram os indicadores de saneamento, a Tabela 4 demonstra que em 2004 o índice de cobertura da população com ligações de água era de 98%, alcançando o patamar máximo de 100% no ano de 2008. Para as ligações de esgoto, em 2004 o índice de cobertura da população era de 49%, progredindo para 58% no ano de 2008 (Tabela 4).

Tabela 4 – Indicadores de saneamento, Vitória/ES, 2004 a 2008.

<i>Informações e Indicadores de Vitória – CESAN¹⁸</i>					
Serviços	2004	2005	2006	2007	2008
Ligações de água	50.388	50.783	51.449	52.490	53.846
Economias de água	116.612	118.269	119.758	122.498	125.972
População coberta	291.309	302.808	309.301	318.911	326.531
Índice de cobertura	98%	98%	98%	100%	100%
Ligações de esgoto	16.505	17.044	17.432	17.846	18.911
Economias de esgoto	58.023	61.500	63.337	66.167	70.106
População coberta	144.911	154.719	163.726	178.597	184.084
Índice de cobertura	49%	51%	52%	56%	58%

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2013b – Adaptada.

A Tabela 5 traz um resumo dos indicadores de desenvolvimento para o município de Vitória, dos quais destacamos alguns.

Em 2002, Vitória se destacou em primeiro lugar como a capital com melhor índice de satisfação dos serviços públicos pela Fundação Getúlio Vargas (FGV).

Em 2006, se destacou em primeiro lugar com o melhor índice de Desenvolvimento pela Federação das Indústrias do Estado do Rio de Janeiro (FIRJAN¹⁹).

Em 2007, se destacou como a cidade brasileira com maior facilidade de abrir um negócio pela ABAPE.

Em 2010, se destacou como a capital com melhor índice de competitividade do turismo nacional – aspectos ambientais.

¹⁸ Companhia Espírito Santense de Saneamento.

¹⁹ O Índice FIRJAN de Desenvolvimento Municipal (IFDM), é um estudo anual do Sistema FIRJAN que acompanha o desenvolvimento de todos os mais de cinco mil municípios brasileiros em três áreas: Emprego & Renda, Educação e Saúde. Ele é feito, exclusivamente, com base em estatísticas públicas oficiais, disponibilizadas pelos ministérios do Trabalho, Educação e Saúde. De leitura simples, o índice varia de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento da localidade. Além disso, sua metodologia possibilita determinar, com precisão, se a melhora relativa ocorrida em determinado município decorreu da adoção de políticas específicas ou se o resultado obtido é apenas reflexo da queda dos demais municípios (<http://www.firjan.org.br/ifdm/>).

Em 2012, ano que apresentou melhores índices, Vitória foi a capital em 1º lugar no Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), capital com melhor qualidade de vida (Proteste), melhores práticas da Agenda Ambiental de Administração Pública (A3P) – uso sustentável dos recursos naturais e capital com maior Produto Interno Bruto (PIB²⁰) per capita.

Tabela 5 – Resumo dos indicadores de desenvolvimento de Vitória/ES.

Ano	Posição	Ranking
2000	8º	Menor grau de exclusão social
	9º	Melhor renda do país
	9º	Melhor renda per capita do país
2002	1º	Capital com melhor Índice de Satisfação dos Serviços Públicos (FGV)
2003	5º	Maior índice de inclusão digital
2005	2º	Melhores condições de vida (ICV/FGV)
2006	1º	Melhor Índice de Desenvolvimento (FIRJAN)
	23º	Municípios mais dinâmicos
2007	1º	Cidade brasileira com maior facilidade de abrir um negócio (ABAPE)
	18º	Melhor Índice de responsabilidade fiscal e social
2008	3º	Capital que Realiza mais Investimentos (ABRASF)
2009	2º	Capital com melhor Índice de Desenvolvimento Municipal (FIRJAN)
	7º	Cidade da Região Sudeste com mais investimentos
2010	1º	Capital com melhor Índice de Competitividade do Turismo Nacional - Aspectos Ambientais
	2º	Capital com melhor Índice Firjan de Gestão Fiscal - IFGF (FIRJAN)
2011	3º	Capital com melhores condições para se fazer carreira
2012	1º	Capital com melhor Índice de Desempenho do SUS – IDSUS
	1º	Capital com melhor qualidade de vida (ProTeste)
	1º	Melhores Práticas da Agenda Ambiental de Administração Pública - A3P (Uso Sustentável dos Recursos Naturais)
	1º	Capital com maior PIB per capita
	2	Capital mais bem avaliada no Índice do SUAS (MDS)
	3º	Capital mais desenvolvida do país (Índice Firjan de Desenvolvimento Municipal)
	4º	Cidade mais digital do Brasil (Revista Wireless Mundi)

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2013b.

²⁰ O Produto Interno Bruto é a soma das riquezas produzidas dentro de um território, este indicador é fundamental para compreender como se situa a economia de uma região. Seja uma cidade, um estado, uma nação, um grupo de nações e até todo o planeta (Disponível em: <http://www.academiaeconomica.com/2009/04/firjan-o-que-e-isso.html>).

O IDSUS foi um indicador incorporado recentemente pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), que faz uma aferição contextualizada do desempenho do Sistema Único de Saúde (SUS), quanto ao acesso às ações e serviços de saúde (potencial ou obtido) e à efetividade da Atenção Básica, das Atenções Ambulatorial e Hospitalar e das Urgências e Emergências (BRASIL, 2012).

A partir da análise e do cruzamento de uma série de indicadores simples e compostos, o IDSUS avalia o Sistema Único de Saúde que atende aos residentes nos municípios, no nosso caso, Vitória; regiões de saúde, Estados, bem como todo país (BRASIL, 2012).

Entre os vinte e quatro indicadores que compõem a metodologia de avaliação do IDSUS estão: a proporção de nascidos vivos de mães que fizeram pré-natal; a realização de exames preventivos de câncer de mama e de colo do útero; número de internação para tratamentos clínicos e cirurgias de média e alta complexidade (como transplantes e cirurgias de coração e de rins); cura de tuberculose e hanseníase; a proporção de partos normais; e o número de óbitos durante internações por infarto agudo do miocárdio (BRASIL, 2012).

O município de Vitória alcançou o primeiro lugar no IDSUS, em sua primeira versão no ano de 2011, conforme apontam os dados da Tabela 6, com um valor atribuído de 7,08, se comparado com outras capitais do seu grupo.

Tabela 6 – Ranking das Capitais no Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) por Grupo Homogêneo 1.

Ranking	Capitais	IDSUS/2012 ²¹
1º	Vitória	7,08
2º	Curitiba	6,96
3º	Florianópolis	6,67
4º	Porto Alegre	6,51
5º	Goiânia	6,48
6º	Belo Horizonte	6,40
7º	São Paulo	6,21
8º	Campo Grande	6,00
9º	São Luis	5,94
10º	Recife	5,91
11º	Natal	5,90
12º	Salvador	5,87
13º	Teresina	5,62
14º	Manaus	5,58
15º	Cuiabá	5,55
16º	João Pessoa	5,33
17º	Fortaleza	5,18
18º	Brasília	5,09
19º	Maceió	5,04
20º	Belém	4,57
21º	Rio de Janeiro	4,33

Fonte: BRASIL, 2012 – Adaptada.

Com esta posição em relação ao IDSUS, a cidade de Vitória assume uma responsabilidade importante frente à organização da sua rede de serviços e a atenção integral aos usuários do Sistema Único de Saúde.

²¹ A Metodologia do IDSUS foi aplicada no ano de 2011 e o resultado foi apresentado no ano de 2012.

4.2 O SISTEMA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA

A Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Vitória foi criada pela Lei n.º 2.548 de 15 de fevereiro de 1978 (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 1978). Até aquele momento era apenas uma Divisão do Departamento de Educação, Cultura e Saúde.

Nos anos que se seguiram, as normas conferiram a Secretaria Municipal de Saúde vários rearranjos em suas unidades administrativas, dos quais o mais recente foi no ano de 2012, oficializada pelo Decreto n.º 15.489 de 10 de setembro de 2012 (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2012), passando então a apresentar a seguinte composição organizativa, conforme descrição das unidades administrativas:

- I – Secretaria Executiva;
- II – Assessoria Técnica;
- III – Auditoria;
- IV – Ouvidoria;
- V – Fundo Municipal de Saúde;
- VI – Subsecretaria de Atenção em Saúde;
- VII – Gerência de Atenção em Saúde;
- VIII – Coordenação de Atenção Básica;
- IX – Coordenação de Atenção Especializada;
- X – Coordenação de Urgências e Emergências;
- XI – Gerência de Regulação, Controle e Avaliação;
- XII – Coordenação de Controle e Avaliação;
- XIII – Coordenação de Regulação;
- XIV – Gerência de Vigilância em Saúde;
- XV – Coordenação de Vigilância Epidemiológica;
- XVI – Coordenação de Vigilância em Saúde do Trabalhador;

- XVII – Gerência de Assistência Farmacêutica²² ;**
- XVIII – Coordenação Técnica da Assistência Farmacêutica;**
- XIX – Coordenação Administrativa da Assistência Farmacêutica;**
- XX – Subsecretaria de Apoio Estratégico;
- XXI – Gerência do Trabalho em Saúde;
- XXII – Coordenação de Gestão de Pessoas;
- XXIII – Gerência de Logística;
- XXIV – Coordenação de Gestão de Insumos;
- XXV – Coordenação de Contratos e Convênios;
- XXVI – Gerência de Serviços de Apoio à Atenção;
- XXVII – Coordenação de Transporte;
- XXVIII – Coordenação de Zeladoria;
- XXIX – Gerência de Licitação;
- XXX – Coordenação de Licitação;
- XXXI – Gerência da Central de Insumos em Saúde;
- XXXII – Gerência da Escola Técnica e Formação Profissional da Saúde;
- XXXIII – Coordenação de Educação Permanente e Pedagógica;
- XXXIV – Coordenação de Informações em Saúde;
- XXXV – Coordenação de Serviços Administrativos;
- XXXVI – Unidades Básicas de Saúde;
- XXXVII – Centros de Referências;
- XXXVIII – Prontos Atendimentos;
- XXXIX – Coordenação Médica;
- XL – Coordenação de Enfermagem;
- XLI – Laboratório Central Municipal;
- XLII – Coordenação Técnica de Laboratório;
- XLIII – Centro de Vigilância em Saúde Ambiental;
- XLIV – Coordenação Técnica de Vigilância em Saúde Ambiental;
- XLV – Vigilância Sanitária;

²² Destaque para a Gerência de Assistência Farmacêutica e suas Coordenações, que sofreram alterações ao longo do período, conforme demonstraremos nos capítulos - Olhar dos Gestores municipais e Olhar dos Gerentes municipais da Assistência Farmacêutica.

XLVI – Centro Municipal de Especialidades de Vitória;

XLVII – Coordenação Técnica do Centro Municipal de Especialidades de Vitória;

XLVIII – Coordenação Administrativa do Centro Municipal de Especialidades de Vitória.

O Anexo III demonstra estas unidades administrativas através do desenho do Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória.

No contexto do macrodesenho político-regional do estado do Espírito Santo, o município de Vitória está localizado na Região Metropolitana, configurando o novo modelo de regiões de saúde do Espírito Santo, conforme o Plano Diretor de Regionalização da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), concluído em 2011, conforme Figura 5.



Figura 5 – Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Espírito Santo, 2011.

Fonte: SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, 2011.

O Processo de Regionalização pautado nas diretrizes organizativas do Sistema Único de Saúde reservou características que se desdobram em um,

movimento dinâmico e flexível que seguiu em direção oposta aos métodos fechados, rígidos em suas formas de aplicação. Ele se concretizou por meio de Regiões de Saúde, criando um movimento de interação entre as unidades e serviços de saúde que compuseram essas regiões, constituindo espaços de planejamento e co-gestão, considerando a proximidade de realidades e características entre os territórios que a compuseram (BRASIL, 2006).

Esse processo possibilitou arranjos com várias composições que dependeriam da abrangência e do formato geográfico que se pretendia abarcar.

O Sistema Municipal de Saúde de Vitória, em seu processo de Regionalização, apresentou uma conformação geográfica delimitada por 06 Regiões de Saúde que agruparam um conjunto de vinte e nove Territórios²³ de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2013b).

Esses territórios, onde estavam distribuídos os serviços que compuseram o Sistema Municipal de Saúde, seguiram uma lógica de delimitação de áreas de abrangência que consistiam em espaços para as mais diversas formas de atuação.

O território em saúde não é apenas um espaço delimitado geograficamente, mas sim um espaço onde as pessoas vivem, estabelecem suas relações sociais, trabalham, cultivam suas crenças e cultura (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009).

Para Mendes et al. (1993), territórios são constituídos dentro de um processo histórico e possuem características singulares e peculiaridades que permitem uma delimitação geográfica mais ou menos evidente. As fronteiras que marcam os territórios são sempre bastante porosas, na medida em que não separam dois espaços, mas evidenciam algumas características comuns, porém, em permanente transformação e movimento.

Um território de saúde, no entanto, representa muito mais do que uma superfície geográfica, ele é o cenário estabelecido por atores sociais, no qual se desenrola um processo de atenção (FIGUEIREDO; SIMÕES; BONALDI, 2011).

²³ O último território – São Cristóvão – foi implantado em 2012.

A Figura 6 representa o desenho das Regiões de Saúde no município de Vitória (2011). A partir destas Regiões de Saúde, descreveremos os serviços que as compõem, atualizando o Mapa através das informações apresentadas na Tabela 7.

Para tanto, gostaríamos de ressaltar que a Regionalização da Saúde não obedece ao formato das Regiões Político-administrativas. Este fato tem implicações diretas na interlocução dos diversos aparelhos públicos que compõem o município, à medida que se pretende elaborar estratégias integradas de enfrentamento aos problemas, quando se exige que a intersetorialidade seja aplicada.

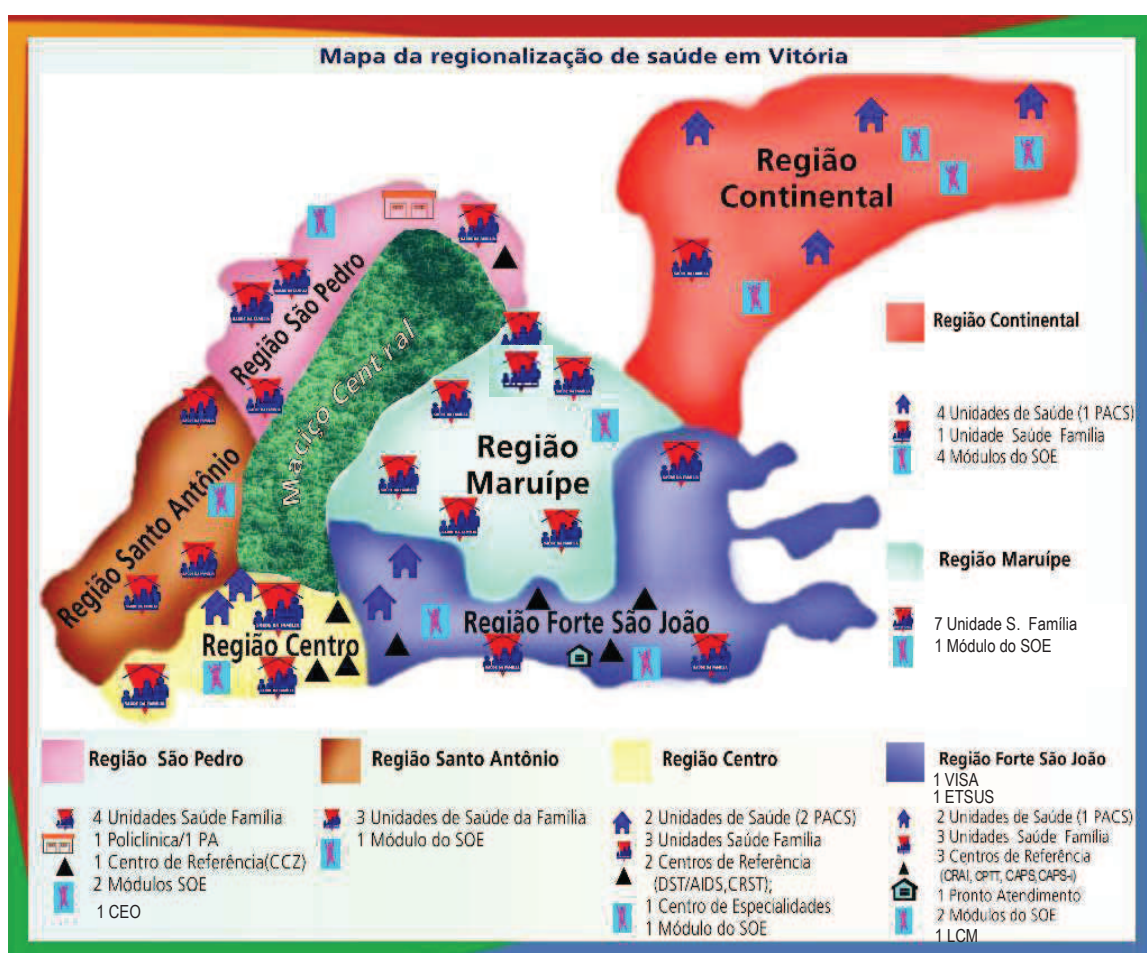


Figura 6 – Mapa da Regionalização da Saúde no município de Vitória/ES.

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2011.

Nota: Atualizado de acordo com as informações apresentadas na Tabela 7.

A Região de Saúde I, **denominada Continental**²⁴, é composta por 05 Territórios de Saúde: Bairro República, Jabour, Maria Ortiz, Jardim da Penha e Jardim Camburi (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009).

Nesta Região estão alocadas 09 (nove) equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009): 05 (cinco) unidades básicas de saúde, 03 (três) no formato convencional, 01 (uma) organizada com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 01 (uma) organizada com a Estratégia Saúde da Família (ESF); 04 (quatro) módulos do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE)

A Região de saúde II, **denominada Maruípe**²⁵, é composta por 07 Territórios de Saúde: Maruípe, Consolação, Bairro da Penha, Bonfim, Andorinhas, São Cristóvão e Santa Marta (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2013b).

Nesta Região estão alocados 08 (oito) equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2013b): 07 (sete) unidades básicas de saúde, todas organizadas com a Estratégia Saúde da Família (ESF); 01 (um) módulo do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE).

A Região de Saúde III, **denominada Centro**²⁶, é composta por 04 Territórios de Saúde: Fonte Grande, Ilha do Príncipe, Santa Tereza/Avelina e Vitória (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009).

Nesta Região estão alocadas 09 (nove) equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009): 05 (cinco) unidades básicas de saúde, 02 (duas) organizadas com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 03 (três) organizadas com a Estratégia Saúde da Família (ESF); 03 (três)

²⁴ Compreendida por 14 bairros (Antônio Honório, Boa Vista, Goiabeiras, Jabour, Jardim da Penha, Maria Ortiz, Mata da Praia, Morada de Camburi, Pontal de Camburi, República, Segurança do Lar, Solon Borges, Aeroporto e Jardim Camburi).

²⁵ Compreendida por 16 bairros (Maruípe, Da Penha, Bonfim, Gurigica, Consolação, Horto, Itararé, Joana D'Arc, São Benedito, Santa Cecília, Santa Martha, Santos Dumont, São Cristóvão, Tabuazeiro, Andorinhas, Bairro de Lourdes).

²⁶ Compreendida por 11 bairros (Centro, Fonte Grande, Piedade, Do Moscoso, Parque Moscoso, Santa Clara, Ilha do Príncipe, Santa Tereza, Morro do Quadro, Do Cabral e Vila Rubim).

Centros de Referência, Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis (CRDST), Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST) e Centro Municipal de Especialidades²⁷; 01 (um) Módulo do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE).

A Região de Saúde IV, **denominada Santo Antonio**²⁸, é composta por 03 Territórios de Saúde: Grande Vitória, Santo Antonio e Favalessa (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009).

Nesta Região estão alocadas 04 (quatro) equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009): 03 (três) unidades básicas de saúde, todas organizadas com a Estratégia Saúde da Família (ESF) e 01 (um) módulo do Serviço de Orientação ao Exercício (SOE).

A Região de Saúde V, **denominada São Pedro**²⁹, é composta por 04 Territórios de Saúde: Resistência, Ilha das Caieiras, Santo André e São Pedro V) (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009).

Nesta Região estão alocadas 10 (dez) equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009): 04 (quatro) unidades básicas de saúde, todas organizadas com a Estratégia Saúde da Família (ESF); 01 (um) Centro Municipal de Especialidades Médicas (CME) São Pedro³⁰; 01 (um) Pronto Atendimento – Pronto Atendimento São Pedro (PASP); 01 (um) Centro de Especialidades

²⁷ Em 2011 haviam 03 (três) Centros Municipais de Especialidades (CME's): CME São Pedro, CME Santa Luíza e CME Centro. Em 2012 o município passou a ter 02 centros: o CME Dr. Aprígio da Silva Freire, em Mário Cypreste (inaugurado em junho), que unificou os atendimentos das unidades de Santa Luíza e Centro, e o CME de São Pedro inaugurado em dezembro (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2013b).

²⁸ Compreendida por 09 bairros (Santo Antônio, Bela Vista, Caratoira, Estrelinha, Arioaldo Favalessa, Grande Vitória, Inhanguetá, Mário Cypreste, Universitário).

²⁹ Compreendida por 10 bairros (Comdusa, Conquista, Ilha das Caieiras, Nova Palestina, Redenção, Resistência, São José, Santo André, São Pedro e Santos Reis),

³⁰ No mesmo local onde funciona o CME São Pedro também funciona o Centro Municipal de Especialidades Odontológicas (CEO).

Odontológicas; 01 (um) Centro de Vigilância em Saúde Ambiental (CVSA³¹); 02 (dois) módulos dos Serviços de Orientação ao Exercício (SOE).

A Região de Saúde VI, **denominada Forte São João**³², é composta por 05 Territórios de Saúde: Forte São João, Ilha de Santa Maria, Jesus de Nazareth, Praia do Suá e Santa Luiza (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009).

