



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

NAYARA TORRES PASSOS

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLITICA DE
ASSISTENCIA FARMACÊUTICA NA REDE SUS NA BAHIA:
UM ESTUDO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTAGIO 2016-17**

Salvador

2017

NAYARA TORRES PASSOS

**A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLITICA DE
ASSISTENCIA FARMACÊUTICA NA REDE SUS NA BAHIA:**

UM ESTUDO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE ESTAGIO 2016-17

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Serviço Social, da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção de grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Prof.^aMaria Elizabeth Borges

Salvador

2017

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	4
INTRODUÇÃO	6
1 - O SUS E A POLITICA FARMACÊUTICA	8
1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS: DA REFORMA SANITÁRIA AO SUS.....	8
1.2 A POLITICA NACIONAL DE ASSISTENCIA FARMACÊUTICA.....	11
1.3 A POLITICA DE ASSISTENCIA FARMACÊUTICA NA BAHIA.....	20
2 -A FALTA DE MEDICAMENTOS E A NEGAÇÃO DO DIREITO	24
2.1 O DEBATE SOBRE A CONSOLIDAÇÃO DOS DIREITOS.....	24
2.2 NEOLIBERALISMO, POLITICAS SOCIAIS E SAÚDE.....	26
2.3 A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E O SUS.....	29
3 -SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE	34
3.1 BREVES ASPECTOS HISTÓRICOS.....	34
3.2 O PROJETO ÉTICO PROFISSIONAL E O DIREITO A SAÚDE.....	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	45
REFERÊNCIAS	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
ABRASSME	Associação Brasileira de Serviço Social Médico
AF	Assistência Farmacêutica
ALFOB	Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil
ANAS	Associação Nacional de Assistentes Sociais
CDM	Centrais de Distribuição de Medicamentos
CEAF	Componentes Especializados da Assistência Farmacêutica
CEFARBA	Central Farmacêutica da Bahia.
CEME	Central de Medicamentos
CFAS	Conselho Federal de Assistentes Sociais
CIS	Complexo Industrial da Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CMB	Centrais de Medicamentos Básicos
CMDE	Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CREASI	Centro de Referência de Atenção ao Idoso
DIRES	Diretoria Regional de Saúde
IAFB	Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
PEAF	Política Estadual de Assistência Farmacêutica
PEMAC	Programa Especializado de Medicamentos de Alto Custo
PES	Política Estadual de Saúde
PFB	Programa Farmácia Básica

PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamento
PNS	Política Nacional de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SESAB	Secretaria Saúde do Estado da Bahia
SES	Secretaria do Estado de Saúde
SUDS	Sistema Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

INTRODUÇÃO

A escolha do tema/ objeto de estudo se deu pela experiência de estágio da autora, que foi realizado no Centro de Diabetes e Endocrinologia do Estado da Bahia (CEDEBA). Com inauguração em 24 de março de 1994, é uma unidade de referência de média complexidade, para a rede básica de saúde, sendo um órgão público do poder executivo estadual. O CEDEBA é especializado em tratamentos para pessoas vivendo com diabetes mellitus e outras endocrinopatias, além de trabalhar com a farmácia básica e de alto custo, na dispensação de medicamentos.

Depois de analisar a prática no estágio e o conhecimento prévio da assistência farmacêutica, e principalmente da identificação de problemas como a falta desses medicamentos, tornou-se essencial refletir sobre as fragilidades do SUS e como elas impactam na efetividade das políticas, que se fazem presentes na dificuldade de consolidação do Sistema. A partir desta reflexão, passamos a questionar sobre o papel do serviço social dentro da política de assistência farmacêutica.

E com isso o objetivo é fazer uma análise sobre a atuação de assistentes sociais na política de assistência farmacêutica e qual sua contribuição para a política no que diz respeito à falta de medicamentos nas unidades de distribuição, para que assim a população tenha seu direito garantido. Foram realizadas entrevistas com assistentes sociais que trabalham nas instituições: Hospital Especializado Mario Leal e Centro de Diabetes e Endocrinologia da Bahia, entrevista consistiu de um roteiro estruturado, realizada com duas profissionais.

Para fundamentar a nossa pesquisa empírica, buscamos como referencial teórico, o significado da política de Saúde, tendo Bravo (1996) como principal autora consultada, dessas leituras extraímos a concepção do direito à saúde, que aqui tomamos numa ampla acepção de direito social. A nossa posição é que o serviço Social atua no campo dos direitos sociais, e quando inserido na área da saúde, tem como um de seus parâmetros de atuação “facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia

de direitos na esfera da seguridade social por meio de criação de mecanismos e rotinas de ação” (Cfess, 2013).

Ao finalizar o estudo proposto, a nossa exposição está apresentada em 3 capítulos. No primeiro capítulo dividido em 3 itens, o nosso objetivo foi conhecer mais sobre o sistema único de saúde e como estar configurada a política farmacêutica com ressalva para o estado da Bahia. No segundo, o objetivo foi discutir sobre a importância dos direitos sociais, contextualizando com a relação da indústria farmacêutica e o SUS, para refletir sobre o acesso da população a medicamentos, que é muitas vezes não é efetivado negando esse direito, dividido em 3 itens. Enquanto no terceiro, apresentamos a parte empírica da pesquisa, trazendo a análise das entrevistas realizadas, com o objetivo de identificar no contexto atual do SUS a atuação das assistentes sociais, na direção do acesso a medicamentos, dividido em 2 itens.