Nesta Região estão alocadas 14 (catorze) equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009): 05 (cinco) unidades básicas de saúde, 01(uma) no formato convencional, 01 (uma) organizada com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 03 (três) organizadas com a Estratégia Saúde da Família (ESF); 02 (dois) módulos dos Serviços de Orientação ao Exercício (SOE); 03 (três) Centros de Referência, Centro de Referência em Atenção ao Idoso (CRAI), Centro de Referência em Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), esse último, antigo Centro de Atenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT), Centro de Atenção Psicossocial para Adultos (CAPS); 01 (um) Pronto Atendimento – Pronto Atendimento Praia do Suá (PAPS); 01 (um) Laboratório Central Municipal³³ (LCM); Vigilância Sanitária; 01 (uma) Escola Técnica e de Formação Profissional em Saúde (ETSUS³⁴)

Ainda configurando a rede de serviços o município dispunha de outros equipamentos que prestam serviços na modalidade de convênio, quais sejam (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2009): Maternidade Pró-Matre, Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, Hospital Santa Rita de Cássia e Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes (HUCAM).

A Tabela 7 demonstra a evolução da rede de atendimento no período de 2004 a 2012.

³¹ Antigo Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), alterado pelo Decreto n.º 15.489 de 10 de setembro de 2012 (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2012).

³² Compreendida por 19 bairros (Bento Ferreira, Cruzamento, Forte São João, Fradinhos, Ilha de Santa Maria, Ilha de Monte Belo, Jesus de Nazareth, Jucutuquara, Nazareth, Romão, Barro Vermelho, Enseada do Suá, Ilha do Boi, Ilha do Frade, Praia do Canto, Praia do Suá, Santa Helena, Santa Lúcia e Santa Luiza).

³³ Com 28 (vinte e oito) postos de coleta localizados nos serviços que compõem a rede de atenção.

³⁴ Criada pelo Decreto n. 14.919 de 13 de dezembro de 2010 (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2010b).

No ano de 2012 o município implantou sua primeira Casa de Acolhida Transitória.

A Central de Ambulâncias está inserida no espaço físico da própria secretaria municipal de saúde e conta com 14 (catorze) veículos do tipo ambulância (Tabela 7).

O Centro de Atenção Psicossocial Infantil Álcool e Drogas (CAPSi-AD) foi implantado em 2012. Este serviço possui caráter ambulatorial destinado ao cuidado de crianças e jovens até 16 anos, com transtornos mentais graves, incluindo atenção aos familiares. O trabalho é desenvolvido por uma equipe multiprofissional composta por pediatras, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos desportivos e por pessoal administrativo. Estes profissionais têm uma atuação interdisciplinar visando a prevenção, tratamento e reinserção social por meio de oficinas terapêuticas, atividades esportivas, assistência e formulação de projeto terapêutico individualizado.

A primeira e única Farmácia Popular foi implantada no ano de 2010, em parceria com o Hospital Santa Casa de Misericórdia.

Ainda no ano de 2010, implantou-se a Residência Terapêutica com 8 (oito) residentes egressos do Hospital Adauto Botelho.

Tabela 7 – Equipamentos Públicos em saúde, evolução da rede de atendimento, Vitória/ES 2004 – 2012.

Rede de Atendimento	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total em 2012
Casa de Acolhida Transitória	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Central de Ambulâncias ¹	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Centro de Atenção Psicossocial – CAPS	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Centro de Atenção Psicossocial Infantil – CAPSi	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Centro de Controle de Zoonoses (CCZ), atual Centro de Vigilância em Saúde Ambiental – CVSA	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Centro de Especialidades Odontológicas – CEO ²	-	1	1	1	1	1	1	1	2
Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD) ³	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Centro de Atenção Psicossocial Infantil Álcool e Drogas (CAPSi-AD)	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Centro de Referência de Atendimento ao Idoso – CRAI	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Centro de Referência DST/AIDS	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Centro Municipal de Especialidades – CME ⁴	1	-	-	-	-	2	3	3	2
Escola Técnica e de Formação do Profissional de Saúde	-	-	-	-	-	-	-	1	1
Farmácia Popular	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Laboratório Central Municipal ⁵	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Pronto Atendimento 24h – PA ⁶	2	-	-	-	-	-	-	-	2
Residência Terapêutica	-	-	-	-	-	-	1	-	1
Serviço de Orientação ao Exercício – SOE ⁷	11	-	-	-	-	12	13	-	15
Unidades Básicas de Saúde – UBS	26	-	28	-	-	-	-	-	29
Vigilância Sanitária – VISA	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Academia Popular	-	-	1	-	-	-	3	-	3
Academia Popular da Pessoa Idosa – APPI	-	-	-	-	-	-	7	19	20
Almoxarifado	1	-	-	-	-	-	-	-	1
Total⁸	-	-	-	-	-	-	-	-	88

Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2013b – Adaptada.

Notas:

1) Atualmente, com 14 ambulâncias.

2) Em São Pedro funciona no mesmo espaço o Centro Municipal de Especialidades (CME) e o Centro Municipal de Especialidades Odontológicas (CEO).

3) Antigo Centro de Atenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT).

4) Em 2011 havia 03 Centros Municipais de Especialidades (CME's): CME São Pedro, CME Santa Luíza e CME Centro. Em 2012 o município passou a ter 02 centros: o CME Dr. Aprígio da Silva Freire, em Mário Cypreste (inaugurado em junho), que unificou os atendimentos das unidades de Santa Luíza e Centro, e o CME de São Pedro inaugurado em dezembro. No mesmo local onde funciona o CME São Pedro também funciona o Centro Municipal de Especialidades Odontológicas (CEO).

5) Com 28 postos de coleta.

6) Em 2004 o Pronto Atendimento Municipal funcionava no Hospital da Polícia Militar (HPM). Este serviço foi transferido para o PA da Praia do Suá em 2005.

7) A partir de 2006 o Serviço de Orientação ao Exercício passou a contar, também, com um Módulo SOE Móvel.

8) Em 2010 e 2011, devido ao fato das Unidades de Saúde de São Pedro e Santa Luíza atuarem, também, como Centros Municipais de Especialidades (CME's), os valores totais de equipamentos que compõem a Rede de Atendimento da Saúde foram reduzidos em 2 unidades para que não houvesse duplicação de informações. O mesmo acontece em 2012 com a inauguração do Centro Municipal de Especialidades (CME) e o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) que funcionam no mesmo espaço, em São Pedro, totalizando 63 em vez de 64 equipamentos.

A estrutura organizativa da Secretaria Municipal de Saúde, através do Decreto n.º 15.489 de 2012, garantiu a materialidade da organização da Assistência Farmacêutica através da Gerência de Assistência Farmacêutica (GAF), composta pela Coordenação Técnica de Assistência Farmacêutica e Coordenação Administrativa da Assistência Farmacêutica.

A **Gerência de Assistência Farmacêutica** couberam as seguintes atribuições:

- propor e acompanhar a implantação da Política de Assistência Farmacêutica do Município;
- articular, interna e externamente, as parcerias e cooperações necessárias;
- normalizar procedimentos e condutas relacionadas à Assistência Farmacêutica;
- elaborar e/ou aprovar materiais voltados à comunicação e informação sobre Assistência Farmacêutica;
- implantar o Centro de Informação sobre Medicamentos do Município de Vitória;
- analisar e instruir processos relativos às ações sob sua supervisão, expondo motivos, pareceres e informações necessárias;
- executar outras atividades correlatas ou que lhe venham a ser atribuídas.

De mesmo modo, foram atribuídas à **Coordenação Técnica da Assistência Farmacêutica**:

- elaborar procedimentos e condutas relacionadas à Assistência Farmacêutica;
- harmonizar condutas e ações em conformidade com as políticas de saúde vigentes;
- avaliar e monitorar as diversas atividades desenvolvidas;
- estruturar e atualizar permanentemente o sistema de informações voltado para a Assistência Farmacêutica, subsidiando o gerenciamento e a tomada de decisões;
- conduzir o processo de revisão e atualização da seleção (padronização) de medicamentos no âmbito do município;
- analisar e instruir processos relativos às ações sob sua supervisão, expondo motivos, pareceres e informações necessárias;
- emitir pareceres nas decisões judiciais;
- acompanhar as ações do laboratório de fitoterapia e homeopatia;

- executar outras atividades correlatas ou que lhe venham a ser atribuídas.

À **Coordenação Administrativa da Assistência Farmacêutica** couberam as seguintes atribuições:

- coordenar e acompanhar a programação e aquisição de medicamentos e materiais médicos, com emissão de parecer técnico;
- acompanhar todo o processo de compra de medicamentos e materiais médicos, inclusive com participação nos pregões;
- estruturar e atualizar permanentemente o sistema de informação gerencial municipal, voltado para a logística na Assistência Farmacêutica;
- analisar e instruir processos relativos às ações sob sua supervisão, expondo motivos, pareceres e informações necessárias;
- gerenciar e acompanhar a execução do incentivo à Assistência Farmacêutica;
- executar outras atividades correlatas ou que lhe venham a ser atribuídas.

Portanto, a Assistência Farmacêutica no município de Vitória teve um lugar institucional reafirmado através de sua gerência e coordenações.

O almoxarifado de medicamentos atualmente compõe a gerência na medida em que seu espaço físico, apesar de único e à disposição de toda a Secretaria Municipal de Saúde, permite que um profissional Farmacêutico faça a gestão de todos os medicamentos e insumos diretamente ligados à Gerência de Assistência Farmacêutica.

Assim como o almoxarifado, as farmácias dos serviços que compõem a rede municipal de saúde também poderão ser consideradas como estrutura participante da Gerência de Assistência Farmacêutica à medida que se relacionam tecnicamente com aquela gerência, garantindo a presença do profissional Farmacêutico, praticamente em todos os serviços.

5. ARRANJOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA E SUA REORIENTAÇÃO

Utilizando como referencial teórico a Análise Institucional Sócio-histórica para resgatar o processo de institucionalização da Assistência Farmacêutica, procuramos compreender sua gênese teórica e gênese social através das interrelações entre fatores políticos, sociais e institucionais, reconstruindo assim, a história institucional deste arranjo ou prática de organização dos serviços, ou seja, suas “[...] finalidades, organização, base social, crises e rupturas [...]” e seus “*métodos e técnicas* científicos ou pedagógicos [...]” (SAVOYE, 2007, p. 4, grifos do autor).

Dessa forma, a abordagem a ser utilizada – a Análise Institucional, na perspectiva Sócio-Histórica – foi a mais adequada à compreensão desta influência e deste potencial educativo/formativo.

Entrar no detalhe dos acontecimentos e das práticas históricas (do passado), isto é, proceder às reconstituições mais minuciosas e mais detalhadas possíveis; em outros termos, a uma microscopia – escala em que a combinação Análise Institucional e história se revela mais pertinente (SAVOYE, 2007, p. 6).

Nesse sentido, cuidadosamente delimitamos o tempo de análise para reconstrução da institucionalização da Assistência Farmacêutica no município de Vitória a partir de 1998 – em função do período de implantação da Política de Medicamentos no Brasil – até 2012 – em função do término da última gestão político-partidário.

Os sujeitos participantes do processo de institucionalização foram os Gestores municipais e Gerentes da Assistência Farmacêutica que protagonizaram aquele processo desde 1998. Portanto, participaram da pesquisa três Gerentes e três Gestores.

Em cumprimento aos preceitos éticos de qualquer pesquisa envolvendo sujeitos, preservamos a identidade dos participantes, nos referindo a eles como: Gestor 1, Gestor 2 e Gestor 3, para o grupo de Gestores municipais e Gerente 1, Gerente 2 e Gerente 3 para o grupo de Gerentes da Assistência Farmacêutica,.

SOBRE OS SUJEITOS DA PESQUISA – GESTORES

Ao caracterizarmos os sujeitos desta pesquisa, nosso propósito não foi fornecer pistas que levassem a uma possível revelação dos mesmos, mas trazer elementos que pudessem contribuir com o processo de análise.

Nesse sentido, todos os sujeitos que ocuparam o cargo de Gestor e participaram das entrevistas eram do gênero masculino e tinham idade entre 53 e 54 anos.

Suas formações básicas circularam entre a Medicina e Enfermagem/Obstetrícia.

Em relação a suas formações complementares, todos possuíam Pós-graduação Lato Sensu – Especialização, em áreas de atuação como, saúde coletiva, auditoria em saúde, saúde pública e residência médica, mas somente um possuía Pós-graduação Scrito Sensu – Mestrado, na área de saúde pública.

Em relação a seus vínculos institucionais com a Prefeitura Municipal de Vitória, através da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), todos eram estatutários e tinham pelo menos um vínculo com a Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Desses, dois deles apresentavam outro vínculo, um com a própria Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), através da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) e o outro com a Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Portanto, todos estavam em cargo comissionado à

ocasião do período em que ocuparam a gestão da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) de Vitória.

A temporalidade na ocupação do cargo de Gestor variou entre 11 (onze) meses a 8 (oito) anos e 1(um) mês.

SOBRE OS SUJEITOS DA PESQUISA – GERENTES

Em relação aos sujeitos identificados como Gerentes, todos apresentaram idades entre 39 e 47 anos, sendo que dois eram do gênero feminino e um era do gênero masculino.

Todos os Gerentes da Assistência Farmacêutica possuíam formação básica em Farmácia, sendo que um deles possuía uma segunda formação – Economia.

Quanto a suas formações complementares, todos possuíam Pós-graduação Lato Sensu – Especialização, que compreendiam as áreas de Farmacologia, Homeopatia, Gerência de Unidades Básicas de Saúde do Sistema Único de Saúde, Planejamento e Gestão com ênfase em Auditoria, Farmácia Hospitalar, Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde e somente dois possuíam Pós-graduação Scrito Sensu – Mestrado, que compreendiam as áreas de Saúde Pública e Ciências Farmacêuticas, com sub-áreaa em Planejamento e Gestão com ênfase em Auditoria e Gestão da Assistência Farmacêutica.

Em relação a seus vínculos institucionais no período correspondente ao cargo de Gerente, todos eram estatutários na Prefeitura Municipal de Vitória (PMV), através da Secretaria Municipal de Saúde (PMV) e ocupavam o cargo em comissão da Gerência de Assistência Farmacêutica.

Seus períodos de permanência no cargo de Gerente variaram entre 2 (dois) anos e 8 (oito) anos.

5.1 O OLHAR DOS GESTORES MUNICIPAIS

A Análise Institucional sob o manto Sócio-Histórico possibilitou o detalhamento dos acontecimentos e práticas históricas reconstituindo minuciosamente o processo, promovendo uma varredura – uma quase microscopia do processo histórico.

Entrar no detalhamento dos acontecimentos foi permitir que todos os sentimentos, percepções, fatos, crises, rupturas e desejos pudessem emergir. Tratou-se de fazer um exercício micro-histórico, uma vez que utilizou o objeto de estudo em escala reduzida.

A Análise Institucional Sócio-Histórica tem campo de atuação mais propício a estabelecimentos³⁵, restabelecendo e desenrolando as possíveis interferências que se apresentam nas histórias internas³⁶ e externas³⁷ dos mesmos.

As entrevistas, narrativas da prática dos Gestores e Gerentes que participaram do processo de institucionalização da Assistência Farmacêutica proporcionaram o descortinamento das possíveis interferências que surgiram através de fatos ou acontecimentos apresentados nas histórias internas e externas daquele processo.

Para melhor descrevermos esse processo e proporcionarmos o maior detalhamento possível dos fatos e acontecimentos, resolvemos contar a história a partir de cada período de gestão dos Secretários de Saúde do Município de Vitória/ES, que participaram da pesquisa, assim divididos: Gestor 1, período de gestão entre 1994 a

³⁵ Estabelecimentos seriam as escolas, um convento, uma fábrica, uma loja, um banco, um quartel. Há diversos tipos de estabelecimentos, de características muito diferentes. Mas é um conjunto de estabelecimentos o que integra uma organização (BAREMBLITT, 2002, p.27).

³⁶ Interferência em suas finalidades originais e de sua evolução, de seu pessoal e de seus usuários, de seu regulamento, de seu funcionamento e de seus resultados (SAVOYE, 2007).

³⁷ Interferência em seu ambiente político e social (próximo e distante), do seu quadro jurídico e econômico (SAVOYE, 2007).

2002, Gestor 2, período de gestão de 2002 a 2003 e Gestor 3, período de gestão de 2005 a 2012.

Gestor 1 – Período de 1994 a 2002

Apesar de termos delimitado o estudo no período de 1998 a 2012, entendemos ser de fundamental importância evidenciarmos os fatos que antecederam o ano de 1998, por estarem presentes no discurso do Gestor 1 e, também, contribuírem para com o processo de reconstrução histórica do arranjo institucional da Assistência Farmacêutica no município de Vitória.

No ano de 1994 o cenário Brasileiro, em seu ambiente político, estava marcado pelo recente impeachment do ex-presidente Fernando Collor de Mello, em 1992, e assumia, em sua sucessão o engenheiro Itamar Franco, que ficou no governo até o último dia de seu mandato, finalizado em 31 de dezembro de 1994 (BRASIL, 2013).

A Figura 7 ilustra os Presidentes da República Federativa do Brasil e os Ministros de Estado da Saúde que conduziram o país no período de 1990 a 2002.

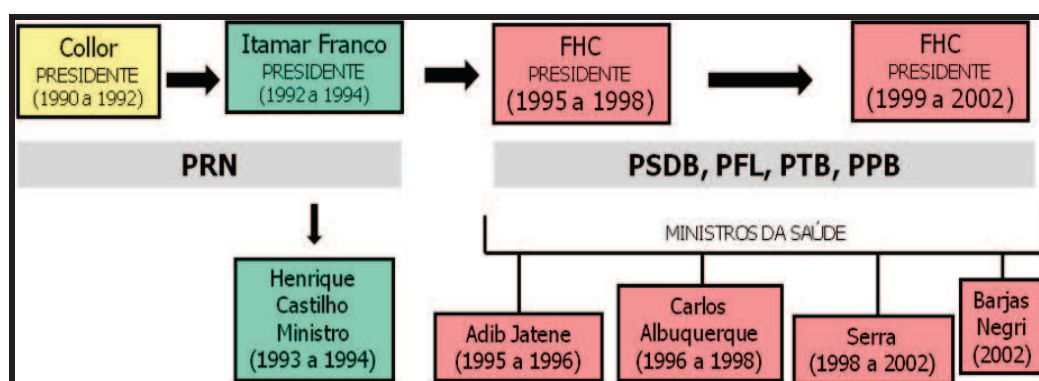


Figura 7 – Chefes de Estado da República Federativa do Brasil e Ministros de Estado da Saúde, 1990 a 2002.

Fonte: Figura elaborada pela pesquisadora, 2013.

Com um governo inicialmente apresentando sérios problemas econômicos, herdados dos governos anteriores, Itamar conseguiu no último ano de seu mandato (1994), implantar o bem sucedido plano econômico de combate à inflação que criou o Plano Real, a nova moeda brasileira. Os resultados imediatos do plano ajudaram a eleger seu sucessor, o sociólogo Fernando Henrique Cardoso – que ficou como Chefe de Estado no período de 1995 a 1998, em primeiro mandato, e de 1999 a 2002 – em segundo mandato (BRASIL, 2013).

Sob o impacto do êxito do Plano Real, o maior desafio do governo de Fernando Henrique Cardoso foi manter a estabilização da moeda e, ao mesmo tempo, promover o crescimento econômico do nosso país.

No governo de Fernando Henrique Cardoso um fato importante para a histórica política do Brasil, em 4 de junho, foi a aprovação pelo Senado Federal de uma Emenda Constitucional que permitia a reeleição para mandatos do Executivo nos âmbitos federal, estadual e municipal. O presidente Fernando Henrique Cardoso e o vice Marco Maciel candidataram-se à reeleição pela mesma coligação que os levava ao poder em 1994, formada pelo PSDB, PFL e PTB, à qual se reuniu o PPB. Mais uma vez favorecido pela estabilidade econômico-financeira promovida pelo Plano Real, Fernando Henrique venceu o primeiro turno das eleições realizadas em 4 de outubro de 1998. Com a reeleição, tornou-se o primeiro presidente da história do Brasil a ocupar a chefia do Executivo por dois mandatos consecutivos. Tomou posse em 1º de janeiro de 1999.

Em relação aos fatos e acontecimentos na área da saúde, faremos uma breve incursão pelo Ministério da Saúde, onde estiveram como Ministros de Estado, Henrique Santillo, Adib Jatente, Carlos Albuquerque, José Serra e Barjas Negri conforme demonstra Figura 7.

O Ministro Adib Jatente, médico, considerado o “pai” da CPMF, deflagrou um importante processo de negociação com o Congresso Nacional na tentativa de elevar os recursos que seriam destinadas às ações e serviços do Sistema Único de Saúde, por parte do Ministério da Saúde. Porém, o seu investimento naquele processo de negociação

sofreu um forte golpe político que culminou com seu pedido de afastamento do Ministério da Saúde.

Adib Jatene, quando perguntado se sua saída do Ministério da Saúde guardava relações com o episódio da CPMF, respondeu:

“Teve relação direta. Eu disse ao presidente Fernando Henrique que precisava de recursos. Ele pediu para falar com o Pedro Malan [ministro da Fazenda]. O Malan me disse que, em dois ou três anos, daria o dinheiro que eu precisava. Não podia esperar tanto tempo. Propus a volta do imposto sobre o cheque, que se chamava IPMF e havia sido extinto em 94. O presidente disse: ‘Você não vai conseguir aprovar isso.’ Respondi: Posso tentar? Ele autorizou. Pedi o compromisso dele de que o orçamento da Saúde não seria reduzido. A CPMF entraria como o adicional. E ele: ‘Isso eu posso te garantir’. Depois da aprovação, a Fazenda reduziu o meu orçamento. Voltei ao presidente. Disse: no Congresso, me diziam que isso ia acontecer. Eu respondia que não, porque tinha a sua palavra. Se o senhor não consegue manter a sua palavra, entendo a sua dificuldade. Mas me faça um favor. Ponha outro no meu lugar. Foi assim que eu saí, em novembro de 96”.

(http://pt.wikipedia.org/wiki/Anexo:Lista_de_ministros_da_Sa%C3%BAde_do_Brasil).

Esse episódio guardou relação direta com as intensas discussões que se desenvolveram entre o governo, através do Ministério da Saúde e o Congresso Nacional, em relação à Regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29 de 2000, a qual só foi possível acontecer em 2012, através da Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012 [...] que após anos para ser votada no Congresso Nacional, teve a finalidade de cumprir mandamento constitucional inserto no Art. 198, parágrafo 3º, daquela Emenda Constitucional (SANTOS, 2012, p.25), garantindo a vinculação de recursos para área da saúde, por parte do Ministério da Saúde.

O Ministro José Serra, apesar de ser economista e sua formação básica não ter qualquer correlação com as profissões da área da saúde, proporcionou em sua gestão, grandes avanços para a área da saúde, inclusive e especificamente, os relacionados à Assistência Farmacêutica. Nessa área sua grande contribuição esteve relacionada aos medicamentos genéricos, sendo um dos grandes mentores da “Lei de incentivo aos

medicamentos genéricos”, o que criou possibilidades de intervenção no mercado regulador dos preços de medicamentos, provocando uma queda no preço dos mesmos. José Serra regulamentou a lei de patentes e encaminhou resolução junto à Organização Mundial do Comércio para licenciamento compulsório de fármacos em caso de interesse da saúde pública (BRASIL, 2013).

O mais importante marco legal para a Assistência Farmacêutica nesse período foi a implantação da Política Nacional de Medicamentos em 1998, através da Portaria n.º 3.916 de 1998.

José Serra foi um ministro que teve grande militância nas questões relacionadas ao acesso a medicamentos e a Assistência Farmacêutica, que teve nessa figura de ministro seu grande aliado.

O estado do Espírito Santo, no ano de 1994 atravessava uma profunda crise econômica e reproduzia o modelo estratégico da gestão federal, com episódios de enfrentamento junto a sociedade organizada capixaba, na tentativa de privatizar algumas empresas estatais, apoiados pelo então governador, o engenheiro Albuíno Azeredo.

Na transição da gestão do governador Albuíno Azeredo para o médico petista Vitor Buaiz, que ficou no cargo de governador de 1995 a 1998, a profunda crise permanecia no cenário econômico estadual, sem grandes perspectivas de investimentos que pudessem criar possibilidades de enfrentamento a tal situação.

A Figura 8 ilustra os Governadores e Secretários de Saúde do estado do Espírito Santo no período de 1991 a 2002.

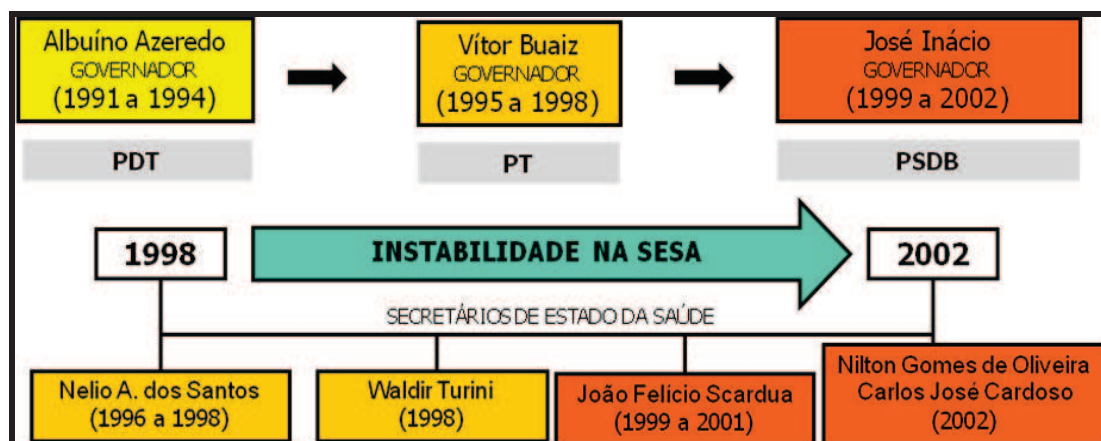


Figura 8 – Governadores e Secretários da Saúde do Estado do Espírito Santo, 1991 a 2002.

Fonte: Figura elaborada pela pesquisadora, 2013.

Em 1999, a crise estava agravada por escândalos de suspeitas de desvio de dinheiro, pelo então governador José Inácio Ferreira, que esteve à frente do Estado desde aquele ano até 2002.

Na Secretaria de Estado da Saúde a gestão esteve marcada pela recorrente troca de secretários, chegando a condução da secretaria, para o período de 1998 a 2002, quatro secretários: Nelio Almeida dos Santos, Waldir Turini, João Felício Scardua e Carlos José Cardoso (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, 2013).

No cenário municipal no período de 1994 a 2002 o Gestor 1 esteve à frente da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS).

Na Capital capixaba o cenário político na gestão do executivo municipal, para o período de 1994 a 2002, culminou com duas gestões político-partidárias, ocupando o cargo de prefeito municipal, de 1993 a 1996 – Paulo César Hartung Gomes, e de 1997 a 2004, Luiz Paulo Vellozo Lucas, sendo que este último governou por dois mandatos, de 1997 a 2000 e 2001 a 2004, se prevalecendo da Emenda Constitucional que permitia a reeleição para os cargos do executivo nas três esferas do governo.

Esses dois últimos prefeitos pertenciam ao mesmo partido político – o PSDB – o que sugeriu uma justificativa para permanência do Gestor 1 (Figura 9), no cargo de secretário de saúde do município de Vitória, no período de 1994 a 2002, participando das duas gestões.

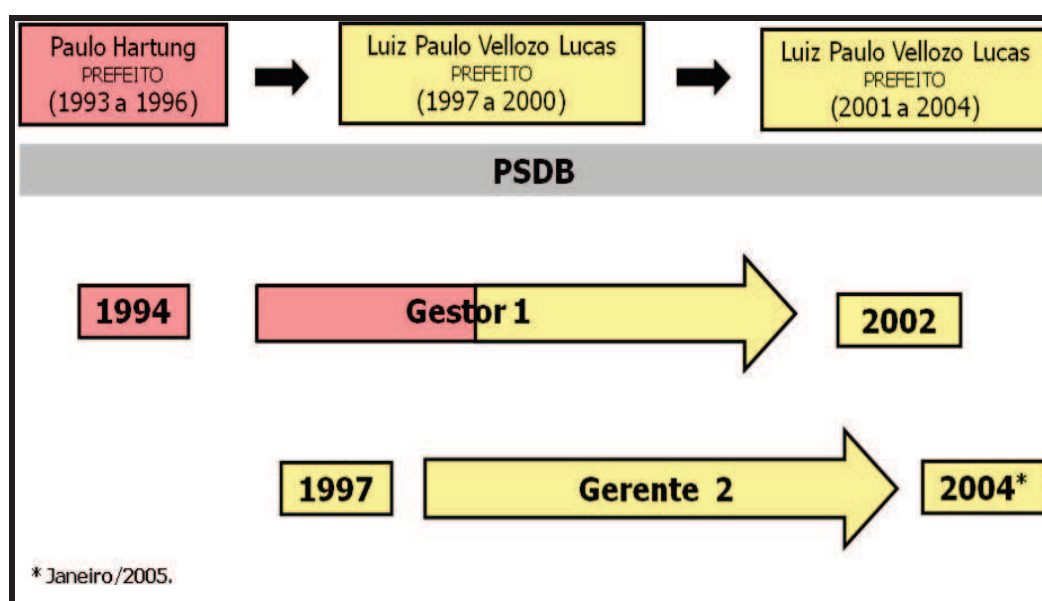


Figura 9 – Prefeitos de Vitória/ES, 1993 a 2004.

Fonte: Figura elaborada pela pesquisadora, 2013.

Para o Gestor 1, em recordação ao ano de 1994, havia um momento de crise relacionada ao acesso aos medicamentos. Os fragmentos da fala do referido Gestor deram conta de expressar tal crise quando,

[...] Olha ela começa como, ainda como médico da prefeitura, onde eu conseguia enxergar as deficiências e os problemas. [...] a falta de regularidade dos produtos para poder você prescrever a descontinuidade, a ausência de uma política, de critérios, era o da vez! [...] [...] Inclusive onde eu trabalhava em São Pedro se contava muito com medicamentos que eram trazidos, que era na igreja, na unidade, também improvisados que vinham com os americanos de fora do país, e [...] [...] ou seja, você tinha dificuldades de prescrever por não ter nem lá nem em outras unidades [...] (Gestor 1).

[...] E o que me chamava muita atenção era a pouca disponibilidade dos medicamentos para as doenças não transmissíveis [...] [...] as crônicas degenerativas, isso me chamava muita atenção, porque de certa forma era uma área que eu também trabalhava muito, a parte de hipertensão e diabetes, principalmente hipertensão arterial que já era uma doença, assim, muito comum, mas ainda pouco discutida, pouco falada, não era uma prioridade. Então quando eu vou para a secretaria, assumo como gestor, eu começo a discutir isso. Encontro lá uma equipe muito boa [...] (Gestor 1).

Depois na frente surge o projeto Monica, que a gente foi até a Itália com o professor Fernando Herkenhof exatamente com essa lógica, a gente tinha que entender melhor o que acontecia em Vitória com as crônicas-degenerativas e esse projeto ele foi determinante e ele mostrou os nossos hábitos aqui do morador da capital no consumo de sal, nos níveis de colesterol, na atividade física, no próprio controle de quem era hipertenso, nos diabéticos, enfim, ele deu, isso fortaleceu ainda mais o nosso caminho na direção de uma política de enfrentamento a esses problemas, né, vamos dizer assim, crônicas degenerativas, misturado com essa coisa toda, estilo de vida, hábitos de vida, então esse discurso ele se fortaleceu muito e teve na assistência farmacêutica talvez um primeiro embrião, assim, aonde a gente não tinha como discutir e isso sem que você garantisse ali um suprimento mínimo no caso de medicamentos para o dia a dia no controle da hipertensão e outros problemas na unidade de saúde (Gestor 1).

Para o Institucionalismo,

[...] os estados de crise são considerados fecundos, na medida em que envolvem a falência do instituído* – organizado* e a emergência do instituinte* – organizante* no seio da "desordem criadora". Alguns institucionalistas, como Lapassade, tentam intervenções deflagradoras de crise grupal ou organizacional (provocação institucional), e a maioria prefere intervir nos momentos críticos, melhor ainda se generalizados a grandes segmentos ou à sociedade inteira (BARMBLITT, 2002).

Em meio a essa crise, a essa “desordem criadora”, o município de Vitória elaborou sua primeira lista de medicamentos essenciais e nasceu, então, a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), em sua 1ª Edição através da Portaria n.º 005, homologada em 11 de março de 1998.

O sentimento do Gestor 1 em relação a elaboração da REMUME,

[...] aquilo foi um marco! [...]. [...] E aí as coisas começaram a fluir sempre com esse critério. Eu lembro assim muito quando a gente ia discutir aquisição, naquele momento os recursos não era tanto, não tinha recurso para tudo a gente priorizava muito assim, eu sempre falava na questão da hipertensão que já era a doença mais importante naquele momento e repito [...] Nem o próprio ministério tinha uma política para isso, eu fui ao ministério da saúde algumas vezes eu fiz questão de ir lá de visitar o programa de hipertensão [...] das doenças degenerativas, como eles chamavam. Era uma coisa assim [...] [...] mais uma caixinha que não tinha uma política, isso eu discuti [...] [...] isso muito aqui não estava na cabeça dos profissionais, não era uma discussão do dia a dia isso [...] (Gestor 1).

Ainda sob a ótica do Gestor 1,

[...] E aí a gente começa também a juntar um pouco com a discussão da questão da aquisição, toda a lógica da assistência farmacêutica, da programação, planejamento, a política. Como é que você vai fazer? Nós vamos comprar ao acaso? Nós vamos estabelecer alguma coisa mais definida e aí aparece a padronização a questão do elenco. Da relação de medicamentos. Então essa discussão ela foi fluindo, e sempre muito voltada, assim, para aquelas questões básicas, os problemas principais que se encontram no dia a dia da população que se pudesse ter um acervo medicamentoso na unidade pra poder é, responder essas necessidades e não precisar, facilitar a vida do cidadão, para que o cidadão não precisasse ficar com a receita na mão o que é muito comum [...] sai andando pra lá e para cá, muitas vezes gastar o que não tem o que não tinha. Pra poder ter acesso ao medicamento. Então, essa coisa do acesso, do medicamento mais indicado, o melhor custo benefício [...] (Gestor 1).

Há no discurso do Gestor 1 um alinhamento, primeiras incursões em relação ao objetivo principal da Política de Medicamentos, “o acesso a medicamentos essenciais seguros e eficazes” (BRASIL, 2001).

O Gestor 1 trouxe à tona em seu discurso o reconhecimento da Política Nacional de Medicamentos quando,

[...] E isso foi gerando com essa sorte de ter uma equipe muito boa, eh!, a historia tem assim, você de repente você tem gente que está preparado, que quer fazer e você cria as condições para isso, a questão de compras era uma bagunça absoluta. Não tinha... Era feita no improviso, nós fomos profissionalizando isso. Aí nasce toda essa política que vem fortemente, eu me lembro muito bem, com a publicação da política [...] (Gestor 1).

Ele (Gestor 1) dava pistas sobre como se relacionava com a equipe de trabalho que esteve formada naquele momento, conduzindo as ações da Assistência Farmacêutica no município.

Na verdade, para o institucionalismo, essa atitude se caracterizou sob a forma de participação,

[...] tipo de gestão organizacional na qual os segmentos formal e efetivamente dominantes de uma organização concedem aos quadros subordinados diversos graus de possibilidade de intervenção na planificação, decisão, execução e benefícios da atividade. Isso não significa maiores modificações de fundo na propriedade, na estrutura ou na estratificação hierárquica do organismo em pauta (BAREMBLITT, 2002, p. 163).

Portanto, o período de gestão do Gestor 1 (1994 a 2012) foi marcado pela consolidação de importantes alicerces que iriam garantir mais tarde uma potente efetivação da Assistência Farmacêutica no município de Vitória, tendo como marco fundamental e importante a publicação da 1ª Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

Gestor 2 – Período de 2002 a 2003

Nesse recorte temporal o sociólogo Fernando Henrique Cardoso deixava a Presidência da República, por ocasião do término de seu segundo mandato e chegava ao poder o sindicalista e metalúrgico Luiz Inácio “Lula” da Silva, do Partido dos Trabalhadores (PT).

O período em que o Gestor 2 esteve a frente da SEMUS convergia com o primeiro mandato do então presidente do Brasil o petista Luiz Inácio “Lula” da Silva, de 2003 a 2007, conforme demonstra a Figura 10.

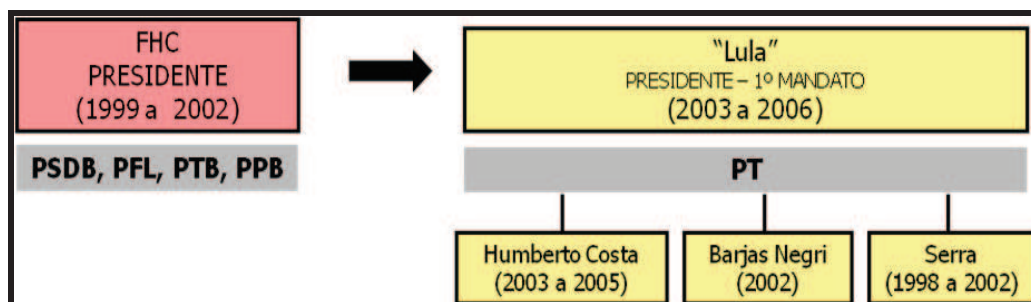


Figura 10 – Presidentes da República Federativa do Brasil e Ministros de Estado da Saúde, 1999 a 2006.

Fonte: Figura elaborada pela pesquisadora, 2013.

No governo Lula, no contexto do processo de reorientação da Assistência Farmacêutica, vários dispositivos legais puderam ser implantados, contribuindo com o processo de afirmação das diretrizes contidas na Política Nacional de Medicamentos, implantada em 1998, e o mais importante dispositivo relacionou-se a implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, Resolução n.º 338 de 2004 (BRASIL, 2004a).

Ainda no ano de 2004, através do Decreto n.º 5.090 de 2004, ficou instituída a Farmácia Popular do Brasil, o Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) e o Brasil Sorridente, na então gestão de Humberto Costa a frente do Ministério da Saúde.

Humberto Costa, ainda em sua gestão criou a Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (HEMOBRÁS), reafirmando uma das proposições pautadas na 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), que aconteceu em 2003 e criou a primeira rede pública de Banco de Sangue e Cordão Umbilical e Placentário (BRASILCORD).

Ainda no ministério, Humberto Costa enfrentou a crise conhecida como a "Operação Vampiro", escândalo envolvendo a contratação de hemoderivados pelo Ministério da Saúde entre 1990 e 2004.

Paralelamente no mesmo período de gestão do Gestor 1, 2002 a 2003, no Espírito Santo, em 2003, assumia o Governo do Estado o economista Paulo César Hartung Gomes, do PSB, para o seu primeiro mandato.

Hartung recebeu o Estado sem crédito junto aos órgãos financeiros federais e mundiais, seriamente endividado, com graves problemas na máquina administrativa e sem capacidade para os investimentos necessários na área social e na estrutura física (construção de escolas, incremento na rede de serviços da saúde e recuperação de estradas, por exemplo).

No primeiro mandato à frente do Executivo Estadual, Paulo Hartung conseguiu de certa forma recuperar as finanças do Estado e realinhar a desgastada imagem do Espírito Santo a nível federal.

No período de 2002 a 2003 conduziram a Secretaria de Estado da Saúde, conforme Figura 11, quatro secretários, correspondendo a sequência, Nilton Gomes Oliveira (o "Nilton Baiano"), Carlos José Cardoso e José Tadeu Marino, este último ficando no cargo até julho de 2007, e segundo informações da mídia teria saído por motivos de indisposição política nas relações com as cooperativas médicas que prestavam serviços para a Secretaria de Saúde Estadual. Com sua saída assumia João Felício Scárdua (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, 2013).

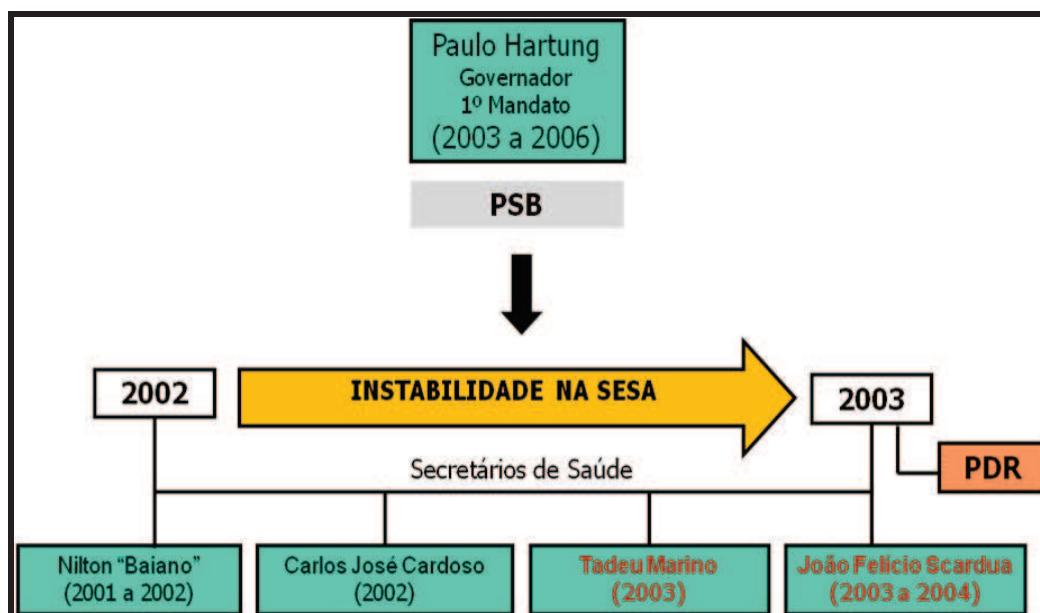


Figura 11 – Governador e Secretários de Saúde do Estado do Espírito Santo, 2002 a 2003.

Fonte: Figura elaborada pela pesquisadora, 2013.

Nesse mesmo período de gestão, o Espírito Santo apresentava o seu primeiro Plano Diretor de Regionalização da Saúde (PDR), apresentado em outubro de 2003, tendo sido elaborado conforme o estabelecido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) n.º 01 de 2002, visando constituir sistemas funcionais por meio da integração de pontos de atenção à saúde. O desenho final configurou-se em três Macrorregiões e oito Microrregiões de Saúde que considerou variáveis de definição espacial como acesso, economia de escala e escopo, e perfil epidemiológico. Esse foi um passo importante na perspectiva de organização do sistema de saúde no território do Estado, numa lógica de otimização dos recursos e melhoria na resolutividade da atenção à saúde. O Município de Vitória de acordo com o PDR 2003 estava inserido na Macrorregião Centro, e na Microrregião Vitória, juntamente com os municípios de Cariacica, Viana e Santa Leopoldina (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, 2011).

Ainda sobre o formato do Plano Diretor de Regionalização de 2003, atendendo a lógica da Norma Operacional de Assistência a Saúde de 2002, foi criada uma divisão regional

própria para o setor saúde, diferente da divisão político-administrativa do Estado, o que em alguns momentos dificultou a intersetorialidade das políticas públicas, bem como a própria elaboração do Plano Plurianual (PPA), pois este é elaborado e acompanhado segundo regiões administrativas.

No período de 2001 a 2004 esteve na gestão do executivo municipal em Vitória o então prefeito Luiz Paulo Vellozo Lucas (Figura 12).