Ao final da investigação, descobrimos as possibilidades de novas problematizações, com limitada possibilidade de tirar conclusões assertivas, apenas concluímos com algumas reflexões, demonstrando as descobertas do processo de estudo. De modo geral, apontamos um norteamento, sabendo que o uso do medicamento é um recurso importante para a melhoria do indivíduo, principalmente quando este o faz de maneira contínua e para toda vida. Para obtê-lo, se não por meio do SUS, é necessário comprar e esse custo é alto para uma grande parcela de a população ter acesso aos medicamentos essenciais no Brasil é difícil, ainda que a promoção da atenção à saúde seja um direito fundamental, regulamentado na Constituição Federal/1988.

I CAPÍTULO: O SUS E A POLÍTICA FARMACÊUTICA

O capítulo tem como principal objetivo situar a Política dentro do contexto histórico do SUS, desde quando a mesma foi pensada, até a sua efetivação. Está subdividido em três itens que irão servir como norte para o entendimento de como se mantém seu funcionamento e financiamento, passando pela Farmácia básica e a especializada, e como esses medicamentos chegam à população, em nível nacional e no estado da Bahia.

A Política de Assistência Farmacêutica no SUS surge no Brasil para que os medicamentos necessários para a manutenção da qualidade de vida do indivíduo que possui uma patologia possam ser distribuídos de maneira eficaz e gratuita para todo aquele que não estiver em condições de possuí-lo, garantindo, assim, um direito que está requerido pelo Sistema Único de Saúde e a Constituição Federal.

1.1 ASPECTOS HISTÓRICOS: DA REFORMA SANITÁRIA AO SUS

A saúde de uma população está interligada a diversos fatores que não tem a ver com existência ou falta de doenças somente. Ela agora abrange um amplo leque de condições necessárias para que se tenha um bom estado de saúde, dentre eles: habitação, alimentação e educação. Porém, o uso dos medicamentos ainda é algo indispensável para o controle e combate a vários tipos de enfermidades, e isso revela sua importância no cenário do sistema de saúde no Brasil.

Desde o descobrimento, o Brasil não possuía um modelo de saúde, esse trato era limitado às plantas e ervas extraídas da terra e a curandeiros; somente com a vinda da família real foi criada uma estrutura sanitária mínima. A falta de atenção à saúde deixava as cidades brasileiras livres para assolar epidemias, então, pela família real e por questões econômicas da colônia, foram tomadas várias medidas para controle, em um modelo que ficou conhecido como camponês sanitário. (POLIGNANO, 2001,p.3.).

Segundo Polignano, com o passar do tempo, a industrialização e urbanização chega ao país, e o uso de imigrantes Europeus como mão de obra barata se fazia necessário nas indústrias. Ainda nesse período os operários

não possuíam garantias trabalhistas, e tinham péssimas condições de trabalho, porém os imigrantes traziam consigo uma consciência do trabalho através dos movimentos operários da Europa, e organizaram greves gerais (em 1917 e em 1919), conseguindo assim a conquista de alguns direitos.

Nasce, então, a previdência social no Brasil, com algumas medidas de melhoria para o trabalhador, tendo como marco inicial a Lei Eloy Chaves. Durante os anos 1930, com o governo do presidente Getúlio Vargas, ainda por meio de lutas, é criada a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Data desse período a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP), entre outras conquistas, mas todos esses benefícios de seguridade só estavam garantidos à classe trabalhadora contribuinte.

Com o período da Ditadura Militar, o regime começou a atuar através de algumas políticas sociais, criadas para legitimar o governo diante da população. Como os IAPS eram limitados a determinadas categorias profissionais, o governo procurou expandir para todos os trabalhadores e seus dependentes os benefícios da previdência, criando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esse sistema ficou complexo e consistente, levando à criação de uma estrutura própria, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), entre outras ações de saúde que o regime militar promoveu.

Como a crise econômica se instalou durante a ditadura militar em 1975, aumentou o número de desempregados, os baixos salários, aumento da marginalidade, mortalidade infantil, em que o modelo de saúde se mostrou ineficaz, Polignano (2001, p.17) cita como algumas das mazelas: a priorização da medicina curativa (não conseguiu acabar com as epidemias, endemias); aumento dos custos da medicina curativa; o sistema não foi capaz de atender a uma população grande de marginalizados, que não possuíam carteira assinada e não contribuía (excluídos), o modelo, então, entra também em crise.

A 'ditadura já', 1985, indica o fim da ditadura militar; nesse período as ideias neoliberais estão ganhando força no Brasil e no momento que o setor público entra em crise, o setor liberal direciona seu modelo de atenção a parcela da população de classe média. Em 1990 o governo cria as Leis Orgânicas da Saúde (8.080 e 8.142).