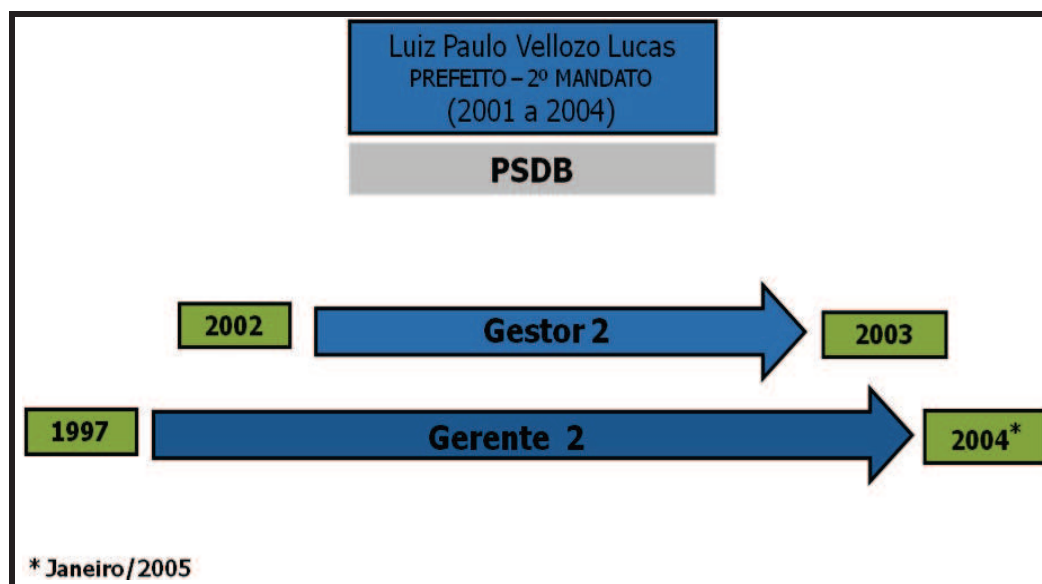


Figura 12 – Prefeito Municipal de Vitória/ES, 2001 a 2004.

Fonte: Figura elaborada pela pesquisadora, 2013.

Apesar do Gestor 2 ter ficado um período mais curto à frente da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS), de 2002 a 2003, em relação aos dois outros Gestores, ele trouxe em seu discurso uma visão mais ampla e próxima da Assistência Farmacêutica, utilizando o referencial da própria Política Nacional de Medicamentos quando:

[...] pensar na assistência farmacêutica tem que vincular um processo que se desenvolveu ao longo da década de 90, ela como uma etapa da assistência,

mas tinha toda uma discussão da questão da integralidade da atenção na época [...] (Gestor 2).

[...] Que tinha toda uma concepção já [...] [...] de uma discussão que agora está bem em voga no país que é o processo de organização de redes, estava se usando esta terminologia, mas falando de Sistemas Integrados de Serviços (SIS) de Saúde, o tal do SIS que a gente falava, que vinha nesta lógica de prover uma condição de integralidade do cuidado tinha toda uma discussão na época, e pelo fato de Vitória não ter Gestão Plena, mas se discutiu que tem que organizar os pontos de atenção e garantir os recursos necessários para que esta atenção integral se execute para os grupos de população, trabalhando critério de risco e etc. [...] [...] e nesta esteira vem a questão do polidiagnóstico, laboratório, a gente fez toda a discussão sobre isto e a assistência farmacêutica, e neste contexto é que vem todo um modelo de organização da assistência farmacêutica para garantir o aporte integral de recursos [...] (Gestor 2).

Esse modo de pensar e entender a Assistência Farmacêutica do Gestor 2 corroborou com o preconizado nas diretrizes da Lei n.º 8.080 de 1990 em seu Art.º 6º, [...] Estão incluídas ainda no campo de atuação do SUS [...], d) assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

Ainda em relação a compreensão do Gestor 2 sobre o sentido amplo do conceito da Assistência Farmacêutica,

[...] Mas uma coisa muito parecida no ponto de vista de método a questão de usar uma base conceitual muito sólida que vai desde a concepção da questão do território da responsabilidade sanitária de garantir a integralidade do cuidado que inclui o acesso a medicação até a questão da organização dos processos de trabalho mesmo da assistência farmacêutica, então acho que isso assim nos diferenciou em relação a ser só um reprodutor de uma política nacional de um padrão uniforme que você vai lá copia, faz, não sabe muito bem o que esta fazendo que é muito comum [...] (Gestor 2).

Nesse sentido, no processo de institucionalização da Assistência Farmacêutica poderíamos dizer que o instituinte ganhou potência na forma de organizar os processos de trabalho, não sendo mero reprodutor de [...] de uma política nacional [...] (Gestor 2).

Esse modo de ser instituinte, do ponto de vista da Análise Institucional, vem de encontro ao que chamamos de reprodução.

Para a Análise Institucional o conceito reprodução:

[...] num sentido etimológico, significa cópia ou imitação. [...] para o Institucionalismo, designa as tentativas de reiterar algo idêntico, igual ou similar ao que já existe, cumprindo sua função conservadora. Dessa maneira, procura-se deter os devires, acontecimentos e transformações naturais, sociais, culturais e subjetivas (BAREMBLITT, 2002, p. 166).

Também apareceu no discurso do Gestor 2 uma “crise” quando,

[...] a gente começou gerenciando crise [...] [...] uma confusão por causa do Tribunal de Contas questionando a situação do almoxarifado, porque não tinha controle de estoque [...] [...] começam muitos movimentos no sentido de organizar armazenamento, gestão de estoque, etc, [...] (Gestor 2).
 [...] Então, acho que muito disso parte desta questão da necessidade de estruturar um sistema adequado de atendimento e de oferecer o insumo, medicamento a população, mas todo no critério que além daquela coisa ainda que era histórica na década de 90 ainda no Brasil que o município cumpria a norma do ministério, saía a portaria, você pega lá e tal e o município começa a desenvolver uma coisa em que ele é pro ativo , porque ele desenha o processo porque ele estabelece a sua relação [...] (Gestor 2).

E o Gestor 2 reconheceu a elaboração da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME),

[...] a partir desta necessidade de prover uma assistência farmacêutica que vem se construindo então uma relação de medicamentos, todo aquele ciclo da assistência farmacêutica que começou lá atrás [...] (Gestor 2)
 [...] mas isto evoluiu depois pra uma coisa muito mais estruturada e passou desde esta questão de armazenamento, dispensação e tal, ciclo de distribuição do produto até a elaboração mesmo daquela relação de medicamentos essenciais, começa a definir políticas, algumas intervenções [...] (Gestor 2).

[...] E teve um movimento muito legal daquelas oficinas com os especialistas para poder definir a padronização da relação toda. Gerou depois aquela relação municipal impressa [...] (Gestor 2).

Outros fatos apareceram no discurso do Gestor 2 e corroboraram com o Gestor 1,

[...] eu acho o forte desta questão era eu acho que a gente tinha como variáveis favoráveis tinha uma motivação de gestão nesse sentido [...] e tinha um indutor que era essa preocupação da gestão na época de buscar, com apoio inclusive, de consultorias [...] a gente tinha as consultorias que trabalhavam com a gente, essa modelagem né, de organizar um modelo de atenção a saúde, onde a assistência farmacêutica tinha um papel preponderante, importante no sentido de que eu não consigo operacionalizar a integralidade sem ter o insumo, o medicamento disponível para se fazer a linha de cuidado adequadas, já naquele momento se falava na questão das doenças crônicas do cuidado, da adesão a tratamento [...] (Gestor 2).

[...] tinha uma equipe que tinha esta preparação muito forte [...] (Gestor 2).

[...] da experiência da parceria com a universidade que começa a estudar, o pessoal da fisiologia fez alguns trabalhos interessantes, os estudos lá do Projeto Mônica, [...] (Gestor 2).

Um outro apontamento relevante apareceu no discurso do Gestor 2,

[...] Eu tenho uma certa dificuldade de avaliar hoje do ponto de vista do que está sendo feito, eu me lembro de algumas tentativas, eu não sei o quanto que a gente conseguiu operacionalizar isso e eu não sei da continuidade, como é que ficou, mas tinha uma questão que era a presença do farmacêutico no processo terapêutico, das unidades terem farmacêuticos lotados, montar infra estrutura em cada unidade, de armazenamento de dispensação descentralizada por unidade de saúde e o farmacêutico participando do processo da prescrição, do processo terapêutico. A medida que o médico prescreve, a enfermagem dispensa, mas com a presença do farmacêutico fazendo orientação. Tinha uma lógica dele interagir com o paciente no processo terapêutico fazendo as orientações, sendo uma espécie de consulta, o farmacêutico integrado a consulta médica após a prescrição. Eu não sei como isso avançou se esta coisa se consolidou [...] (Gestor 2).

[...] se tem esta experiência vigorando, eu sei que a gente tinha esta discussão já, muito às vezes a limitação estava vinculada a questão do quadro, de como se expandir quadro e o numero de farmacêuticos, mas eu lembro da discussão com a equipe lá que tem que abrir vaga, tem que colocar mais gente pra gente poder garantir este processo [...] (Gestor 2).

Nesse sentido, houve uma convergência e um ensaio de ideias ousadas no modo de pensar do Gestor 2, em relação à operacionalização das diretrizes e prioridades da Política Nacional de Medicamentos quando essa última pauta a

reorientação da assistência farmacêutica não pode ser restrita ao ato de adquirir e de distribuir os medicamentos, como já explicitado, mas deve garantir também a atenção farmacêutica, habilitação específica do profissional farmacêutico, com o acompanhamento dos pacientes durante o uso dos medicamentos prescritos. Ao realizar a identificação, a correção, a prevenção ou a redução dos possíveis agravos ocorridos devido à má utilização dos medicamentos, o farmacêutico pode estabelecer um vínculo maior com os usuários do sistema. Isso possibilita o resgate do papel do farmacêutico como profissional do medicamento a serviço da coletividade e não a favor do mercado (PAULA, 2009, p. 1119).

Nesse contexto, o Gestor 2 elencou claramente uma série de avanços ocorridos em relação ao processo de organização da Assistência Farmacêutica, os quais pontuaremos:

Sobre a integralidade do cuidado:

[...] o salto, se a gente pudesse resumir, é uma apropriação, uma política de assistência farmacêutica efetivamente em que você trabalha essa ideia da integralidade do cuidado, da equipe [...] [...] do processo terapêutico, da figura do farmacêutico integrado na equipe de saúde [...] [...] a gente quando começa a trabalhar numa outra lógica. De entender o processo terapêutico como parte desta linha de cuidado de prioridade de critério de risco de qual insumo, qual medicamento que eu vou colocar, padronizar, definir, pelo risco da população em que eu vou investir o recurso do município, não sair comprando porque alguém padronizou [...] (Gestor 2).

Sobre o reconhecimento da adoção da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) e seu objetivo:

[...] Gerou aquele processo de revisão, das relações da possibilidade dos profissionais interagirem e propor mudança da relação de medicamentos padronizados a partir de embasamento científico, poder estabelecer propostas alternativas e com isso se ter regras muito claras para poder investir o recurso na assistência farmacêutica [...] (Gestor 2).

[...] um enfrentamento aí, que eu também não acompanhei mais os desdobramentos de estudos nessa área da terapêutica mas esses estudos que a gente chegou a ver alguns produtos acho que tem que ser um desafio na medida que você passa a prover o insumo quer dizer, a gente resolve o problema, qualifica inclusive o que você está fazendo no sentido de definir que o elenco de medicamentos é o necessário para garantir a atenção, garante recurso, garante processo de compra eficiente que você tem de medicamento no tempo e a hora. Porque desabastecimento é sempre uma encrenca, não é mesmo! [...] (Gestor 2).

Na superação da fragmentação do abastecimento de medicamentos e o conceito ampliado da Assistência Farmacêutica:

[...] Num determinado momento em que você já tinha o recurso financeiro suficiente para prover não tinha uma logística adequada de compra, aí sempre tinha aqueles buracos que passava dois, três meses porque não terminou o processo de compra e o fornecedor não entregou. Gerava uma complicação grande quando você pensa em medicamento de uso contínuo é o que dá mais problema, então acho que isso à medida que você vai superando você entra nessa agenda na questão da qualidade que exige muito mais o trabalho interdisciplinar [...] (Gestor 2).

Enfim, a narrativa da prática do Gestor 2 trouxe elementos fortes que puderam contribuir com a reconstrução da história institucional da Assistência Farmacêutica, apontando grandes avanços e os desafios encontrados no período de sua gestão e a projeção para a gestão seguinte.

Gestor 3 – Período de 2005 a 2012

No período de 2005 a 2012, conforme demonstra a Figura 13, o presidente petista Luiz Inácio Lula da Silva conduzia o Brasil, estando no final de seu primeiro mandato, em 2006 e todo o seu segundo mandato, de 2007 a 2010. A partir de 2011, iniciou-se o mandato petista da primeira presidente mulher da história do Brasil, Dilma Rousseff.



Figura 13 – Presidentes da República Federativa do Brasil e Ministros de Estado da Saúde, 2003 a 2014.

Fonte: Figura elaborada pela pesquisadora, 2013.

No âmbito do Ministério da Saúde o médico infectologista José Gomes Temporão assumia a sua gestão pelo período de 2007 a 2010, ainda no governo do presidente Lula (Figura 13). Sua gestão foi marcada por grandes polêmicas, relacionadas ao tratamento dado a comunidade LGBTTT³⁸, com campanhas de conscientização do risco de contágio do vírus HIV entre os membros daquela comunidade e questões ligadas ao aborto.

Temporão foi o primeiro Ministro da Saúde na história do Brasil a licenciar compulsoriamente um medicamento patenteado utilizado pelo Sistema Único de Saúde

³⁸ Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros.

– O EFAVIRENZ – utilizado no coquetel anti-HIV distribuído pelo Governo Federal. Esse medicamento foi licenciado compulsoriamente por Temporão ainda em 2007, reafirmando o acordo TRIPS, assumido pelo Brasil, quando o fabricante se recusou a vendê-lo ao governo do Brasil por um valor semelhante ao negociado com países asiáticos.

Em 2008 foi noticiado que o Sistema Único de Saúde estava autorizado, a partir de 2009, a distribuir o medicamento Raltegravir, um anti-retroviral para pessoas portadoras de HIV que desenvolveram multirresistência aos tratamentos comuns. Esse seria o décimo oitavo medicamento incorporado ao tratamento de portadores do vírus HIV pelo Sistema Único de Saúde.

No ambiente político do estado do Espírito Santo, conforme demonstra a Figura 14 , o governador Paulo Hartung assumia seu segundo mandato – de 2007 a 2010, com uma reeleição muito comemorada pelo seu partido e seus apoiadores por ter alcançado a maior votação percentual do país para o cargo.

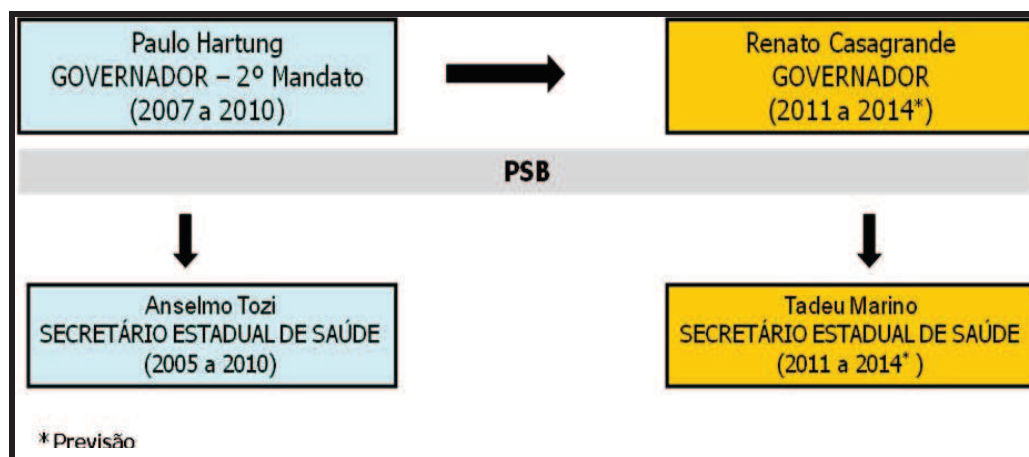


Figura 14 – Governador e Secretários de Saúde do Estado do Espírito Santo, 2007 a 2014.

Fonte: Figura elaborada pela pesquisadora, 2013.

Seu sucessor, o Engenheiro Florestal e bacharel em Direito, Renato Casagrande, tomou posse no Governo do Estado do Espírito Santo em janeiro de 2011, sustentando em seu discurso a premissa de que o foco de sua gestão seria o desenvolvimento social para promover o crescimento igualitário das regiões do Estado.

Como estratégia de fortalecimento e garantia da proposta de gestão com foco no desenvolvimento social, o governador Renato Casagrande implantou, primeiramente no Estado, os programas Estado Presente e Incluir. O Programa Estado Presente visava combater a criminalidade e a violência facilitando o acesso das pessoas aos serviços públicos, nas regiões vulneráveis socialmente. Em 2011, o programa abrangeu a Região Metropolitana da Grande Vitória.

O programa Incluir é o programa capixaba de redução da pobreza. O público-alvo deste programa são as famílias com renda per capita inferior a R\$70,00, o que configura um grande desafio para a localização destas pessoas. O Programa Incluir é uma versão regional do Programa Federal, Brasil sem Miséria.

Renato Casagrande assumiu o compromisso de governar para todos, promovendo o desenvolvimento igualitário das regiões do Espírito Santo. Por isso, no seu primeiro ano de Governo, implantou também os Programas: Vida no Campo, de Qualificação Profissional Rede Formar, Programa Rodoviário Espírito Santo III (PRES III) e Juntos pela Vida.

Com as iniciativas elencadas no conjunto de estratégias apresentadas como propostas pelo governo do Espírito Santo, – em intervenção ou projetadas até o ano de 2014 – foi possível percebermos o grande esforço do Governo em criar possibilidades de incremento e investimento nas políticas que se relacionavam diretamente com as condicionantes que vão dar sustentação à política do setor saúde.

Assim, no âmbito da gestão municipal em Vitória, o petista João Coser chegava ao poder em 2005, através das eleições municipais, pela Coligação partidária – Movimento Vitória de Todas as Cores – formada pelos partidos PT/PSB/PDT/PC do B/

PHS/PAN/PV, garantindo seu mandato até o final de 2012, conforme demonstra a Figura 15.

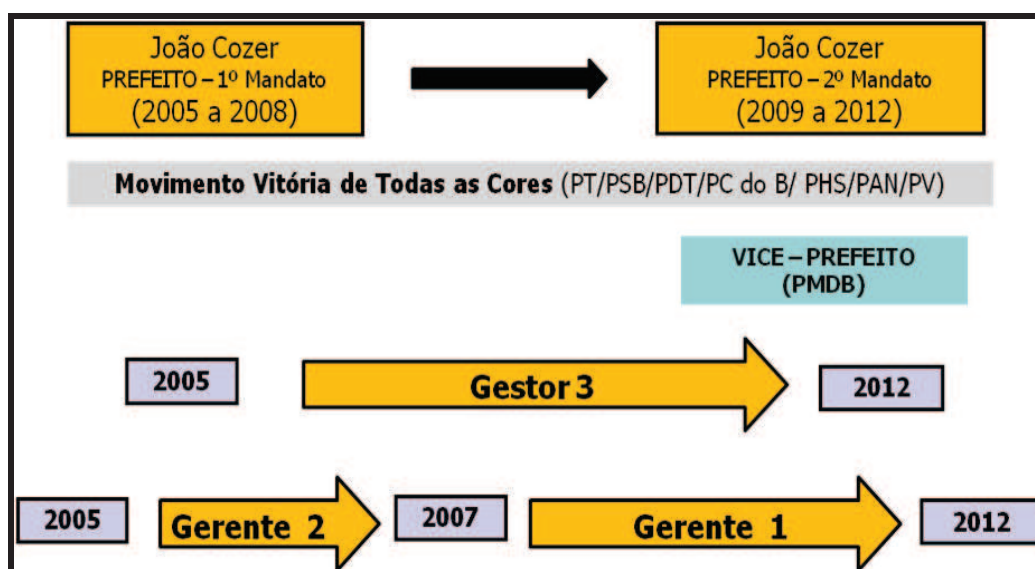


Figura 15 – Prefeitos de Vitória/ES, 2005 a 2012.

Fonte: Figura elaborada pela pesquisadora, 2013.

O primeiro mandato do então prefeito João Coser compreendeu o período de 2005 a 2008 e o segundo mandato, de 2009 a 2012. Ambos aconteceram em consonância com o período de gestão do Partido dos Trabalhadores nos domínios da gestão federal.

O Gestor 3 ficou a frente da Secretaria Municipal de Saúde no período de 2005 a 2012.

Quando indagado sobre a Assistência Farmacêutica do município de Vitória, opinou:

“É um tema muito difícil [...]. Eu acho que o processo interno de controle [...] o processo administrativo de controle de insumos de medicamento melhorou muito. Hoje, assim, a visibilidade, a visão do gestor do município de Vitória, ele permite enxergar essa situação em tempo quase que real. Então você tem uma logística que, agora mais no final desse período melhorou eu diria numa escala de 0 a 10, eu diria que nós chegamos num patamar próximo de 8, no ponto de vista da gestão desses insumos. Porque a gente conseguiu estabelecer um

modelo de compra que se dá através de ata de registro de preço que facilita muito a vida da gestão dos insumos. Embora sempre falte um item ou outro porque isso não é tão matemático [...] [...] você não consegue calcular com tanta exatidão a compra e a disponibilidade de todos os insumos, todos os produtos, mas a gente mantém um estoque razoável de mais de 90% no nosso almoxarifado, então isso fala a favor de um bom processo de organização” (Gestor 3).

O Gestor 3 demonstrou em seu discurso muita clareza relacionada aos avanços conquistados para o processo de organização dos serviços de Assistência Farmacêutica, relacionados a informatização, enquanto ferramenta de apoio quando disse:

[...] a gente conseguiu além disso incluir software de controle dos itens, não faz só controle. Acaba fazendo um pouco de assistência farmacêutica porque permite visualização de vários relatórios que dizem respeito à parte de controle, mas também a vida do paciente, então eu diria que nesse campo nós estamos indo muito bem (Gestor 3).

Também quando falou dos processos que envolveram a atenção farmacêutica e das revisões da REMUME:

E depois vem o campo da atenção farmacêutica propriamente dita que tem um bom processo de trabalho, nós fizemos duas revisões da nossa relação nesse período, deveríamos ter feito mais, acho que a questão do medicamento ela não pode prescindir de um tempo tão longo assim para você fazer revisão da sua lista, mas a gente tem um bom resultado com isso, eu vejo na frequência com que nós recebemos decisões judiciais para comprar medicamento, uma frequência baixa para uma cidade como Vitória, muito diferente das demais capitais que eu tenho contato com todas elas e muito diferente da própria realidade do Espírito Santo (Gestor 3).

Do reconhecimento e legitimidade na utilização da REMUME pelos profissionais prescritores:

E aí provavelmente a maioria dos nossos profissionais, evidentemente não chega a 100%, mas a maioria adota realmente a nossa relação como uma base para fazer sua prescrição e então os medicamentos que nós acabamos adquirindo por decisão da justiça são prescritos por pessoas que não fazem parte na sua maioria da rede municipal (Gestor 3).

Das ações desenvolvidas no processo de gestão da Assistência Farmacêutica, propriamente dito, e suas percepções pautados nas experiências de outras capitais brasileiras em relação a seus processos internos de gestão:

[...] mas eu acho que o mundo dessas questões dos remédios, medicamentos ele é tão complexo, tão difícil de fazer o debate, até porque a gente viu até lá no congresso dos municípios uma boa conversa sobre isso, do quanto esse mercado do remédio ele é imposto a um setor e a um serviço. E eu fico com muita tranquilidade quando eu verifico que a condição disso aqui de Vitória se dá a muitas mãos, então a gente tem um pouco de proteção em relação a essa pressão externa muito grande. Eu diria que essa é uma das maiores fortalezas que a gente tem. Por que isso, meio que blinda uma rede inteira que poderia ser facilmente pressionada por meios externos e por isso que eu volto a falar que um indicador importante para nos é um baixo volume de processos que nos vem da justiça obrigando a adquirir medicamentos que não estariam ou estão fora de uma possível lista, então isso significa que um conjunto de pessoas inteiras está trabalhando não de maneira uniforme, sabe, muito próximo do que nós planejamos quando fizemos a nossa lista [...] (Gestor 3).

Do fortalecimento das ações, qualidade no processo de gestão e materialização das etapas constitutivas do Ciclo da Assistência Farmacêutica:

[...] tem uma boa lista atualizada pra todo mundo em conjunto, tem um bom processo de compra, um vulto de compra, vários dos nossos itens estão no top do ministério da saúde no banco de registro de dados de preços do ministério (Gestor 3).

[...] nosso processo de compras é muito bom, tanto nesse aspecto quanto no aspecto de preço, melhoramos um pouco a infra estrutura de armazenamento, nós temos uma distribuição sistemática, periódica, embora temos falhas no abastecimento mais decorrentes do mercado propriamente dito da indústria do que do próprio sistema interno de compra (Gestor 3).

Quanto aos fatores relacionados ao atendimento às necessidades dos cidadãos:

[...] o primeiro sinal que eu falei é o sinal das decisões judiciais, eu sei que em alguns lugares é quase que o inverso o custo do pagamento daquelas decisões judiciais de mandado de compra de medicamento, se aproxima muito do custo da compra regular do município, muitas cidades são assim. Aqui não chegou nem a 1%, muito baixo, então esse é um bom sinal, porque significa que o nosso morador tem acesso àquilo que a rede prescreve.

Do próprio processo de reorganização da Assistência Farmacêutica e as questões relacionadas ao acesso aos medicamentos:

[...] Eu falo assim, a discussão do acesso ao medicamento ela é tão grande, tão complexa, a gente tem que ter, não precisa ter muito remédio, tem que ter remédio adequado e que resolva o problema, em quantidade adequada que resolva o problema. Esse é um sinal interessante. O outro é as próprias queixas diretas dos nossos usuários, quando eu entrei aqui a maior parte das queixas diziam respeito a medicamentos, falta de medicamentos tanto na relação quando no estoque, hoje isso diminuiu demais. Então assim, existem as reclamações, mas elas são reclamações pontuais, como eu disse quando você tem uma dificuldade de abastecimento pela indústria.

Da qualificação da equipe de trabalho, especificamente – Gerente e coordenações – sobre suas competências:

[...] Então assim, esses sinais são só positivos de que o grupo que está aqui, que é um grupo hoje, praticamente todo ele efetivo e isso também contribui para essa organização, as pessoas que trabalham aqui, elas são do quadro, pertencem ao município, através de concurso público que nós fizemos aqui durante esse período, a presença do profissional farmacêutico em cada ponto de dispensação de medicamento é outra conquista, eu não conheço esse modelo no Brasil, a gente sempre tem que comparar, porque que a gente compara? Tem que ver se você está igual alguém que tem outra solução (Gestor 3).

Do mesmo modo que o Gestor 3 apontou os avanços, ele também deu visibilidade aos desafios para a gestão da Assistência Farmacêutica, os quais evidenciamos:

Aos componentes da estrutura física das farmácias dos serviços que compõem a rede de atendimento, principalmente as unidades de saúde,

[...] se falar de lacunas ou de dificuldades eu assim, elas tem alguns aspectos, o primeiro deles é ainda estrutural, nós temos ainda uma dificuldade nas unidades, num processo mais sanitário, de condições sanitárias para fazer a guarda de medicamentos, para fazer dispensação, ainda faltam alguns investimentos para dar mais individualidade aos nossos usuários e não ficar numa fila de balcão com uma receita na mão e do balcão numa gradezinha numa janelinha, tá fazendo essa troca lá junto com a equipe que faz a dispensação de medicamentos (Gestor 3).

Em relação aos aspectos operacionais e de infra-estrutura do Almoxarifado Geral, com recorte para as questões relativas aos medicamentos,

[...] eu acho que ainda nos faltam condições mais adequadas do ponto de vista central, nós já superamos uma grande dificuldade que era, demorou muito tempo, por que a decisão tinha sido tomada antes, era nosso almoxarifado anterior e hoje a gente já tem uma condição razoavelmente melhor (Gestor 3).

Evidências da necessidade de se construírem e efetivarem práticas relacionadas com a aplicação da farmacovigilância,

[...] eu acho que ainda falta na questão dos remédios, uma questão da vigilância sobre esses produtos, seja uma vigilância de, com a vigilância sobre seus efeitos sobre as pessoas, a gente ainda não tem essa capacidade desse registro tão amíúde, alguém sabe!, acompanhando, olhando isso com mais propriedade (Gestor 3).

Reatualização dos processos que envolveram as ações da Vigilância Sanitária,

[...] para fora eu diria que ainda a vigilância sanitária embora tenha feito um avanço muito grande sobre o controle dos medicamentos fora da nossa rede ela acaba que integra um pouco a questão dos medicamentos, então hoje a gente tem um controle muito interessante sobre as grandes distribuidoras que estão localizadas em Vitória, e um controle que eu diria hoje numa escala de até 10 também eu diria que perto de 7 e 7,5 sobre o varejo, sobre a ponta, hoje tem um bom trabalho estruturado lá na vigilância sanitária (Gestor 3).

Intensificar os processos de qualificação na construção de uma prática pautada na educação permanente,

[...] então assim acho que não temos lacunas intensas, grandes, gigantescas, ainda há necessidade óbvia de qualificação dos prescritores que não pode deixar de fazer isso, embora os protocolos sejam ferramentas importantes para qualidade dessa prescrição (Gestor 3).

Da aposta na potência do modelo de prática da Atenção Farmacêutica,

[...] então acho assim que Vitória tem uma estrutura, âncoras interessantes no mundo da atenção farmacêutica (Gestor 3).

A promoção da Integralidade da Atenção,

[...] Tem uma coisa que eu, não é só inerente a remédio, a medicamento, mais ou menos acompanha o processo mais geral, mas eu fico insistindo com as pessoas mas elas me falam que não é possível mas eu vejo com reservas essa separação do que é insumo do chamado atenção básica, no nível de

responsabilidade da atenção básica, do que é insumo da média e alta complexidade, que chama medicamentos excepcionais ou de alto custo. Esta separação eu acho que não é adequada e nem é, ela fala contra a integralidade. Então eu gostaria muito de poder ainda presenciar e acho que não será agora, mas o momento em que isso se junto no espaço do território da pessoa, para que ela possa compreender um pouco mais da responsabilidade daquele próprio serviço. Isso porque o usuário acaba enxergando mundos diferentes quando ele tem acesso a um tipo de medicamento na sua unidade e outro item ele precisa se dirigir a outro lugar, um outro procedimento, um outro processo de trabalho, então ele não se percebe, ele não percebe que aquele território dele pode dar conta de todas essas questões (Gestor 3).

Do aperfeiçoamento dos processos de gestão da Assistência Farmacêutica, na dimensão administrativa,

[...] Acho que o que eu poderia imaginar de um próximo passo do processo de gestão, do processo administrativo, seria realmente que os serviços do município, compreendendo a especificidade, a necessidade de um controle, que extrapole outros controles e se não, então, não for possível todos os insumos, mas aqueles mais utilizados e aí a gente deixaria aqueles de muita especificidade que pouquíssimos pacientes usam num lugar mais central, mas eu acho que eu, esse processo precisava andar e andar rápido, facilitar a vida do morador da cidade, seja da nossa, seja de uma outra cidade, não precisasse se deslocar tanto, não ter dois serviços. Nós temos 26 farmácias de dispensação, conhecer o morador, o usuário daquele lugar o insumo está ali a disposição dele, mas eu acho que só avança, daqui a pouco a gente vai ter isso (Gestor 3).

5.2 O OLHAR DOS GERENTES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Em relação à gestão da Assistência Farmacêutica do município de Vitória/ES, o Gerente 1, que esteve à frente da Gerência de Assistência Farmacêutica no período de 1997 a 2005, trazia as seguintes percepções:

[...] Não sei como é que foi o processo até 98, faltava o referencial, do ponto de vista teórico assim, o Brasil até então não tinha uma política nacional de medicamentos. Então, qual o referencial? a concepção que a gente poderia usar para tentar construir uma política, um programa, ou alguma coisa parecida? A gente não tinha. Você tinha historicamente a CEME que era modelo de compra centralizada, um negócio muito avesso e aí, o que a gente tinha eram algumas recomendações, etc. da OMS [...] (Gerente 1).

A Organização Mundial da Saúde, desde 1975 vinha pautando em suas discussões a elaboração de listas de medicamentos essenciais e, em 1977, publicou sua própria lista, orientando que os países elaborassem as suas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001), e em 1988, através do Programa de Medicamentos Essenciais, propôs os principais componentes que deveriam ser contemplados em uma política de medicamentos, como seleção, acesso, financiamento, sistema de abastecimento, regulação e garantia de qualidade, uso racional, pesquisa, desenvolvimento de recursos humanos, monitoramento e avaliação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

As primeiras impressões em relação ao discurso do Gerente 1 mereceram o resgate de alguns conceitos contidos no referencial teórico adotada para esta pesquisa.

Nesse sentido, relembremos que a análise institucional veio reconciliar a instituição com o pensamento dialético, entendendo por 'instituinte', a contestação, a capacidade de

inovação, e em geral, a prática política como 'significante' da prática social. No 'instituído' colocamos não só a ordem estabelecida, os valores, modos de representação e de organização considerados normais, como igualmente os procedimentos habituais de previsão no campo econômico, social e político (LOURAU, 2004b).

Portanto, ao analisarmos o discurso inicial do Gerente 1, observamos uma prática instituída, como uma "ordem estabelecida" mas que naquele momento foi fundamental para que o município tomasse o rumo indo ao encontro do processo de reorganização da Assistência Farmacêutica, quando ele disse:

[...] a gente começou um dever de casa já que não tinha um referencial nacional, não tinha política nacional que traz como diretriz a reorientação [...] da assistência farmacêutica, mas eu diria que de maneira prática assim a gente acabou trilhando um pouco pra esse caminho, sem ter ainda a política nacional de 98, nos baseando muito no que a OMS tinha de registro, de posição, não era muita coisa, mais tinha. E aí a Organização Mundial de Saúde preconizava assim, organizar a assistência farmacêutica, começa por uma seleção de medicamentos, uma padronização e aí foi o passo a passo que a gente seguiu de constituir uma comissão e em 1997 a gente lançou a 1ª REMUME, a 2ª no Brasil [...] [...] Dever de casa, de construir a comissão, de, sem assessoramento, que eu acho que era o mais difícil, conseguimos elaborar a 2ª lista municipal de medicamentos essenciais do Brasil e nós incorporamos aí o conceito de medicamentos essenciais da OMS e toda nossa política na área da assistência farmacêutica passou a ser pautada nessa concepção: de ter as ações relacionadas com a garantia de acesso aos medicamentos essenciais e repensar o conceito de farmácia [...] (Gerente 1).

A 1ª Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) de Vitória foi publicada em 1998, através da Portaria n.º 005 de 1998 (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 1998) que tratou da sua regulamentação, da qual participei como Farmacêutica e membro do grupo de elaboração e cuja capa vem a seguir (Figura 16).

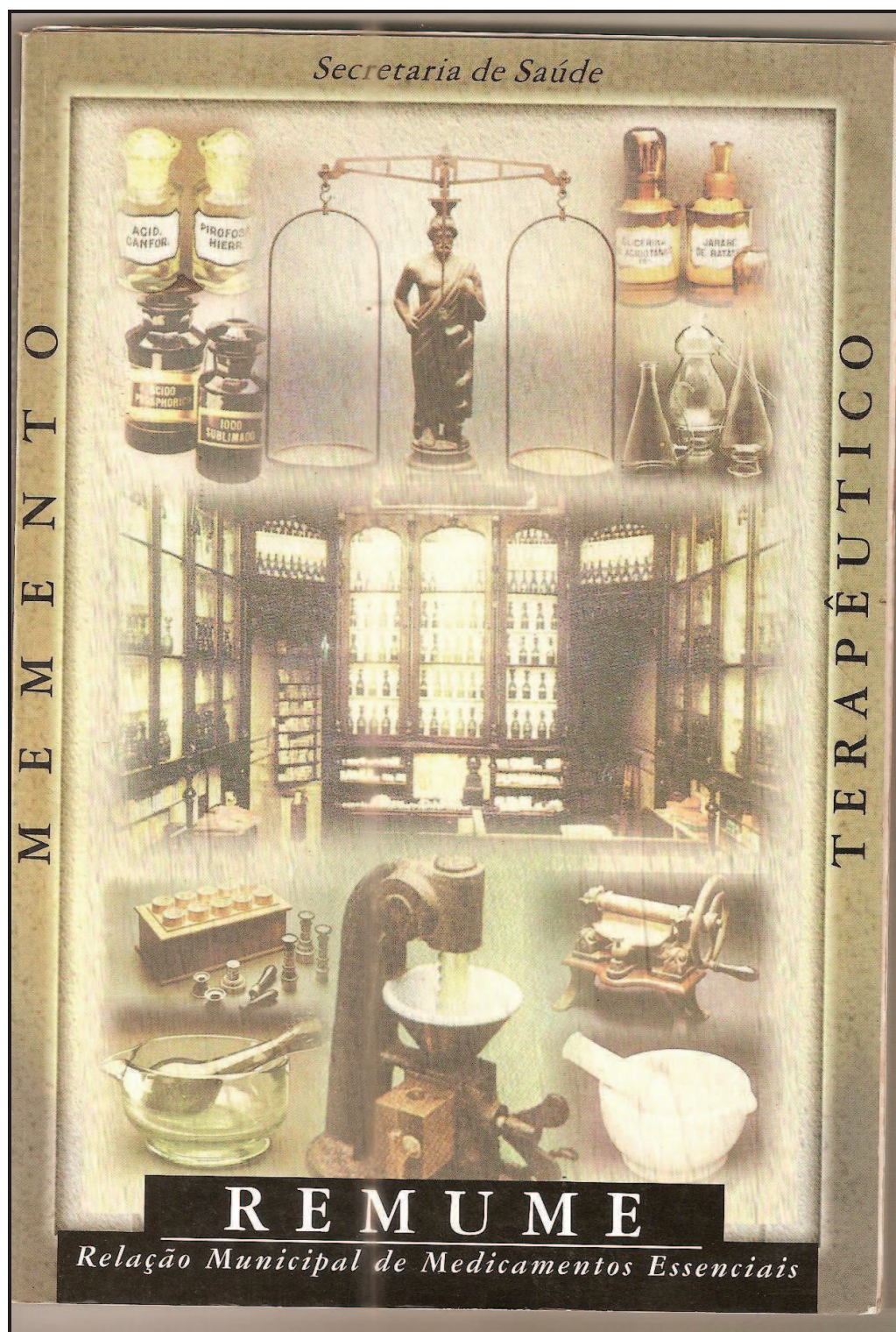


Figura 16 – Capa da Relação Municipal de Medicamentos Essencias (REMUME) de Vitória/ES, publicada em 1998.

Esse fato foi um disparador inicial e um motivador pessoal e profissional para o desenvolvimento desta pesquisa, somado ao atual lugar em que a pesquisadora se encontra no desenvolvimento de suas atividades na Secretaria Municipal de Saúde de Vitória, desde 2007, diretora de uma unidade de saúde que compõe a rede de serviços dessa secretaria, ao considerarmos que:

“A análise Institucional tenta, timidamente, ser um pouco mais científica. Quer dizer, tenta não fazer um isolamento entre o ato de pesquisar e o momento em que a pesquisa acontece na construção do conhecimento. Quando falamos em implicação com uma pesquisa, nos referimos ao conjunto de condições da pesquisa. Condições inclusive materiais, onde o dinheiro tem uma participação tão “econômica” quanto “libidinal” (LOURAU, 1993, p. 16).

Então, de acordo com Lourau, o conjunto de condições desta pesquisa fortaleceu o processo de construção do conhecimento da pesquisadora, intensificando a sua implicação com a própria pesquisa.

Outro fato declarado pelo Gerente 1 e caracterizado pelo mesmo como um “divisor de águas”, no tocante a reorganização dos processos para a Assistência Farmacêutica, se relacionou à garantia de um lugar institucional para a Assistência Farmacêutica, quando essa ganhou status no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, ainda na condição de Divisão³⁹, denominada de Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, que além de abarcar a Assistência Farmacêutica tinha uma outra forma de atuar que era a coordenação do então laboratório municipal.

³⁹ Lei n.º 4.397 de 1997 – Dispõe sobre alterações na estrutura organizacional da Prefeitura Municipal de Vitória e dá outras providências. Art. 44, inciso XVIII – Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 1997).

[...] nesse sentido, foi um divisor de águas, ou seja, garantiu um lugar pra assistência farmacêutica, com melhores condições, um lugar institucional [...] [...] de pensar uma política, de pensar uma organização de serviços, de fazer alguma coisa nessa linha (Gerente 1).

[...] e acho que foi a partir daí [...] [...] que a gente ganhou um lugar institucional, para medir mais peso, mais próximos de decisões [...] [...] porque a nossa agenda e as nossas funções se davam direto com o gestor. Eu acho que um marco importante assim lá nos primórdios contanto com início de 92, que trouxe mais quadros... mas, 95 foi um divisor de águas. Não quer dizer que você ter uma divisão de apoio diagnóstico, ter um lugar institucional garante êxito, mais não ter esse lugar institucional era um grande limitador, que faltava muito da interlocução política [...] [...] com quem toma a decisão, com quem governa o recurso, com quem decide alocar ou não [...] (Gerente 1).

A riqueza das contribuições apresentadas no discurso do Gerente 1 nos permitiu trazer à tona a presença das forças instituídas ao enfatizar em sua narrativa:

[...] eu acho que se adquiri condições de pensar alguma coisa a mais, até então era básico, elementar e coincidiu com a mudança de governo, na gestão municipal, do PT na época, do Vitor para o PSDB e Paulo Hartung no município, e aí veio de cima pra baixo, assim no sentido na política de governo no município que se chamou de programa de qualidade, mais na segunda metade do governo, 94 por aí e aí veio uma reforma administrativa que foi essa que criou essa divisão de apoio diagnóstico e terapêutico, e eu que estava coordenando o antigo almoxarifado fui convidado pra assumir a divisão (Gerente 1).

Em sua análise (Gerente 1), ficou claro em nosso entendimento que o estabelecimento de uma ordem organizativa produzida pela forma de se fazer gestão, atribuída a troca de partido no poder – da gestão do então prefeito petista Vitor Buaiz, de 1992 a gestão do PSDB, do então prefeito Paulo Hartung, que assumia a Prefeitura Municipal de Vitória/ES em 1993, permanecendo até 1996 – contribuiu fortemente para que a Assistência Farmacêutica ganhasse visibilidade institucional.

Chegamos a 1998, ano de implantação da Política Nacional de Medicamentos no Brasil. O município de Vitória havia construído sua própria Relação de Medicamentos Essenciais (REMUME) e conquistado um lugar institucional, através da Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, antecipando algumas proposições e diretrizes da

Política Nacional de Medicamentos.

A Divisão de Apoio Diagnóstico e Terapêutico passou a atuar em duas áreas de concentração e intervenção, [...] na área de medicamentos e Assistência Farmacêutica e outra na área de laboratório [...] (Gerente 1) e ganhou potência em um dos seus campos de intervenção – área de medicamentos e Assistência Farmacêutica quando:

[...] E aí a gente começa a pensar então em 98 essa discussão do novo conceito de farmácia que a gente queria para o município e a gente vai amadurecendo isso até chegar ao conceito de farmácia da família, que é aquela ideia de farmacêutico em tempo integral, de uma farmácia planejada em termos de infraestrutura pra ser farmácia, pra dar condições para essas 3 coisas que eu falei: condições de trabalho pra quem atua na farmácia, pra assistência farmacêutica da unidade, medicamento disponível, acessível e bem conservado e boa condição de atendimento ao paciente, aí surge então uma sementinha, digamos assim, do que a gente chamou depois de farmácia da família no município (Gerente 1).