O termo 'reforma sanitária' começa a ser discutido no Brasil em 1973, através de um artigo de medicina preventiva, em que se discutia sobre o sanitarismo, que era desenvolvido na Inglaterra em meados do século XIX. Esse artigo trazia a idéia da Medicina Social, propondo mudanças amplas para chegar à saúde. Com o passar do tempo o debate foi se tornando cada vez mais forte no Brasil, e defendia a saúde como direito de todos. (SILVA, 1973 Apud PAIM, 2012, Pg. 9)

A reforma sanitária no Brasil foi, no início da década de 70, uma das pautas de lutas de resistência à ditadura e ao modelo privatista de saúde e previdência social então vigente, para a construção de um Estado democrático. Surge na sociedade civil, por meio dos movimentos sociais, que neles continham universitários, agentes de saúde, entre outros, no combate às políticas e ações do Estado que tinham um caráter focalizado e seletivo. O objetivo era conseguir controlar as condições de saúde, de acordo com os modos de vida que a população levava.

De acordo com Paim (2012, Pg. 19), a Reforma sanitária brasileira não se reduzia apenas ao Sistema Único de Saúde (SUS), mas também às políticas estatais, tinha como norte a mudança do modo de vida e estava centrada em alguns dos seguintes aspectos:

- Democratização da saúde: reconhecimento do direito à saúde, inerente a cidadania; acesso universal e igualitário; participação social na política e na gestão;
- Democratização do Estado;
- Democratização da sociedade, com o alcance da produção e distribuição de riquezas.

E assim surge o SUS, de acordo com ideais, um modelo que foi criado para conseguir atender às demandas da população e colocar a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, está baseado nos princípios da universalidade, equidade e Integralidade. "O SUS pode ser entendido, em primeiro lugar, como uma "Política de Estado" (TEIXEIRA, 2011,p.1).

O sistema foi definido na Constituição Federal de 1988, porém, só foi regulamentado em 1990, com a lei 8.080 que limita como o SUS será organizado para se manter funcionando.

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).

De acordo com o Ministério da Saúde (2002), após a Constituição Federal aderir às ideias defendidas pela reforma sanitária, de saúde como direito, ficou subentendido que a população deveria também ter acesso a medicamentos e esse acesso deveria ser garantido pelo Estado (SUS). Porém, antes da Constituição já havia um acesso da população a medicamentos, mas esta não abrangia de maneira eficiente aos que realmente necessitavam além da variedade de medicamentos que eram distribuídos serem bem poucos. Com isso se fez necessária a criação de uma política que de maneira mais sistematizada conseguisse suprir essa demanda, correspondendo assim com o SUS.

1.2 A POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A partir do momento que a saúde passa a ser uma questão para a sociedade e medidas precisaram ser tomadas pela atenção pública, além da promoção a higiene (mesmo com soluções imediatistas) que foi organizada, houve também um maior estudo científico sobre medicamentos. Após essa reforma com as campanhas sanitaristas, o Departamento Nacional de Saúde Pública estabelece o saneamento e vigora o decreto n 16.300/1923, nele consta as normas para licenciamento de farmácias, drogarias, laboratórios, e se torna uma guinada para o começo do processo de desenvolvimento da indústria farmacêutica no Brasil.

No mundo, esse setor avança em maior escala entre as décadas de 40 e 50, financiadas pelo governo, empresas privadas e universidades, além de

obter uma maior expressão durante a segunda guerra, no Brasil, esse espaço para a indústria farmacêutica era mais para as transnacionais, o que tornou o país dependente dos produtos estrangeiros. De acordo com Bermudez, 1995 por Alencar, Tatiane 2011, durante a década de 60, houve manifestações principalmente da sociedade civil para mudança dessa realidade.

Com essa mobilização, algumas intervenções são feitas e o governo aprova o decreto n 53.612/64, que prevê a primeira relação de medicamentos essenciais, em contrapartida foi uma época que a indústria farmacêutica estrangeira estava em constante crescimento no Brasil, em virtude da configuração da assistência a saúde durante a ditadura. A OMS (Organização Mundial de Saúde) já havia recomendado a adoção de políticas nacionais de medicamentos, com base no conceito dos medicamentos essenciais, e no país desde 63 já se falava de uma indústria farmacêutica nacional, cria-se então o Grupo Executivo da Indústria Farmacêutica, com o objetivo de implementar essa indústria química que iria também controlar os preços desses medicamentos depois de prontos.

Nasce a Central de Medicamentos (CEME), criada em 1971, assistência do setor público, tinha como objetivo “promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano a quantos não puderem, por suas condições econômicas, adquiri-los a preços comuns no mercado” (Brasil, 1971, Decreto nº 68.806.). O decreto evitava que poucas empresas tivessem o maior controle sobre o setor farmacêutico em questão de fornecimento de matérias primas, incentivando a troca de tecnologias e o investimento em pesquisas para apoiar os laboratórios nacionais. (LANDMANN, p. 86)

Art. 3º. À CEME competirá, mantidos os programas de fabricação e distribuição de produtos dos mencionados laboratórios, bem como de compra de produtos à indústria privada, estabelecer um programa de cooperação e coordenação daqueles órgãos com o objetivo de ampliar e aperfeiçoar, em todo o território nacional, a assistência farmacêutica, em condições adequadas à farmacêutica, em condições adequadas à capacidade aquisitiva dos beneficiários (BRASIL, 1971).