[...] E aí o que sobrou não tinha sido planejado pra ser farmácia, não tinha sido pensado para ser farmácia. Acho que na medida em que a gente, a partir desse trabalho de um grupo bacana de colega a gente ganhou o capital, diria, capitalizamos a nossa área onde o gestor começou a ver que se produzia resultados completos ali e isso nos dava um certo respaldo assim para a gente pautar algumas áreas da própria secretaria e da própria prefeitura (Gerente 1).

[...] Então os projetos arquitetônicos que a gente já tinha reeducado pra chegar lá e pautar e ao elaborar o projeto e incorporar essa nossa concepção de assistência farmacêutica, nos aproximamos muito do conselho municipal de saúde porque nós vivenciamos uma crise de falta de medicamentos em 98, 97 e era decorrente do processo de aquisição, de compras, e aí tivemos que dar muita explicação para o Conselho Municipal de Saúde só que isso que era um limão acabou que a gente teve a oportunidade de falar da assistência farmacêutica pra quem talvez não tivesse ouvido falar ou se tivesse ouvido o nome não sabia o que representava que representação tinha, que volume, que conteúdo de concepção quando se fala em assistência farmacêutica e aí surge então uma situação que falamos na política, de pensar na assistência farmacêutica numa lógica de uma política farmacêutica para o município [...] (Gerente 1).

O campo de intervenção, em seu sentido analítico institucional é definido como:

[...] o perímetro que delimitará o espaço dentro do qual se planejarão e executarão estratégias*, logísticas*, táticas* e técnicas* que, por sua vez, deverão operar neste âmbito específico para transformá-lo de acordo com as metas propostas [...]. [...] Só se intervém quando se compreende, sendo que posteriormente se compreende à medida que se intervém. O campo de intervenção pode ser muito amplo ou restrito a um estabelecimento ou organização (escola, sindicato, empresa etc.) (BAREMBLITT, 2002, p. 140).

No sentido do conceito apresentado à luz da Análise Institucional, o Gerente 1 em seu discurso definia algumas prioridades para o reorientação da Assistência Farmacêutica, inclusive pensando com a equipe de trabalho a necessidade de se construir “um novo conceito de farmácia”.

A partir deste momento, a Assistência Farmacêutica ganhou potência no cenário institucional e visibilidade nos espaços de discussão da própria Secretaria Municipal de Saúde e em outras secretarias da Prefeitura Municipal de Vitória, inclusive com o Conselho Municipal de Saúde (CMS), que definiu algumas prioridades de investimento para esse campo, como produto das intervenções apresentadas pela gestão.

Nesse sentido, Barembritt (2002) trouxe uma interpretação muito interessante sobre intervenção, “[...] pode-se compreender e não intervir, mas não se pode intervir sem alguma forma de compreensão [...]”. Em geral quando os dois campos se constituem, “[...] eles estão articulados entre si: à medida que se compreende, se intervém; e à medida que se intervém, se compreende” (BAREMBLITT, 2002, p. 62).

Assim, a narrativa do Gerente 1 ganhou visibilidade quando:

[...] a gente construiu alguns pilares, o eixo primeiro era melhorar o acesso, então ter a padronização, de corrigir os nossos processos de aquisição, eliminar as ineficiências que existiam, estabelecendo alguns indicadores para poder monitorar isso de medir o índice de cobertura e estabelecendo pela primeira vez o que a gente chamou de índice de cobertura em medicamentos e a meta mobilizadora nossa era 80% (Gerente 1).

Ainda de acordo com o Gerente 1:

[...] E aos poucos a gente foi também conseguindo novas vagas para farmacêutico, enfim, a gente saiu de um círculo eu acho vicioso que vinha antes e entramos aí num círculo virtuoso de crescimento, de incorporar novos recursos, de ganhar novos espaços na própria secretaria para colocar como pauta a assistência farmacêutica (Gerente 1).

Assim, o discurso do Gerente 1 nos convocou a visitarmos um conceito muito trabalho pela Análise Institucional – o desejo – sobre o qual Barenblitt elucidou:

[...] algumas correntes do Institucionalismo compartilham a definição psicanalítica de desejo (Sociopsicanálise). Para outras (por exemplo, a Esquizoanálise), o desejo é essencial e imanentemente produtivo, gera e é gerado no processo mesmo de invenção, metamorfose ou "criação" do novo (BAREMBLITT, 2002, p. 132).

Na visão de Rolnik (2007, p. 58), sobre o desejo:

[...] não existe sociedade que não seja feita de investimentos de desejo nesta ou naquela direção, com esta ou aquela estratégia e, reciprocamente, não existem investimentos de desejo que não sejam os próprios movimentos de atualização de um certo tipo de prática e discurso, ou seja, atualização de um certo tipo de sociedade (ROLNIK, 2007, pg. 58).

O “desejo”, enquanto forma de produção, apareceu com muita frequência no discurso do Gerente 1 quando:

[...] A gente continuava com um grande limitador, eu acho que a gente tem até hoje, que é o papel que esse farmacêutico efetivamente faz lá ou não, entendeu? Porque que ele continuava sendo aquele profissional que se escondia dentro da farmácia, que não interagia com a equipe de saúde, que, por exemplo, no dia D de combate a dengue era para todo mundo, menos para o farmacêutico, mas ele não se apresentava para os outros e aí eu acho que vem a segunda etapa da gestão. Primeiro era mais essa questão de garantir as âncoras da política que é a padronização, organizar sistema de aquisição, pensar o conceito de farmácia, estruturar melhor as farmácias e a outra etapa já no pós 2002 era a gente avançar um pouco no serviço, no que esse cara efetivamente poderia fazer dentro de uma farmácia de uma unidade de saúde [...] (Gerente 1).

[...] Então, diria que a gente avançou bem na organização das atividades do ciclo da assistência farmacêutica, com exceção dessa, que é a relação com a equipe de saúde e com os usuários. Uma relação direta farmacêutico/paciente que essa etapa... [...] (Gerente 1).

Nesse sentido, o Gerente 1 trazia algumas inquietações sobre o profissional Farmacêutico, relacionados às suas percepções, seu modo de atuação, entendendo que esses fatos comprometeriam uma das etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica.

Na interpretação de Mancebo:

[...] um conjunto de habilidades sempre abertas e por se fazer, que seriam mobilizadas pelo indivíduo em cada situação concreta, emergencial ou não, cabendo ao trabalhador mobilizar-se – sua inteligência, seus recursos criativos pessoais, as potencialidades, desejos e valores, enfim, *sua subjetividade* – para alcançar os objetivos de sua atividade (MANCEBO, 2007, p. 76).

E, tomados por essa visão, compreendemos que o profissional Farmacêutico precisava se libertar de algumas amarras relacionadas ao seu campo de atuação e avançar, incorporando o seu papel frente a construção de uma prática que o levasse a uma análise de sua implicação mediante ao proposto pela Política Nacional de Medicamentos, no processo de reorientação da Assistência Farmacêutica.

Após ter passado longo período à frente da Gerência de Assistência Farmacêutica (ainda uma Divisão), o Gerente 1 fazia uma análise sobre suas reais implicações frente ao processo de reorientação da Assistência Farmacêutica e expôs que sua saída da gerência esteve relacionada a aspectos políticos que atravessavam a relação da gestão e daquele lugar Gerente.

[...] A minha sensação foi mesmo de ter..., nunca a gente conclui plenamente porque é uma política que está eternamente em construção, mas eu tive possibilidade de sair antes e justamente eu não saía porque eu tinha ainda a sensação de que, um certo ciclo estava vencido [...] (Gerente 1).

[...] Então quando eu saí em 2005, foi basicamente por duas situações: mudou a gestão e ah!, vamos chamar de modos operandi na gestão, não foi muito compatível com o meu modos operandi. Mas com a tranquilidade assim grande de que um... sabe, de ver que uma tarefa vencida, cumprida, alguma coisa assim, sabendo que tinha muita coisa para fazer, por exemplo, essa coisa de avançar no serviço farmacêutico. Mas não tenho a sensação de que, sabe, uma coisa que eu não concluí, poderia ter feito e não fiz, daí na verdade um ciclo meu, pessoal, fechado, finalizado [...] (Gerente 1).

A mudança na gestão a qual o Gerente 1 se referia, diz respeito ao término da gestão do então prefeito Luiz Paulo Vellozo Lucas do PSDB, em 2004, e início da gestão do então prefeito João Coser, do Partido dos Trabalhadores, em 2005.

O Gerente 1 saiu da Gerência da Assistência Farmacêutica em 2005 mas deixou evidente que existiam algumas lacunas que precisariam ser trabalhadas para que a Assistência Farmacêutica avançasse e ganhasse potência como indutor de práticas que atendessem às necessidades dos cidadãos de forma integral.

Como evidências, sobressaíram as questões relacionadas ao campo da fitoterapia.

[...] eu acho que, na minha leitura de que a assistência farmacêutica do município de Vitória ela meio que perdeu um pouco, há um descaminho na questão da fitoterapia, acho que é uma área que a gente acabou não falando acho que é muito atrás [...] (Gerente 1).

Outra evidência se referia ao significado e incorporação pelos profissionais do conceito de “Farmácia da Família”.

[...] Ainda nessa linha de raciocínio, eu não sei como é, que eu não tenho acompanhado, a questão da farmácia da família, e ela continua a ser internalizada na instituição com essa marca “farmácia da família” ou não. Mas acho que mais do que a marca é o conceito, e o conceito ficou internalizado nas novas unidades de saúde, acho que é o que importa. Quando falo da assistência farmacêutica no município de Vitória eu acho que foi uma missão boa, sabe concluída, de quem passou e agora quem chegou e quem esta lá que tem que tocar o barco e tentar avançar [...] (Gerente 1)

Sem dúvidas foram grandes as contribuições do Gerente 1 no esforço de se garantir e efetivar ações e estratégias para reorganização da Assistência Farmacêutica incorporada às diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Com a saída do Gerente 1, no início de 2005, entre no cenário o Gerente 2, que permaneceu no cargo de Gerente da Assistência Farmacêutica do município até 2007.

Ainda na chegada do Gerente 2, a Assistência Farmacêutica se configurava no organograma da Secretaria Municipal de Saúde enquanto Divisão e sua alteração para Gerência de Assistência Farmacêutica aconteceu logo nesse início, quando o Gerente 2 recordou:

[...] já cheguei numa situação confortável [...]. Já tinha acontecido a inserção da assistência farmacêutica no organograma, já era uma gerência [...], com duas coordenações. E, na verdade a gerência e duas coordenações a gente que implantou, ela já tinha um formato dentro do organograma e estava em discussão, agora que eu estou me recordando aqui, estava em discussão a situação dela como gerência, o quê que ia se fazer com relação a o que mais que ela teria na assistência farmacêutica. Ai na época a gente conseguiu criar as duas coordenações, já pensando na administrativa e na clínica [...]. Na técnica que até foi chamada de coordenação técnica (Gerente 2).

O Decreto 12.632 de 13 de janeiro de 2006 estabelecia a forma de organização e regulamentou o funcionamento das unidades administrativas da Secretaria de Saúde.

Para a Assistência Farmacêutica ficou instituída a Gerência de Assistência Farmacêutica, que se subdividiu em duas coordenações: a Coordenação Técnica de Assistência Farmacêutica e a Coordenação Administrativa da Assistência Farmacêutica (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2006a).

O Decreto n.º 13.031 de 09 de novembro de 2006 (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2006b), que alterou o Decreto n.º 12.632, de 13 de janeiro de 2006 (PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2006a), trouxe nova conformação do organograma da Secretaria Municipal de Saúde, mas a Gerência, suas Coordenações e respectivas atribuições permaneceram inalteradas.

Os Decretos mencionados garantiram uma organização técnica e administrativa para a Assistência Farmacêutica, porém, na opinião do Gerente 2, existiam algumas fragilidades:

[...] Mas o que eu sempre percebi da assistente farmacêutica, mesmo com todo o organograma situando a assistência farmacêutica, ainda muita dificuldade de inserção, talvez até de conhecimento ou de aceitação das outras áreas da assistência farmacêutica ocupar um espaço importante estratégico. Que é o que a gente fala tanto [...] Que ela é uma área estratégica. Mas a gente percebe ainda a dificuldade dos outros atores de reconhecerem ou de entenderem isso, o papel dela. Então existia ainda essa dificuldade. Quer dizer, eu saí em 2007 ainda com essa dificuldade, percebendo isso (Gerente 2).

O Gerente 2 revelou em seu discurso, em relação ao organograma da secretaria municipal de saúde e o status que a Assistência Farmacêutica conquistou, um grande avanço.

[...] Eu acho que a assistência farmacêutica ela ganhou um espaço muito importante em Vitória. Não é ganhou, acho que é ..., seria obrigatório que toda assistência farmacêutica de todos os municípios tivesse esse espaço até pela importância [...] (Gerente 2).

O Gerente 2 também revelou em seu discurso, como avanço, garantias relacionadas a manutenção da presença do profissional Farmacêutico nos serviços da rede municipal de saúde de Vitória:

[...] Mas aos poucos a gente conseguiu inserir o farmacêutico nas unidades então com outro olhar já do que é a assistência farmacêutica. Tentando a reorientação [...] (Gerente 2).

Mas tem preocupações com os equívocos, tanto relacionados à gestão quanto a percepção das equipes sobre o papel do profissional Farmacêutico naqueles serviços, quando revelou:

[...] A gente percebe que isso é muito devagar, acontece com uma morosidade grande, [...] A gente foi inserindo os profissionais, aí tem que conseguir com que os diretores de unidades compreendam o quê ele está fazendo ali [...], [...] que também é uma dificuldade (Gerente 2).

[...] Então eu acho que ainda está faltando no serviço que a gente consiga que o farmacêutico exerça exatamente a função dele de farmacêutico e o diretor de unidade consiga inseri-lo nessa equipe e ele também se inserir, que às vezes o próprio profissional não consegue se inserir (Gerente 2).

Sobre os processos relacionados ao Ciclo da Assistência Farmacêutica o Gerente 2 apontou os avanços em relação ao cuidado dispensados ao pacientes usuários do Sistema Único de Saúde e em relação a cada uma das etapas do ciclo.

[...] Aqui eu acho que sim, eu acho que a gente tem uma boa regulação na seleção. Eu acho que a gente compra melhor, a gente programa e adquire. Programação e aquisição, eu acho que a gente faz com uma qualidade, pelo menos com uma dedicação e com um cuidado muito grande, a gente tem um índice de perda muito baixo em relação ao volume total que é movimentado, o volume financeiro total que é movimentado ela gira em torno de 0,5%, às vezes, até menos do que isso [...] (Gerente 2).

Sobre a atuação dos profissionais Farmacêuticos, através do olhar desta Gerente, que já esteve atuando na rede de serviços do município de Vitória, a Gerente 2 observou:

[...] em Vitória, não sei se teria outra questão sobre isso, está num momento que eu falei até com a atual Gerente, é um divisor de águas. Ou a gente vai p trás ou vai para frente porque os próprios farmacêuticos estão cobrando, exigindo novo formato, uma nova forma de atuar, porque eu também já fui farmacêutica de unidade depois que eu saí da gerência. A gente às vezes fica sozinha na unidade, você não tem outro papel a cumprir a não ser ficar lá fazendo todo o trabalho, às vezes só de entrega de medicamento que você não tem condições de fazer outras coisas [...], então hoje, os farmacêuticos estão cobrando esse novo formato [...], eles estão exigindo que eles atuem efetivamente como farmacêutico (Gerente 2).

A Gerente 2 ressaltou a importância de se garantirem os espaços de interlocução, com os profissionais Farmacêuticos da rede de serviços e a Gerência da Assistência Farmacêutica e suas coordenações, bem como explicou como era o formato e a metodologia dos espaços existentes à época:

[...] a gente tinha assim, duas formas de interlocução ou de maior aproximação com os farmacêuticos. Que eram as reuniões de câmara técnica que a gente fazia sistematicamente, então discutia as dificuldades, tomava decisão [...] Então a gente discutia muito abertamente todas as questões da assistência farmacêutica. Muitas coisas eram trazidas de lá, dessas conversas com eles. E, também, a gente fazia supervisão [...]. Então naquele momento a gente sistematizou supervisões que eram sistemáticas mesmo, e em muitas eu fui até para conhecer a realidade das unidades. E a gente percebia muitas vezes, então, tendo essa ferramenta de avaliação, de aproximação também da gente ir lá olhar e entender o que está se passando na unidade que também é diferente que é bom a gente ir e olha [...] para gente conhecer (Gerente 2).

Sobre os pontos e contrapontos relacionados à estrutura física das unidades de saúde e das farmácias que compreendiam essas unidades e o desempenho do profissional Farmacêutico, a Gerente 2 pontuou:

[...] a gente percebia muitas vezes que não tinha correlação estrutura e como o farmacêutico exercia a função dele. Então isso não se encontrava muitas vezes a farmácia maravilhosa o farmacêutico não atuava como farmacêutico que tinha todas as condições para atuar. Então a gente tem todas essas questões que são reais (Gerente 2).

[...] a gente teve os dados que a gente encontrou o diagnóstico da situação. A farmácia menor que a gente tinha na época era onde tinha uma assistência farmacêutica melhor desempenhada. Então a gente percebe que a lacuna de fato esta na gente também. A gente que eu falo enquanto farmacêutico. Isso a gente já percebia (Gerente 2).

A institucionalização do papel do Farmacêutico e a forma como ele se relacionava com as equipes também foi pautado no discurso da Gerente 2, quando:

Eu ainda consigo ver, pelo que a gente discute, pelo Brasil afora que ainda em Vitória está muito a frente do que a gente percebe em todos os estados. Infelizmente. É muito demorado as pessoas entenderem o quê que é a assistência farmacêutica. Eu acho que muitas vezes a culpa é nossa mesmo [...]. Do próprio farmacêutico. Muitas vezes é e muitas vezes não. Mas eu acho que vitória poderia chegar ao momento que o farmacêutico atue de fato na clínica também, não só naquele trabalho todo operacional administrativo que ele faz. Por isso que eu falo que é um divisor de águas, agora ou a gente vai p traz ou a gente vai p frente. E pra frente é o farmacêutico assumir junto com a equipe [...]. Que as equipes de estratégia de saúde da família não sejam mais donas das suas equipes e eles decidam quem entra e quem sai, então que o farmacêutico seja institucionalizado de forma [...], mais assim concreta dentro da equipe de saúde porque e ainda a gente vê nas unidades o farmacêutico ficando sozinho isso acontece demais ainda [...], ficando sozinho na farmácia e não tendo condições nem de sair da porta da farmácia para atuar em mais nada além do que entregar medicamentos e fazer os relatórios. Então eu acho que Vitória pode avançar já nisso (Gerente 2).

Sobre a potência das várias possibilidades do campo de atuação do profissional Farmacêutico e as ações que iriam garantir a integralidade do cuidado ao usuário do Sistema de Saúde Municipal, opinou:

Então assim, essas exigências que a gente faz em Vitória já são porque a gente caminhou até aqui. Não tem como ir para trás tem que ir para frente. Então por isso que seria assim, o ideal seria essa mudança para melhor. O farmacêutico realmente exercer a atividade dele como profissional e hoje no ministério da saúde está se discutindo a qualificação da assistência farmacêutica. Então no meio desse turbilhão de municípios pelo país afora que nem farmacêutico tem, o Ministério da Saúde já está querendo discutir a qualificação da assistência farmacêutica. Então tem um grupo grande discutindo isso. Como vai se dá a assistência farmacêutica em todos os níveis de complexidade. Então é o ponto agora, é o momento forte de discussão disso e a gente não pode deixar de aproveitar esse momento de discussão (Gerente 2).

Sobre avanço na incorporação do profissional assistente de farmácia nas farmácias dos serviços da Rede Municipal:

A criação do cargo de assistência de farmácia. Isso tudo nós fizemos discutimos muito, foi muito bacana porque pra criar esse cargo eu tive que buscar informação, por que, e eu não podia criar de técnico porque não existe, não podia criar de auxiliar e toda aquela discussão, não existe isso. Ai fui olhar em Santa Catarina e eles tinham criado de assistente de farmácia ai liguei para um colega de lá, ele falou exatamente isso, a gente mudou o nome exatamente pra poder criar um cargo específico da farmácia e técnico não poderia. Ai e pra não ter problema político depois. De conselho, discussões se teria direito a assumir responsabilidades técnicas ou não, ficamos preocupados com isso também. Ai foi assistente de farmácia, definimos as atribuições, tudo bonitinho (Gerente 2).

Com a saída do Gerente 2, em 2007, entra em cena o Gerente 3, que ocupou o cargo até final de 2012, acompanhando o término da gestão político-partidária do petista João Coser.

O Gerente 3 trouxe novos elementos para a discussão, apontando as dificuldades que o município de Vitória evidenciava quando se tinha necessidade de pautar alguns

temas relacionados ao processo de reorganização da Assistência Farmacêutica, em fóruns de discussão a nível nacional:

[...] Olha eu acho assim que a gente avançou muito, atualmente eu participo de algumas discussões nacionalmente junto com o departamento de assistência farmacêutica e a gente vê como que é diferente o Brasil à fora a realidade. E ate hoje, eu acho muito difícil de discutir a assistência farmacêutica de Vitória nos outros espaços porque assim, a gente eu acho que avançou tanto em algumas coisas que quando eu coloco as questões de Vitória nessas discussões as pessoas ficam assim, “ah, você esta brincando né?” Você tem farmacêutico em todas as unidades? Você tem um profissional de nível médio que auxilia o farmacêutico em todas as unidades? Ambiente climatizado? Informatizado? (Gerente 3).

E novamente surgia a preocupação em se investir na potência da prática do profissional Farmacêutico, quando o Gerente 3 apontou:

Então assim, e ai a gente leva, tenho tentado levar para esses espaços discussões para a atuação do farmacêutico mesmo no cuidado com o paciente. Trabalhar a adesão farmacêutica, a adesão ao tratamento, trabalhar o segmento farmacoterapeutico, trabalhar em parâmetro de atendimento no tempo, qual o volume de atendimento que poderia ser para um farmacêutico, para um assistente? [...] (Gerente 3).

Quanto ao fato do discurso do Gerente 3 trazer novos elementos, pela primeira vez surgiu a figura do “Estado⁴⁰” no processo de discussão, com o enfoque:

[...]a gente fica discutindo muito entre a gente aqui, aqui e muito com o Estado porque o Estado também tem uma realidade parecida com a nossa. Enquanto Estado mesmo que é a farmácia cidadã, ela tem farmacêuticos no atendimento que são extremamente sobrecarregados porque eles tem aquela rotina ali bem pesada que é uma coisa que esta sendo até revista junto com a discussão que a gente vem tentando fazer aqui (Gerente 3).

⁴⁰ Estado do Espírito Santo.

Outro aspecto mencionado se referiu a importância e valorização do profissional Farmacêutico, quando o Gerente 3 disse:

[...] Então assim, e aí por um lado isso é maravilhoso, pra nós, pra categoria, pra realização do serviço isso é muito legal, porque por aí fora o que a gente vê é uma outra pessoa de qualquer formação tomando conta daquela parte que se diz farmácia. Na unidade de saúde, mas assim, eu percebo o quanto a gente ainda tem que crescer, o quanto esse profissional precisa se integrar mesmo na equipe que é agora o desafio que ele assumiu a farmácia, penso eu né? Agora que ele tomou conta daquele espaço que até então não era dele ele precisa conseguir sair dele e alcançar o paciente, alcançar os demais profissionais, trabalhar em equipe [...] (Gerente 3).

A compreensão de que os Gestores municipais e Gerentes da Assistência Farmacêutica, que estiveram na gestão em períodos anteriores, fizeram grandes movimentos relacionados a garantia de um lugar institucional para Assistência Farmacêutica e enfrentamentos políticos administrativos frente às propostas de reorientação da Assistência Farmacêutica, que foram conduzidas e reconduzidas para a agenda da gestão municipal passando pelo período atual.

[...] E aí assim, vejo que a gente deslanchou muito até aqui, de uns oito anos para cá. Até então, a gente sempre teve muito a lutar pelo espaço que, assim, foi valiosíssimo, porque fez com que chegasse os gestores que estão aí hoje compreendessem e fizessem boa parte daquilo que há muito tempo já era de discussão para poder brigar, para ter, porque precisa. Então, foi muito interessante isso (Gerente 3).

O surgimento do Departamento de Assistência Farmacêutica no Ministério da Saúde,

E de certa forma o DAF é extremamente novo, o DAF⁴¹ tem 12 anos, todo o acúmulo de discussão que teve lá no passado veio de fato trazer um departamento de assistência farmacêutica no primeiro ano do governo Lula [...] (Gerente 3).

⁴¹ Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde.

O desafio de se efetivar a integralidade do cuidado e o descompasso político e histórico entre as ações do Departamento de Atenção Básica, historicamente mais antigo e o Departamento de Assistência Farmacêutica, mais recente, ambos do Ministério da Saúde:

[...] Pra mim o maior desafio é integrar com a atenção à saúde eu acho, e eu vejo isso nacionalmente, a dificuldade porque assim, um já caminhava muitos anos, né? Com protocolos, com definições, com políticas nessa área que todas elas tinham a ver e tem uma parte com medicamentos, mas assim, de uma forma não muito sistematizada e agora que esse espaço existe e ele tem uma série de coisas a regulamentar ainda, a organizar, né? Para ser mesmo um departamento, mexe com financiamento, são milhões de orçamento só da assistência farmacêutica, eu vejo isso, assim, um desafio a integrar com as atividades da atenção a saúde [...] (Gerente 3).

[...] Por exemplo, as redes de atenção a saúde, todas saíram com a assistência farmacêutica exclusivamente como apoio logístico. E aí, assim, somos só isso? E agora está tendo uma discussão, um grupo de trabalho, que foi feito lá na Secretaria de Ciência e Tecnologia⁴² para rediscutir o papel do farmacêutico frente as redes de atenção a saúde, e aí ela vem com toda uma outra proposta, que é a proposta do cuidado, de se ter, eles estão chamando de clínica farmacêutica (Gerente 3).

Sobre os processos que envolvem o financiamento da Assistência Farmacêutica, o Gerente 3 trouxe como novo elemento a ser considerado:

[...] 2010, em setembro de 2010, foi quando teve a grande mudança do financiamento da assistência farmacêutica foi remodelado, que aí ele passou para componente básico da assistência farmacêutica, especializado, estratégico, então assim, eles estavam intensamente num trabalho que eles não tinham como atingir, também dar conta de construir a questão da RAS [...] (Gerente 3).

A necessidade de se construir a Política de Assistência Farmacêutica no âmbito municipal:

⁴² Secretaria de Ciência e Tecnologia pertence ao Ministério da Saúde.

[...] Na verdade essa foi uma discussão grande que a gente travou na época do GERUS⁴³ com a professora “FUMICA”⁴⁴ porque no trabalho de intervenção do GERUS eu já tinha proposto que até então cada um iria fazer o seu, a minha proposta era escrever a política municipal de assistência farmacêutica. Aí ela fez toda uma discussão tanto comigo, tanto com a Luciene da saúde do trabalhador de que na verdade a política ela tá posta, tipo assim, porque você tem que escrever uma do município se a política nacional de assistência farmacêutica dá todas as diretrizes para ser implementadas no município? Aí na época ela fez um convencimento, assim, mostrou para gente com propriedade que ela não via sentido nisso. Mas com o passar do tempo, e com as especificidades de cada lugar, eu tenho entendido, assim, que seria importante até no sentido de você manter aquilo que já tem e apontar para onde se quer ir? Porque senão fica muito, tudo bem que isso tudo está contemplado no plano municipal de saúde que foi a justificativa dela. Aquilo que tem que ser feito ela tem que estar dentro do plano municipal de saúde consequentemente você vai trabalhar na programação anual e isso já aponta para onde caminha essa área. Porém, as questões do cuidado normalmente elas não entram, pelo menos não entram de uma forma tão transparente dentro do plano municipal de saúde ou dentro de uma programação anual. Dá a impressão de que a gente tem que ter mesmo alguma outra coisa, algum outro instrumento que aponte para esse detalhamento sabe?[...] (Gerente 3).

Os desafios sob o olhar do Gerente 3 se relacionaram com as possibilidades de efetivação dos domínios da Atenção Farmacêutica, como etapa fundamental da efetivação do Ciclo da Assistência Farmacêutica e incorporação definitiva do Farmacêutico às equipes de saúde.

[...] Acho que é isso, acho que a gente precisa avançar para essa parte com o cuidado do paciente a atenção farmacêutica mesmo, seria um sonho de conseguir fazer! (Gerente 3).

[...] Então eu vejo isso assim, acho que o principal avanço que eu diria agora para a gente é mesmo com o cuidado ao paciente, sabe, a gente entrar nesse espaço e dividir o cuidado com a nossa especificidade de conhecimento, com o saber do farmacêutico, com o que ele percebe estando naquele espaço e o que quê ele consegue identificar, porque assim, médico, todo mundo quer ir no médico, aí você vai em um, vai em dois, vai em três e você chega aonde com as mesmas informações com os mesmos documentos? Normalmente é na farmácia de uma unidade onde você consegue... [...] (Gerente 3).

⁴³ Especialização em Gerência de Unidades de Saúde.

⁴⁴ Professora do Curso de Especialização em Gerência de Unidades de Saúde (GERUS).

O Gerente 3 focou seu olhar sob outra dimensão, relacionado-o a necessidade de se promover a educação permanente dos profissionais envolvidos na Assistência Farmacêutica, considerando o seu conceito ampliado:

[...] Eu acho que a gente tem que qualificar muito a dispensação, que ela é um ato extremamente importante. O sonho seria ser feito por farmacêuticos, que pudessem ser feito uma orientação adequada naquele momento que pudesse fazer identificação daquele paciente que precisa de um acompanhamento de maiores informações, assim, eu enxergo muito nisso [...] (Gerente 3).

A necessidade de se investir em estrutura física dos serviços promovendo possibilidades de adequação da área física e infraestrutura para farmácias que já estariam em funcionamento e a preocupação de garantir a participação da Gerência da Assistência Farmacêutica nos processos de elaboração das propostas de construção dos novos serviços, contemplando um modelo ideal de farmácia.

[...] Melhorar a estrutura ainda de muito serviço, acho que ainda tem muito para investir, acho que ainda tem muita área descoberta no sentido de ações mesmo de saúde que os demais profissionais não conseguem fazer e que o farmacêutico no momento atual ele também não consegue se envolver por que ele está preso! Na farmácia (Gerente 3).

Apesar do Gerente 3 reconhecer os avanços e a qualidade dos processos que envolviam as etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica, não poderíamos perder de vista o monitoramento dos processos de aquisição de medicamentos, aprimorando as etapas desse Ciclo.

[...] e a área que a gente sempre tem que estar monitorando e aprimorando é área de compras. Negócio que você tem que monitorar o tempo inteiro e o tempo inteiro você tem que conhecer as informações, as estratégias, para conseguir garantir um bom abastecimento, porque não é fácil comprar. Nós que somos um município grande, a gente ainda compra muito bem, mas por aí fora, e aí quando a gente pensa assim, 90% dos municípios do Brasil tem menos de 20mil habitantes. Mas assim é muito pouco lugar que consegue ter um poder de compra. Porque é tudo licitação, menor preço, a pessoa tem que aparecer para vender, aqui a gente compra um horror, vai por aí à fora compra 30 mil comprimidos, 10 mil comprimidos. Aqui a média de alguns itens são 200 mil por mês (Gerente 3).

[...] Hoje em dia quando a gente pára para olhar bem pouco tempo atrás a gente vê como que melhorou e como que a gente ainda tem muito para melhorar. Nessa coisa de trabalhar a perda, saber comprar é um desafio. Saber programar. Igual agora a gente acabou de finalizar a seleção de 2011, aí tem uma série de itens para ser comprados, estimar usando a questão epidemiológica às vezes é superestimado e aí a gente tem que ter um cuidado muito grande porque é o dinheiro nosso, né? Dinheiro do povo. Comprar errado você perde [...] (Gerente 3)

[...] O que eu acho que a gente não tocou é esse ciclo, assim essa parte da logística que na verdade, acho que a gente sempre tem que estar aprimorando, sempre (Gerente 3).

As dificuldades encontradas em relação à fundamentação legal para os processos de aquisição de medicamentos e insumos, uma vez que o município, pelo seu volume de compras e de acordo com o seu processo de organização, encontrou dificuldades e amparo legal que pudesse garantir um novo formato, mais ágil, disponibilizando medicamentos e insumos em tempo oportuno e de qualidade para a rede serviços.

[...] Eu acho até que para gente que compra grande volume a gente se adequou a lei 8.666, porque ela não foi feita para esse tipo de compra. A gente se adequou. Mas assim, para a gente aqui se precisar adquirir, eu preciso adquirir, tenho muita dificuldade para adquirir injetáveis, por exemplo, que eu compro pequena quantidade, pequena entre aspas! Pequena para a indústria, em relação aos demais. O índice de fracasso⁴⁵, de deserto⁴⁴ é altíssimo e às vezes você precisa fracassar um processo, por deixar dar deserto, duas, três vezes para você justificar uma compra por dispensa. Agora nós conseguimos por dispensa 25 itens, nós conseguimos comprar 22 [...] (Gerente 3).

⁴⁵ Termo utilizado nos processos de licitação.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, depois de um longo caminho percorrido desde as concepções teóricas sobre Assistência Farmacêutica, definidas em 1988, no I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos e, posteriormente, incorporadas nos atos legais representados pela Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080 de 1990, foram finalmente definidos aspectos políticos e técnicos voltados para o tema da Assistência Farmacêutica.

Essas definições ocorreram de forma articulada no sentido de garantir a efetiva implantação e aplicabilidade de uma Política de Medicamentos como parte integrante da Política de Saúde Brasileira, culminando com a construção e implantação da Política Nacional de Medicamentos, através da Lei n.º 3.916 de 1998 (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008).

Nesse sentido, a implantação da Política Nacional de Medicamentos deriva de todo um processo político que esteve lastreado com a promulgação da Constituição de Federal de 1988 (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008), sendo considerada parte essencial e um componente básico do Sistema Único de Saúde cujo objetivo central é assegurar à toda população o abastecimento regular e o uso racional de medicamentos seguros, eficazes e de boa qualidade com equidade (BONFIM; MERCUCI, 1997).

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) teve como resultante uma profunda redefinição das funções e competências dos vários níveis de governo, principalmente no tocante à descentralização da gestão das ações e serviços.

A redefinição de funções e competências inaugurou, de fato, um ambiente para implementação de um novo modelo assistencial, buscando privilegiar a intervenção sobre determinantes da situação de saúde, grupos de risco e danos específicos, vinculados às condições de vida, ao tempo em que se reorganiza a atenção médico-ambulatorial e hospitalar de acordo com o perfil das necessidades e demandas da população. Nesse contexto, insere-se a Assistência Farmacêutica como um componente do novo modelo assistencial (MARIN et al., 2003).

Contudo, a Política Nacional de Medicamentos trouxe uma série de diretrizes, das quais destacamos a reorganização da Assistência Farmacêutica, que também é uma prioridade daquela mesma política.

A reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica se dará de modo que não se restrinja à simples etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica: aquisição e à distribuição de medicamentos. [...] As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais (BRASIL, 1998a).

Para implementarmos todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais, os gestores do Sistema Único de Saúde – das três esferas de governo – devem, de forma coordenada e disciplinada: **descentralizar a gestão, promover o uso racional dos medicamentos, otimizar a eficácia do sistema de distribuição de medicamentos no setor público e desenvolver iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado**, com o objetivo de fundamentar o processo de reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1998a, grifo nosso).

Inicialmente, após a implantação da Política Nacional de Medicamentos, houve um intenso investimento no processo de descentralização da gestão, contemplados na padronização dos produtos através das listas de medicamentos essenciais, no

planejamento adequado e oportuno e na redefinição das atribuições das três instâncias de gestão.

Desse modo, as ações que reafirmavam o processo de descentralização deveriam estar inseridas na ação governamental, o que deveria assegurar o acesso da população a esses produtos. Para o Ministério da Saúde, a premissa básica será a descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais (BRASIL, 1998a).

O processo de descentralização das ações da Assistência Farmacêutica para os municípios, no entanto, não exime os gestores federal e estadual da responsabilidade relativa à aquisição e distribuição de medicamentos em situações especiais, ficando o elenco de medicamentos essenciais sob responsabilidade da gestão municipal, naquele momento.

Segundo a Política Nacional de Medicamentos,

É importante ressaltar que, independente da decisão por centralizar ou descentralizar a aquisição e distribuição de medicamentos, deverá ser implementada a cooperação técnica e financeira intergestores. Essa cooperação envolverá a aquisição direta e a transferência de recursos, bem como a orientação e o assessoramento aos processos de aquisição – os quais devem ser efetivados em conformidade com a realidade epidemiológica, visando assegurar o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo, priorizando os medicamentos essenciais e os de denominação genérica (BRASIL, 1998a).

Em cumprimento ao disposto na Política Nacional de Medicamentos, o município de Vitória implantou sua 1ª Relação Municipal de Medicamentos Essenciais em 1998, elaborada coletivamente e produzida a partir de oficinas com Profissionais de Saúde da própria Rede Municipal, em um intenso trabalho desenvolvido que se iniciou dois anos antes de sua homologação.

Na verdade, a elaboração da relação se antecipou a implantação da Política Nacional de Medicamentos.

No momento em que no Brasil, somente outro município havia elaborado sua própria relação, Vitória deu um passo importante tornando-se vanguardista na iniciativa de reorganização de sua Assistência Farmacêutica (Gerente 1).

Ainda na contemporaneidade da implantação da relação de medicamentos essenciais, Vitória inseria uma discussão em torno do que seria o “novo conceito” de farmácia, através do projeto Farmácia da Família, que tinha por objetivo reatualizar as farmácias dos serviços de sua rede de atendimento, incorporando novo formato arquitetônico daquelas farmácias, para que se garantissem minimamente condições ideais para o medicamento, em todas as suas dimensões e para atuação do profissional Farmacêutico.

Esse projeto provocou mudanças na forma de se planejar a estrutura física das farmácias, adequando estruturas antigas e planejando as futuras, bem como criou possibilidades para que se avançasse na proposta de garantir que cada serviço tivesse um profissional Farmacêutico responsável. Os vários concursos que ocorreram ao longo do período proposto deram conta de estabelecer que todas as unidades de saúde, centros de referência e pronto-atendimentos, tivessem a presença do profissional Farmacêutico.

Junto ao reconhecimento do profissional Farmacêutico, um grande avanço nas questões relativas ao provimento de profissionais para as farmácias das Unidades de Saúde, foi a oferta de concurso público, além do cargo de Farmacêutico, para o cargo de Assistente de Farmácia, que está presente em todos os serviços da rede que possuam farmácias.

No tocante a infra-estrutura das farmácias das unidades de saúde, a climatização e a informatização aparecem nos discursos como um grande avanço, mas também há uma preocupação, presente de igual modo, com a necessidade de se adequar alguns serviços.

O desafio maior está relacionado ao profissional Farmacêutico em várias dimensões – na atenção farmacêutica, na integralidade da atenção, no ciclo da Assistência

Farmacêutica, no relacionamento com as equipes de saúde – demandando investimentos em processos de educação permanente.

A fitoterapia aparece como fato isolado, mas como um grande desafio a ser retomado.

A Atenção Farmacêutica aparece no discurso de todos os Gerentes e Gestores, mesmo que pontualmente em alguns aspectos, como a falta do acompanhamento farmacoterapêutico, o desejo do profissional Farmacêutico em assumir de fato todas as suas atribuições dentro do ciclo de Assistência Farmacêutica, a farmacovigilância, e o posicionamento do próprio Farmacêutico frente à equipe multiprofissional de trabalho.

Sob o olhar da macrogestão, Vitória apresenta dificuldades de interlocução com outros municípios do Brasil, no tocante às suas necessidades para a Assistência Farmacêutica, por ser julgada como um município que conseguiu avançar em muitas questões, como informatização dos serviços de farmácia, climatização das farmácias, presença do Farmacêutico nos serviços.

Portanto, segundo as proposições de Savoye (2007,) o processo de institucionalização da Assistência Farmacêutica em Vitória poderia ser analisado realizando-se um recorte no tempo, correspondente a dois momentos históricos distintos: quando da constituição original, que Savoye chama de Institucionalização Fundadora (IF) e quando das condições de ação para o instituinte, que Savoye chama de Institucionalização Ordinária ou Permanente.

O momento histórico da Institucionalização Fundadora, processo pela qual a instituição toma forma, ao mesmo tempo em que cria as condições para sua perpetuação [...]” (SAVOYE, 2007, p. 4, grifos do original), do ponto de vista do processo de reorientação da Assistência Farmacêutica no município de Vitória/ES, houve garantia do lugar institucional da Assistência Farmacêutica no organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória/ES e o desejo da equipe de trabalho em assumir responsabilidades que elevassem a Assistência Farmacêutica à categoria de política setorial envolvida numa política maior, o Sistema Único de Saúde.

Esses momentos apareceram no discurso dos Gestores 1 e 2 e dos Gerentes 1 e 2, sendo rememorado no discurso do Gerente 3.

O segundo momento histórico, as condições de ação para o *instituinte* (isto é, uma negatividade que o instituído), definida por Savoye como “*institucionalização ordinária ou permanente*”,

“[...] não é da mesma natureza que a Instituição Fundadora e não coloca radicalmente em questão os fundamentos da instituição; simplesmente a transforma, infletindo suas orientações, remanejando seu funcionamento, modificando sua composição social” (SAVOYE, 2007, p. 4).

Portanto, no processo de formação da institucionalização ordinária a Assistência Farmacêutica ganhou potência quando adotou formas e mecanismos para reorientar seu modelo, identificados por todos os avanços apontados no discurso dos Gestores e Gerentes, mesmo quando esses tiveram a sensibilidade de observar os grandes desafios reservados para o município de Vitória, no que dizia respeito ao processo de reorientação da Assistência Farmacêutica, apoiando os dispositivos instituintes propostos pelas equipes de Farmacêuticos, a serviço da referida reorientação.

Por fim, um estudo elaborado por Bernardi, Bieberbach e Thomé (2006) apontava que para a maioria dos municípios do Brasil,

A Assistência Farmacêutica Básica nos municípios é deficitária, exigindo maiores investimentos em recursos humanos, físicos e materiais. A ausência do farmacêutico na equipe de saúde é um fator importante, ainda que não o único, da fragmentação da execução, das etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica e da baixa eficiência das ações de saúde neste âmbito (BERNARDI; BIERBARCH, THOMÉ, 2006, p. 73).

Esse diagnóstico encontrou campo de atuação divergente quando aplicado ao município de Vitória, pois os discursos apresentados pelos Gestores Municipais e Gerentes da Assistência Farmacêutica, desse mesmo município, desde 1998, ano em que se implantou a Política Nacional de Medicamentos, colocou Vitória como vanguardista no processo de reorientação da Assistência Farmacêutica.

7. REFERÊNCIAS

ACÚRSIO, F. A. (Org.). **Políticas, assistência farmacêutica, farmacoepidemiologia e farmacoeconomia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

ALTOÉ, S. René Lourau: a análise institucional como cultura e generosidade. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 298-302, 2007. Disponível em: <<http://www.mnemosine.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/article/viewFile/275/418>>. Acesso em: 16 de mai. 2011.

ANDRADE, C. D. O homem e o remédio: qual o problema? Disponível em: <<http://caf5demaio.blogspot.com.br/2007/11/o-homem-e-o-remedio-qual-o-problema.html>>. Acesso em: 15/01/2013>. Acesso em: 20 jan. 2013.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes**: teoria e prática. 5. ed. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari, 2002.