Algumas multinacionais foram contra algumas diretrizes que preconizava a CEME, então a central passa a ser compradora de produtos fabricados pela

rede privada. Esta Central distribuía medicamentos de todos os níveis, primário, secundário e terciário, possuindo um modelo de gestão centralizado, em que os estados brasileiros não participavam das decisões principais da gestão. Durante o tempo em que se manteve vigente, a CEME era a principal política de assistência farmacêutica no Brasil.

Em 1987 foi criada uma Farmácia Básica, pelo governo federal, para organizar de uma maneira simples a distribuição de medicamentos somente na atenção básica, baseada em uma série de medicamentos, dispostos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). A CEME era responsável por repassar os medicamentos para o estado e este era responsável por todos os processos que faziam com que os medicamentos chegassem até a população. Durante a década de 1980 foram criados muitos medicamentos essenciais, tanto pelos laboratórios oficiais, quanto pelas empresas privadas nacionais; na CEME esses recursos vinham, principalmente, do seu convênio com o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica Previdência Social).

Durante esse período foram criadas as Centrais de Medicamentos Básicos (CMB) na SES, e as Centrais de Distribuição de Medicamentos (CDM) no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Contudo, essas ações que a CEME preconizava com a centralização das atividades ao estado, trazia muitos transtornos, inclusive financeiros. De acordo com Bermudez (1995), a CEME apresentava diversas deficiências como, denúncias de corrupção, desarticulação com as estruturas estaduais e municipais do sistema e demanda superestimada para compensar discontinuidades no abastecimento.

Em 1997 a CEME, por meio de um estudo, reconhece a ineficácia do RENAME, por conta de desperdícios de medicamentos; poucos recursos financeiros; pouco entendimento das doenças que realmente prevaleciam no país, e conclui a ineficácia do programa. Depois que a CEME é desativada, suas ações seriam executadas pelo Ministério da Saúde (MS), e isso fragmentou as atividades de Assistência Farmacêutica.

Então, para continuar a dispensação dos medicamentos básicos, ainda em 1997 o MS cria o Programa Farmácia Básica (PFB), nos mesmos moldes da CEME, porém os medicamentos que vinham do MS eram encaminhados a centros de distribuição que se mantinham em cada região do país (COSENDEY, 2000). Com o tempo, o programa sofreu alterações e a participação da esfera estadual foi reduzida de forma considerável.

Em 1998 o CONASS solicitou que o MS incluísse o PFB na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, para ser analisada diante das três esferas do governo. Todo esse descompasso da Assistência Farmacêutica em relação à descentralização que não era efetivada, além da ineficiência na aquisição e distribuição de medicamentos, faz surgir à necessidade de um novo caminho (CONASS, 2007).

Segundo Kess De Joncheere (1997, p 49), o setor farmacêutico privado sofreu grandes intervenções do Estado e precisa disso para se manter, ou seja, este setor não consegue se auto regular, porque o gasto com medicamentos é discrepante quando comparado a outros bens de consumo essenciais à população. A produção e comercialização desses produtos devem estar de acordo com regulamentos e leis que asseguram a qualidade, eficácia e o custo/benefício de cada produto, e isto é função do Estado assegurar, no intuito de que a população de baixa renda tenha acesso a esses medicamentos.

Com esse não alcance da população a esses produtos, Joncheere (1997) já apontava a necessidade que todo esse complexo de leis e interferências estivessem inseridos em uma política que evitasse incoerências, para a própria proteção do consumidor, garantindo assim seu acesso. Com a criação de tal política é evidente que haveria uma melhora no acesso da população mais carente a essas substâncias, e como consequência, um melhor atendimento e maiores números de curas para determinadas patologias.

Uma política de medicamentos é um guia de como atuar e um compromisso para alcançar uma meta. Esta meta refere-se primordialmente à garantia de disponibilidade e do acesso de toda a população a medicamentos eficazes, seguros e de qualidade, a um preço razoável (JONCHEERE e MERCUCI, 1997 p. 53).

A centralização para adquirir os medicamentos na época da CEME não foi bem-sucedida, pois eram rotineiras as faltas de medicamentos, além da compra de grandes lotes que se perdiam (validade) na estocagem, trazendo custos com transporte e armazenamento. Ocorre assim uma grande transição no Ministério da Saúde. A Secretaria de Políticas de Saúde se incumbiu de organizar e elaborar a construção de uma nova Política Nacional de Medicamentos (PNM).

A Política Nacional de Medicamentos(PNM) surge no Brasil em 1998, publicada pela portaria GM/MS n. 3916, processo esse realizado de forma participativa e democrática de acordo com as diretrizes do SUS, resultando na ampliação do conceito de Assistência Farmacêutica.

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

A PNM define as funções da Assistência Farmacêutica no SUS, a fim de dar suporte a todas as ações relacionadas a medicamentos. Para que seus objetivos sejam alcançados, a PNM estabelece alguns critérios, como a adoção da Relação de Medicamentos Essenciais, regulação sanitária, desenvolvimento científico e tecnológico, promoção da produção de medicamento, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos, acompanhamento e avaliação da utilização para assegurar seu uso racional, além de designar que a gestão da assistência farmacêutica seja descentralizada, entre o estado e os municípios (CONASS, 2007).

Com o surgimento da Política Nacional de Medicamentos, o PFB é interrompido, e com isso o governo federal vê a utilidade de se criar uma nova ação para atender a farmácia básica. Estabelece, então, a portaria GM/MS n176/1999, que decreta a qualificação dos municípios e estados, onde devem elaborar um plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica para a área de

saúde, com o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), por meio de recursos federais que seriam repassados.

A criação do IAFB foi um pontapé inicial para a descentralização, já que previa a participação de gestores estaduais e municipais, com o intuito de atender também um contingente de patologias com características mais próprias e que precisavam de um serviço específico, foi implementado o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a Área da Saúde Mental, na rede pública.

A partir desse período, estados e municípios começaram a se estruturar, com o surgimento de várias iniciativas, programas, dentro do que estava estabelecido na portaria. Porém, também houveram incoerências quanto aos gastos dos municípios, porque de acordo com as avaliações, em muitos casos o valor que era repassado pelo IAFB, era insuficiente para dar conta das demandas, fazendo com que os recursos financeiros partissem do próprio município.

Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional da Assistência Farmacêutica (PNAF), para a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade como prevê o SUS. A Portaria n 338/04 estabelece os princípios básicos e as estratégias de atuação que irão nortear a política, efetivando assim sua ampliação para o maior acesso e a promoção do uso Racional de Medicamentos e Insumos para a Saúde. O decreto se objetiva na medida em que aperfeiçoa o processo de descentralização da assistência farmacêutica, organizando-a em três componentes: Básico, Especializado e Estratégico.

Em 2003, por conta de mudanças políticas no âmbito federal, o Ministério da Saúde sofre alterações e discussões são feitas em torno da Assistência e só em 2005 se institui uma nova portaria GM/MS n.1105, em que se ampliam os valores mínimos que são repassados aos estados e municípios pelo IAFB. Esta portaria estabelece que 55 itens sejam descentralizados para serem destinados a diferentes programas, enquanto 30 itens permanecem sob a responsabilidade do MS; entre os programas estão o de Hipertensão e

Diabetes, Asma e Rinite, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e de Combate ao Tabagismo (BRASIL, 2005).

Para que possa tomar uma amplitude ainda maior no acesso de medicamentos (como uma maior cobertura de doenças, novos produtos), a gestão da Assistência Farmacêutica, aprimora suas ações, sempre de acordo ao que é estabelecido no SUS. Para uma gestão eficaz em qualquer política, é necessário planejamento para que a mesma possa ser bem executada e consiga obter uma avaliação positiva diante dos resultados que ela vai gerar.

No início, o investimento federal da assistência farmacêutica no SUS era só para os medicamentos (CONASS, 2007), não havia uma determinação de como seriam utilizados os recursos para que os serviços farmacêuticos fossem mais organizados e tivessem uma finalidade eficaz. Essa sistematização só veio acontecer com a publicação da portaria GM/MS n 399/2006, a qual regulamenta que os municípios e os estados a partir daquele momento também seriam responsáveis pela gestão do SUS, com base em seus princípios, considerando a aprovação dos três componentes que teriam suas ações articuladas e integradas, que seriam eles: o Pacto pela Vida e o Pacto de gestão do SUS, em que suas diretrizes são definidas na portaria GM/MS n. 699/2006, além do Pacto em defesa do SUS.

Essas portarias surgem com objetivo de aperfeiçoar o gerenciamento das políticas de saúde, havendo assim a descentralização da gestão, a qual já era preconizada para o SUS desde a sua criação, melhorando assim o serviço e o atendimento.

A assistência Farmacêutica está dividida atualmente em três componentes (Básico, estratégico e especializado), no qual estes se diferem inclusive quanto à questão de cobertura de medicamentos e doenças, são estratégias que passam a ser utilizadas para um controle maior das ações, um melhor caminho para financiamentos e melhor distribuição de medicamentos. Surge assim o CEAF (Componentes Especializados da Assistência Farmacêutica), regulamentado pela Portaria GM/MS n 2.981/2009 e se consolida como uma estratégia importante para acesso de medicamentos pelo SUS. O CEAF foi pensado para garantir uma integralidade do tratamento via

medicamentos, à medida que amplia os mesmos e ainda abrange o número de doenças a serem contempladas. Para que esse atendimento seja integral é preciso haver uma relação entre o RENAME e a Relação Nacional de serviços e Ações de Saúde (RENASES).

Esse termo “especializado” faz alusão às ações de saúde que o usuário irá precisar, ou seja, suas necessidades eram mais complexas, e exigiam especialista, um custo maior em medicamentos, quando comparados aos componentes básicos.