BELMARTINO, S. Contribuciones al debate metodológico en salud. [Editorial]. **Salud Coletiva**, Buenos Aires, v. 4, n. 2, p. 125-131, mai./ago. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652008000200001>. Acesso em: 07 jun. 2011.

BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOMÉ, H. I. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica nos Municípios de Abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 73-83, jan./abr. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n1/08.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2011.

BERMUDEZ, J. A. Z.; POSSAS, C. A. Analisis critica de la politica de medicamentos en el Brasil. **Bol Oficina Sanit Panam**, 199 (3), 1995. Disponível em: <www.arca.fiocruz.br/xmlui/handle/icict/436>. Acesso em: 03 mai. 2011.

BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria farmacêutica, estado e sociedade**. São Paulo: HUCITEC, 1995.

BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R. A. **Medicamentos e a reforma do setor saúde**. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1999.

BONFIM, J. R. A.; MERCUCI, V. L. (Orgs.). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1997.

BRASIL. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. “*Saúde como direito inerente à cidadania e à personalidade; reformulação do sistema nacional de saúde*”. Brasília, 1986. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao_Compilado.htm>. Acesso em: 27 abr. 2011.

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 27 abr. 2011.

BRASIL. **Anais da 9ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Caderno 2. Brasília, 1992. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/9_CNS_Relatorio%20Final%20Caderno%2002.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. **Norma Operacional Básica – NOB – SUS 01/96**. Brasília: 1996. Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/esp2/img2/NOB%20SUS%2001_96.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1997a. Disponível em: <www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>. Acesso em: 24 ago. 2011

BRASIL. **Decreto n.º 2.283, de 25 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, 1997b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/d2283.htm>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. **Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos, 1998a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/portariagm3916/gm.htm>>. Acesso em: 27 abr. 2011.

BRASIL. **Anais da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília: 1998b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/10_CNS.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, n. 25. 2001. Disponível

em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2011.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 338, de 06 de maio de 2004.** Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao_338_politica_ass_farmaceutica.pdf>. Acesso em: 12 jan. 2011.

BRASIL. **Objetivos de desenvolvimento do milênio** – Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea, 2004b. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Docs/1_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.** Relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social (Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde). Brasília, 2005. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/confer_nacional_de%20medicamentos.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regionalização solidária e cooperativa:** orientações para sua implementação no SUS. Série A – Normas e Manuais Técnicos, Série Pactos pela Saúde. Brasília, 2006. v. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Índice de Desempenho do SUS (IDSUS), 2011.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1080>. Acesso em: 13 fev. 2013.

BRASIL. Palácio do Planalto. **Biblioteca da Presidência da República.** Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/>>. Acesso em: 04 mar. 2013.

BRUNDTLAND, G. H. **Global parterships for health.** WHO Drug Information, 13 (2): 61-62, 1999. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/index/assoc/s14172e/s14172e.pdf>>. Acesso em: 06 fev. 2013.

COSENDEY, M. A. E. et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(1): 171-182, jan./mar., 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1576.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2011.

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 15, n. 38, p. 663-675, jul./set. 2011. Disponível em:

<<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180119940026>>. Acesso em: 31 jan. 2012.

FIGUEIREDO, T. A. M.; SIMÕES, F. L.; BONALDI, C. M. O território do Bonfim: espaço de produção de conhecimento em saúde. **Revista Brasileira em Promoção da saúde**, Fortaleza, v. 24, n. 1, p. 73-79, jan./mar. 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

IBAÑEZ, N.; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D. (Orgs.). **Política e gestão pública em saúde**. São Paulo: HUCITEC: CEALAG, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo 2010**. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 21 fev. 2013.

KASTRUP, V. O Funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia e Sociedade**, v. 19(1), p. 15-22, jan./abr. 2007.

KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M. H.; ZAIRE, C. E. F. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Rev. APS.**, v. 11, n. 1, p. 85-89, jan./mar. 2008.

L'ABBATE, S. O analisador dinheiro em um trabalho de grupo realizado num hospital universitário em Campinas, São Paulo: revelando e desvelando as contradições institucionais. In: RODRIGUES, H. B. C.; ALTOÉ, S. (Orgs.) **Análise institucional**. São Paulo: Hucitec. 2004. p. 79-99. Saúde Loucura n.8.

L'ABBATE, S. **Conceito de analisador**. Textos de apoio às aulas de pós-graduação – Texto IV. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP, 2007. 4 p.

LOURAU, R. **Análise institucional e prática de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LOURAU, R. **A Análise institucional**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. In: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau**. Analista institucional em tempo integral. São Paulo: HUCITEC, 2004a. p. 186-198.

LOURAU, R. Objeto e método da análise institucional. In: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau**. Analista institucional em tempo integral. São Paulo: HUCITEC, 2004b. p. 66-86.

LOURAU, R. Implicação: um novo paradigma. In: ALTOÉ, S. (Org.) **René Lourau**. Analista institucional em tempo integral. São Paulo: HUCITEC, 2004c. p. 246-258.

MACHADO, U. **20 anos da indústria de doença**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1982.

MANCIBO, D. Trabalho docente: subjetividade, sobreimplicação e prazer. **Psicol Reflex Crit.**, Rio Grande do Sul, v. 20. n. 1, p. 74-80. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722007000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 abr. 2011.

MARIN, N. et al. (Orgs.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 373p. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/0080.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2011.

MENDES, E. V.; TEIXEIRA, C. F.; ARAÚJO, E. C.; CARDOSO, M. R. L. Território: conceitos-chave. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo social de mudança de práticas sanitárias do sistema único de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 166-9.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 2010.

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal Rev. de Psicologia**, Niterói, v. 20, n. 1, p. 19-26, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922008000100007>. Acesso em: 19 abr. 2011.

OLIVEIRA, M. A.; BERMUDEZ, J. A. Z.; OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil, 2005**. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. Brasil. Ministério da Saúde (Série técnica medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde; 3), 2005. Disponível em: <http://www.crfce.org.br/novo/images/stories/pdf/1.1_AF_AVALIAO__ESTRUTURA_E_PROCESSO.pdf>. Acesso em: 21 jan. 2011.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde. **Saúde nas Américas, 2007**. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde (Publicação Científica e Técnica n. 622). Washington, D.C., 2007. 2v. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=97>>. Acesso em: 10 jan. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. **Assistência farmacêutica em Brasil: experiências exitosas**. Unidade de

Medicamentos e Tecnologias, 2008. Disponível em: <https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:ciqVQptaj8lJ:www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/SSSI_-_AVANCOS_DA_ASSISTENCIA_FARMACEUTICA_NO_BRASIL_ESPANHOL_2008.doc+ASISTENCIA+FARMAC%C3%89UTICA+EN+BRASIL:+Experiencias+exitosas&hl=pt-BR&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEESgi0hijzZLMp0doXW1UZVwEcObTZW9IFPsHbmYBWnMIHIArhsWKBXZo7YLOCs-9E3DeeYIK_nRfK7dCUb35EaeJKUZoLQxq59_Z33XSvGSU7SIAED983E6XWxMBekBAUoZv8gV&sig=AHIEtbSjoaZ0txt_EqGImpFlrTpMWUIB1g>. Acesso em: 03 jan. 2012.

PAULA, P. A. B. et al. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19[4]: 1111-1125, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n4/v19n4a11.pdf>>. Acesso em: 03 mai. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Lei n.º 2.548 de 15 de fevereiro de 1978**, que institucionaliza o processo de modernização administrativa da Prefeitura Municipal de Vitória e reformula a organização estrutural de suas unidades de administração direta, 1978. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/1978/L2548.PDF>>. Acesso em: 23 fev. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Lei n.º 4.397 de 31 de janeiro de 1997**. Dispõe sobre alterações na estrutura organizacional da Prefeitura da Prefeitura Municipal de Vitória e dá outras providências, 1997. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/1997/L4397.PDF>>. Acesso em: 18 fev. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde. Memento Terapêutico. **Portaria n.º 005 de 11 de março de 1998**, que homologa a Relação Municipal de Medicamentos Essencias (REMUME).

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Lei n.º 6.077 de 29 de dezembro de 2003**, que regulamenta a organização do Município em bairros e dá outras providências, 2003. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/2003/L6077.PDF>>. Acesso em: 21 fev. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Lei n.º 6.488 de 08 de dezembro de 2005**, que autoriza o Poder Executivo a criar a oitava regional administrativa, 2005. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/2005/L6488.PDF>>. Acesso em: 21 fev. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Decreto n.º 12.632 de 13 de janeiro de 2006**, que estabelece a forma de organização e regulamenta o funcionamento das

unidades administrativas da Secretaria de Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/2006/D12632.PDF>>. Acesso em: 18 fev. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Decreto nº 13.031 de 09 de novembro de 2006**. Altera o Decreto nº 12.632, de 13 de janeiro de 2006, que dispõe sobre a organização e o funcionamento das Unidades Administrativas da Secretaria de Saúde, 2006b. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/2006/D13031.PDF>>. Acesso em: 30 ago. 2011

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. Secretaria municipal de saúde de Vitória. **Prestação de Contas – 4º semestre, 2009**. Vitória, 2009. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20100608_contas_saude_4tri_2009.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Vitória em dados**, 2010a. Disponível em: <<http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/home.asp>>. Acesso em: 18 ago. 2011.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Decreto n. 14.919 de 13 de dezembro de 2010**, que cria a Escola Técnica e formação de Profissionais da Saúde (ETSUS). 2010b. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/2010/D14919.PDF>>. Acesso em: 18 fev. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. Secretaria Municipal de Saúde de Vitória. **Relatório de Gestão 2010**. Aprovado em 03 de maio de 2011, pela Resolução n.º 554 de 2011 do Conselho Municipal de Saúde de Vitória, 2011. Disponível em: <http://www.vitoria.es.gov.br/arquivos/20110928_relatorio_gestao_2010.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, **Decreto n.º 15.489 de 10 de setembro de 2012**, que estabelece a forma de organização e regulamenta o funcionamento das unidades administrativas da Secretaria de Saúde e dá outras providências, 2012. Disponível em: <<http://sistemas.vitoria.es.gov.br/webleis/Arquivos/2012/D15489.PDF>>. Acesso em: 18 fev. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Vitória em dados**, 2013a. Disponível em: <<http://legado.vitoria.es.gov.br/regionais/home.asp>>. Acesso em: 12 fev. 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA. **Vitória em dados**, 2013b. Disponível em: <<http://www.vitoria.es.gov.br/turismo.php?pagina=acidade>>. Acesso em: 21 fev. 2013.

RODRIGUES, H. B. C.; LEITÃO, M. B. S.; BARROS, R. D. B. **Grupos e instituições em análise**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2002.

RODRIGUES, D. O.; FLORES, D.; GUIMARÃES, F. A.; NASCIMENTO, M. L. Práticas, implicações e produções da psicologia no judiciário. **Mnemosine**, Niterói, v. 1, n. 2, p. 315-328. 2005. Disponível em: <www.mnemosine.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/article/view/138/288>. Acesso em: 30 jun. 2011.

RODRIGUES, H. B. C. Os anos de inverno da análise institucional francesa. **Revista do Departamento de Psicologia**, Niterói, v. 18, n. 2, p. 29-46, jul./dez. 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rdpsi/v18n2/v18n2a03.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2011.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, 2007.

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 2004.

SANTOS, L. **SUS e a Lei Complementar 141 comentada**. São Paulo: Saberes, 2012.

SAVOYE, A. Análise institucional e pesquisas sócio-históricas: estado atual e novas perspectivas. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 1-11, 2007. Disponível em: <<http://www.mnemosine.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/article/viewFile/275/418>>. Acesso em: 16 mar. 2011.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Espírito Santo**. Vitória, 2011. http://www.saude.es.gov.br/download/PDR_PlanoDiretordeRegionalizacao_ES_2011.pdf. Acesso em: 16 mar. 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO. Grupo de Recursos Humanos. **Relação de secretários de estado da saúde**. Vitória, 2013. [Informação por e-mail prestada pelo chefe do Grupo de Recursos Humanos]. Acesso em: 08 de mar. de 2013.

SÓL, N. A. A. **A medicina geral comunitária no Brasil**: uma análise institucional sócio-histórica de sua trajetória enfocando programas específicos. 2011. 221 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaração de Alma Ata**. Geneva, WHO 1978. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The role of the pharmacist in the health care system**. Report of a WHO Meeting, Tokio, Japan, 31 August-3 September.

Geneva, WHO, 1993. WHO/PHARM/94.569. 1994. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2995e/>>. Acesso em: 01 fev. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Essential Drugs Strategy Objectives: priorities for action, approaches.** Geneva, WHO, 1997. (DAP/MAC(9)/97).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaração da Dra. Gro Harlem Bruntland na CPI sobre medicamentos.** Geneva, WHO, 2000a. Disponível em: <http://www.who.int/directorgeneral/speeches/2000/arabic_russian_chinese_portuguese/20000404_brasilia.pt.html>. Acesso em: 01 fev. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Introduction to drug utilization research.** Geneva, WHO, 2000b. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4876e/>>. Acesso em: 09 fev. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **How to develop and implement a national drug policy.** 2nd ed. Updates and replaces: Guidelines for developing national drug policies. Geneva, WHO, 2001. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2283e/s2283e.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medicines Strategy 2004-2007: countries at the core.** Geneva, WHO, 2004. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/who_edm_2004.2.pdf>. Acesso em: 31 jan. 2011.

APÊNDICE I

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTAS

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

N.º de Identificação do entrevistado:

1) Dados de caracterização dos entrevistados:

a) Idade: _____ b) Sexo: _____

c) Formação básica (especificar): _____

d) Pós-graduação Lato Sensu: Sim. (Especificar): _____
 Não.

e) Pós-graduação Stricto Sensu: Sim. (Especificar): _____
 Não.

f) Vínculo Institucional na época em que ocupou o cargo: Estatutário
 Em Comissão
 Outros _____

g) Cargo: Gestor Gerente

h) Tempo de atuação como Gestor/Gerente (em anos e meses): _____

2) Questões abertas:

A) A partir de sua experiência como gestor ou gerente, discorra sobre a Assistência Farmacêutica no município de Vitória?

B) Aponte as grandes lacunas que, em sua opinião, existiam na proposta vigente de Assistência Farmacêutica no município de Vitória:

C) Como gestor ou gerente, você se apropriava de dispositivos para dar conta de tais lacunas? Em caso afirmativo, quais dispositivos?

D) No tocante a reorganização da Assistência Farmacêutica no município de Vitória, que contribuições você gostaria de propor?

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Concordo em participar da pesquisa abaixo discriminada, nos seguintes termos:

Título da pesquisa: **A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O SEU PROCESSO DE REORIENTAÇÃO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA: AVANÇOS E DESAFIOS**

Pesquisador: **Fabiane Lima Simões**

Orientador: **Prof. Dr. Túlio Alberto Martins de Figueiredo**

Instituição: **Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) / Centro de Ciências da Saúde (CCS) / Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC)**

Local de Pesquisa: **A pesquisa será realizada no Município Vitória – ES.**

OBJETIVO GERAL

Analisar numa perspectiva sócio-histórica a institucionalização da Assistência Farmacêutica no município de Vitória/ES.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o discurso instituído sobre a Assistência Farmacêutica e o seu processo de reorientação no município de Vitória;
- Discutir até que ponto os Gestores e Gerentes da Assistência Farmacêutica em sua prática sustentam apenas o discurso instituído ou buscam novas formas de reorientar a Assistência Farmacêutica;
- Identificar os avanços e desafios da reorientação da Assistência Farmacêutica no município de Vitória.

Instrumentos utilizados na produção do material: roteiro de entrevistas e diário de pesquisa.

INFORMAÇÃO AO ENTREVISTADO SOBRE O TERMO DE CONSENTIMENTO

O (A) Sr (a) está sendo convidado para participar de uma pesquisa, coordenada por um profissional de saúde agora denominado pesquisador.

Para participar, é necessário que você leia este documento com atenção. Qualquer dúvida solicite ao pesquisador os esclarecimentos necessários.

O propósito deste documento é revelar a você as informações sobre a pesquisa e, se assinado, dará a sua permissão para participar do estudo.

Sua participação na pesquisa é voluntária, ou seja, você só deve participar do estudo se quiser. Você pode se recusar a participar ou se retirar deste estudo a qualquer momento.

O pesquisador coletará informações que serão mantidas de forma confidencial, sua identidade não será revelada em nenhuma circunstância. Os dados coletados poderão ser utilizados em publicações científicas sobre o assunto.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Após a leitura do termo e a explicação de todos os itens pelo pesquisador, eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendo que sou livre de aceitar ou recusar, e que eu posso interromper minha participação na pesquisa a qualquer momento.

Eu entendi a informação apresentada neste termo de consentimento. Eu tive oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas.

Eu recebi uma cópia assinada e datada deste documento de Consentimento.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do Orientador

Telefones para contato:

Professor Dr. Tulio Alberto Martins de Figueiredo: (27) 9894 – 8408

Fabiane Lima Simões: (27) 9933 – 4006

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde UFES: (27) 3335 – 7211

www.ccs.ufes.br/cep ou cep@ccs.ufes.br ou CEP.ufes@hotmail.com

ANEXO I

APROVAÇÃO DA PESQUISA NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (UFES)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 22 de novembro de 2011.

De: Prof. Dr. Aduino Emmerich Oliveira
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde


Para: Prof. (a) Túlio Alberto Martins de Figueiredo
Pesquisador (a) Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado “**A assistência farmacêutica e o seu processo de reorientação no município de Vitória/ES: Avanços e desafios.**”

Senhor (a) Pesquisador (a),

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. 237/11 intitulado “**A assistência farmacêutica e o seu processo de reorientação no município de Vitória/ES: Avanços e desafios**” e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 26 de outubro de 2011.

Lembramos que, cabe ao pesquisador responsável elaborar e apresentar os relatórios parciais e finais de acordo com a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10/10/96, inciso IX.2. letra “c”.

Atenciosamente,


Coordenador do
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/UFES

ANEXO II

AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA/ES



PREFEITURA DE VITÓRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESCOLA TÉCNICA E FORMAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE



DECLARAÇÃO

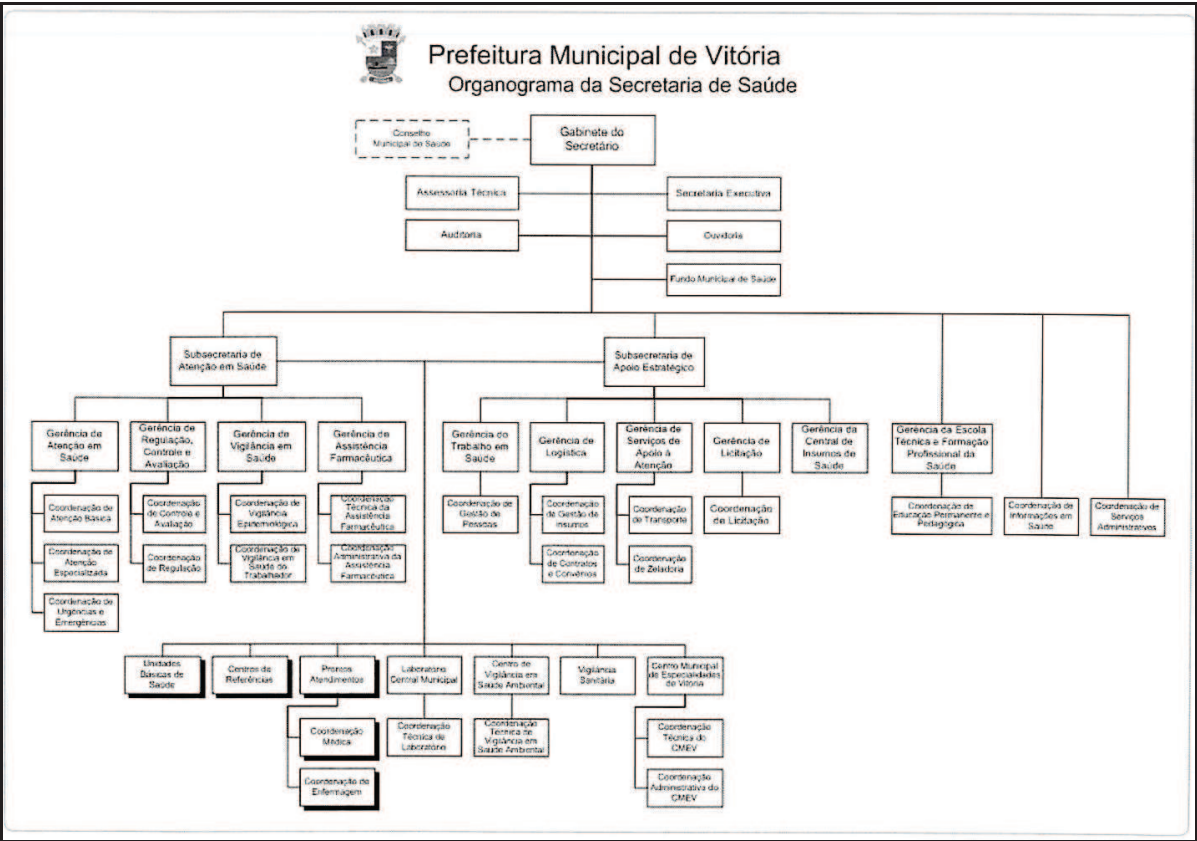
Declaramos, para fins de apresentação em Comitê de Ética, que a Secretaria Municipal de Vitória - SEMUS/Vitória está de acordo e possui a infra-estrutura adequada para a realização do projeto de pesquisa intitulado: “Assistência farmacêutica e o seu processo de reorientação no município de Vitória-ES: avanços e desafios”. O início da coleta de dados fica condicionado à aprovação do projeto no Comitê de Ética e fornecimento, pela ETSUS-Vitória, de carta de encaminhamento para o pesquisador se apresentar ao (s) campo (s) de pesquisa.

Vitória, 20 de outubro de 2011.

Josenan de Alcântara Almeida Costa
Diretora da Escola Técnica e Formação Profissional de Saúde

ANEXO III

ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA/ES



Fonte: PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA, 2012.