É nesse componente que o SUS oferta e garante o acesso a um conjunto expressivo de medicamentos, que pelas características dos agravos em que os mesmos são indicados representam importante impacto ao orçamento da Assistência Farmacêutica pública no Brasil (Ministério da Saúde, 2014, p. 18).

Antes do CEAF, os medicamentos considerados de “alto custo” eram distribuídos através do Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE), eram chamados de “excepcionais”, pois não faziam parte do RENAME, esses não eram considerados essenciais pelo SUS. O CMDE não era muito objetivo, pois não havia uma clareza em seu conceito e a dificuldade para o seu financiamento era grande. Então, frente a essas dificuldades e necessidades que vinham interferindo diretamente na gestão da CMDE, o Ministério da Saúde passa a revisá-lo em 2008 e só em 2009, o CEAF passa a ser usado como estratégia para garantia de uma maior integralidade, universalidade e equidade na política, além de uma saída financeira.

O CEAF tem como conceito as linhas de cuidado, e para organizar tudo isso, são elaborados os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), ele define como será feito o cuidado para cada doença. Como estratégia para o maior fortalecimento do CEAF, ele passa a ser usado como um recurso para o desenvolvimento do Complexo Industrial da Saúde (CIS). O PCDT já existia no CMDE, mas sua configuração se dava na lógica do medicamento e não da doença, com isso precisou ser reelaborado, na Portaria GM/MS 375/2009, no mesmo período de construção do CEAF. O PCDT então passa a estabelecer

critérios para o diagnóstico, aptidão dos pacientes e toda a linha de cuidados no SUS.

Muda-se também a forma de financiamento, onde os medicamentos para cada de linha de cuidado foram divididos em três grupos, e cada ente da tripartite (União, estado e município) ficará responsável pelo financiamento exclusivo de um grupo. Esses critérios estão registrados na Portaria GM/MS 2.981/2009, com isso a relação federal, estadual municipal se fortalece e o processo de gestão e coordenação é facilitado.

A Assistência Farmacêutica no SUS foi construída sobre diversas tentativas de fazer com que os medicamentos que são necessários para o tratamento da população, fossem distribuídos por meio da Política Nacional de Saúde (PNS). É válido ressaltar a importância das lutas da sociedade civil e da reforma sanitária, que foram à mola propulsora para que esses direitos fossem conquistados, a partir dessa mudança de conceito sobre a saúde e sobre a relevância do medicamento para o indivíduo, considerado essencial pra a promoção da saúde e qualidade de vida. Destacar também, como o processo de descentralização do SUS e da gestão das políticas de saúde, foi um avanço para uma maior distribuição e aquisição dos remédios necessários.

Quanto ao início do trabalho dos assistentes sociais na Política de assistência farmacêutica, não foram encontrados registros de como se efetuou esse ingresso da categoria, porém, de acordo com as entrevistadas, essa inserção se deu a mais ou menos há quinze anos. Durante o período de estágio foi possível apreender qual a posição do serviço social dentro da política em geral; ele se faz presente tanto na gestão, como exemplo a DASF (Diretoria da Assistência Farmacêutica), quanto no atendimento ao público nas unidades de dispensação dos medicamentos, fazendo parte dos programas da política.

O assistente social em todas as unidades dispensadoras de medicamento de alto custo, no medicamento do componente é obrigatório [...] (ENTREVISTADA "Margarida")

Esses medicamentos de “alto custo” estão dentro da categoria de medicamentos especializados, que foi a área na qual o estágio foi efetuado na unidade de saúde. De acordo com entrevistadas, os medicamentos especializados passaram por várias mudanças até chegarem aos moldes atuais:

[...] eu entrei para trabalhar no PEMAC era chamado o Programa de Medicação Especializada né. Era o antigo PROMEX e hoje é o CEAF. [...] O programa hoje, o componente especializado da AF ele é um programa do ministério da saúde, e quem preconiza a lei é o MS, e as unidades do estado com uma política descentralizada [...] é quem assume essa política [...]. (ENTREVISTADA: “Margarida”)

1.3A POLITICA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA BAHIA

A Bahia não foi diferente do resto do Brasil, e devido às novas configurações que estavam sendo implantadas na Assistência Farmacêutica, o estado também precisou elaborar estratégias para acompanhar essas transformações. Tudo isso de acordo com as diferenças regionais existentes no país e procurando se adaptar à realidade do estado, tomando como exemplo as experiências que estava passando o estado do Ceará com a política.

O processo de reorientação da Assistência farmacêutica tem seu início com a organização da Assistência no Distrito Sanitário de Pau da Lima, em Salvador (PACHECO, 1997), além da implantação do Programa de Farmácia Básica em municípios baianos, entre 1996 e 1997. Porém, essa mudança ocorre, de fato, após a elaboração de diretrizes que estão presentes no Plano Estadual de Saúde - PES (1996-1999) SUS – Bahia, pela SESAB (Secretaria de Saúde da Bahia), na gestão do secretário José Maria de Magalhães Neto, para fortalecer as políticas de saúde.

Para viabilizar as ações que estavam propostas no PES, foi firmada uma parceria da SESAB com a Universidade Federal da Bahia, por meio de um convênio com o Instituto de Saúde Coletiva, para que fossem realizadas assessorias, até mesmo na área da assistência farmacêutica (BAHIA,1996).

Além do PES outros documentos importantes para a saúde naquele momento também foram elaborados, como o Programações e Orçamentações de Saúde (PROS) e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Segundo Paim (ano, p. 365)

Antes da implantação do SUDS na Bahia [...] o Estado dispunha de um órgão da administração centralizada - a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB), responsável pela formulação da política de saúde do governo estadual, pelo planejamento, vigilância sanitária e informações de saúde e dois organismos de administração descentralizada: uma empresa pública (BAHIAFARMA) [...] e uma autarquia — o Instituto de Saúde do Estado da Bahia (ISEB), responsável pela administração da rede de serviços de saúde e pela execução das ações de saúde através de 27 Diretorias Regionais de Saúde (DIRESES).

Anterior ao PES, a Assistência Farmacêutica na Bahia era direcionada pela BAHIAFARMA, empresa estadual que era responsável pela produção, aquisição e a distribuição dos medicamentos na rede. Enquanto a CEFARBA, que era vinculada a BAHIAFARMA, fazia essa distribuição à população, ou seja, a AF na época era completamente afastada das outras atividades de saúde e da própria SESAB. Durante estudos para a mudança que os rumos da política tomariam, constatou-se uma série de problemáticas nos setores responsáveis, como financiamentos inadequados e uma distribuição de medicamentos deficiente, impossibilitando atender as demandas para o uso racional de medicamentos, sem falar do modelo de gestão centralizado, que não se comunicava na rede e fazia uso de medidas imediatistas. (SANTOS, 2003)

Com isso, se tornou necessário uma redefinição do papel da BAHIAFARMA, no que diz respeito às suas ações, e a mesma foi extinta na gestão do governador Cesar Borges (1999) e a CEFARBA incorporada à SESAB. A Secretaria de Saúde da Bahia assume uma nova postura e passa a ser gestora da política de medicamentos e culmina na criação do Comitê Estadual de Assistência Farmacêutica, que sistematiza as ações referentes a AF, levando em consideração as mudanças que deveriam ser feitas com a municipalização e a descentralização da saúde. O comitê acaba resultando na

Coordenação Estadual da Assistência Farmacêutica, que aparece como um meio para lidar com essa transição que estava passando as políticas de saúde e a própria AF.

Em seguida a todas essas mudanças e como consequência, passa a ser formulado o Plano Diretor da Assistência Farmacêutica do Estado da Bahia (1998), que orienta como será guiada a política que será adotada no referente setor, pautado na: **Descentralização** das ações; **Integração** inter e intra institucional; **Mobilização** dos profissionais de saúde, **Parceria** com as Universidades; **Reorganização** da rede já existente.

Em 2007, a Secretária de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) edita o Decreto n. 11.935/10, que estabelece a criação da Política de Assistência Farmacêutica no Estado da Bahia (PEAF), dentro do Plano Estadual de Saúde. A PEAF tem sua existência baseada nas definições que estão dispostas na Política de Medicamentos.

Define em seu artigo 2º:

A Política Estadual de Assistência Farmacêutica deve visar garantir à população baiana o acesso qualificado a medicamentos essenciais em todos os níveis de atenção à saúde, promovendo o seu uso racional, o atendimento humanizado nos serviços farmacêuticos, o desenvolvimento da cadeia produtiva e a indústria farmacêutica pública local (BAHIA, 2010).

Além de todas essas garantias, a PEAF tem como propósito fortalecer o SUS, através das ações de Assistência Farmacêutica e foi construída a partir de três diretrizes: Gestão Democrática e Participativa, que visa à participação de colaboradores e usuários quanto aos planejamentos da SESAB; Uso Racional de Medicamentos, com promoção de ações educativas para o uso de medicamentos; Ampliação e Qualificação do acesso, para expansão da dispensação de medicamentos nos três níveis de atenção à saúde.

Segundo uma das entrevistadas, na Bahia existem 21 unidades de saúde que fazem a dispensação de medicamentos especializados e nelas estão uma assistente social de referência para o programa. Algumas dessas unidades são: A maternidade Tysilla Balbino, o CREASI, a Maternidade Albert

Sabin, o Hospital Universitário Edgar Santos, quanto as de fora de Salvador estão as DIRES como a 5 Dires de Gandu, 7 Dires de Itabuna, 20 Dires de Vitória da Conquista, entre outras.

A experiência de estágio e a relação com profissionais de serviço social apontaram um conjunto de dificuldades, resultantes de uma dependência da categoria, tanto ao modelo que está estabelecido na política e os programas que não são fáceis de serem seguidos, além das incongruências no que diz respeito ao financiamento e gerenciamento dos mesmos, com falta de medicamentos e de uma estrutura adequada para a assistente social.

O que a gente tem de limitação aqui... a agente poderia falar... uma sala individualizada, a gente ter o programa informatizado, eu poder ta lançando o protocolo dos pacientes, o cadastro dos pacientes [...] A farmácia tem computador, contas medicas tem computador, só quem não tem é o serviço social do componente especializado[...]. (ENTREVISTADA "Margarida")

O contato com essas dificuldades nos levou à pesquisa e algumas considerações são importantes serem destacadas, por expressar o pensamento de profissionais da área que acaba por facilitar uma maior intervenção no sentido de melhorar, tanto a distribuição de medicamentos para a população, quanto fazer profissional da categoria.

II CAPITULO:A FALTA DE MEDICAMENTOS E A NEGAÇÃO DO DIREITO

Neste capítulo vamos tratar sobre as dificuldades da realização do direito à Assistência Farmacêutica no Estado da Bahia, que não realiza efetivamente o que está disposto na Constituição Federal de 1998, com relação à Saúde universal, integral e integrada à proteção social como princípio de equidade. Na conjuntura atual, os direitos sociais estão ameaçados pela estratégia neoliberal na gestão do Estado.

A intenção é contextualizar essas dificuldades, que repercutem na distribuição de medicamentos e que passamos a chamar de direito negado. O raciocínio nos levou a dividi-lo em 3 subitens, que refletem sobre os direitos sociais e sua importância, o neoliberalismo e seus impactos no setor saúde, e a falta de medicamentos na assistência farmacêutica como uma maneira de negação de direitos.

2.10 DEBATE SOBRE A CONSOLIDAÇÃO DE DIREITOS

Os Direitos Sociais, assim como os Direitos Humanos, são fundamentais, porque eles visam responder às necessidades essenciais do indivíduo, buscando protegê-lo de abusos que podem vir a ser cometidos pelo Estado, pelo descumprimento de leis já estabelecidas e que devem ser cumpridas e respeitadas. Os direitos sociais são importantes para que se mantenha uma sociedade civilizada, fruto de conquistas democráticas, por meio das lutas sociais.

De acordo com Bobbio, 2004, os direitos:

[...] nascem quando devem ou podem nascer. Nascem quando o aumento do poder do homem sobre o homem — que acompanha inevitavelmente o progresso técnico, isto é, o progresso da capacidade do homem de dominar a natureza e os outros homens — ou cria novas ameaças à liberdade do indivíduo ou permite novos remédios para as suas indigências: ameaças que são enfrentadas através de demandas de limitações do poder; remédios que são providenciados através da exigência de que o mesmo poder intervenha de modo protetor. (BOBBIO, 1992, p. 9)

Mesmo na perspectiva liberal, como o pensamento de Bobbio, os direitos sociais surgem como uma intervenção positiva do Estado, para além, os direitos surgem para impedir os malefícios que possam vir a ocorrer de determinado poder, ou para a obtenção de benefícios a partir dele. Vale ressaltar que os direitos sociais aparecem como um meio, para que a reprodução social se estabeleça, são oriundos do capitalismo, não são legitimados por bondade daqueles que estão no comando, mas sim, como recurso para que a ordem se mantenha.

O direito a saúde foi conquistado pela população civil, este se estabelece na Constituição Federal de 1988 como um direito social fundamental, devendo-se ao fato dela estar atrelada diretamente à condição da vida e da dignidade da pessoa humana. A saúde como um direito de responsabilidade do Estado, se efetiva por meio das políticas sociais, as quais têm como objetivo diminuir os riscos de doenças, garantindo a sobrevivência, de modo ao acesso universal e igualitário.

Entre as ações que devem ser realizadas pelo Estado, se estabeleceu o Sistema Único de Saúde como uma política, que visa uma “reforma” ao modelo de saúde que estava posto e não garantia um acesso para toda população. Está pautado nos princípios da Universalidade, Equidade e Integralidade de atenção à saúde, que dizem respeito ao que será o sistema e também nos princípios da Descentralização, Regionalização, Hierarquização e a Participação Social, que são as diretrizes políticas, organizativas e operacionais que apontam como deve ser construído tal sistema. (TEXEIRA, 2011, p.2). Esses sete princípios do SUS são os mais importantes, e para entender o sistema é preciso compreendê-los melhor:

Universalidade: visa o aumento da cobertura dos serviços, que devem se tornar acessíveis a toda a população (não mais como antes, que só eram destinados aos trabalhadores formais).

Equidade: “tratar desigualmente os desiguais” – visa alcançar a igualdade na oportunidade de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre a sociedade.

Integralidade: se articula ao princípio da equidade, e diz respeito à quantidade de ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, implicando a sistematização do conjunto de práticas que veem sendo desenvolvidas para o enfrentamento de problemas e o atendimento das necessidades de saúde.

Descentralização: significa a transferência de poder de decisão para com a política de saúde do nível federal, estadual e municipal. Acontece a partir da redefinição das funções e responsabilidades de cada nível de governo quanto à condução administrativa do sistema de saúde em seu respectivo território.

Regionalização: significa a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político administrativa do país.

Hierarquização: diz respeito à organização das unidades segundo grau de complexidade tecnológica dos serviços, isto é, o estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra-referência de usuários e de informações.

Participação Social: é a participação da sociedade civil no que diz respeito ao SUS, para uma melhor qualidade no atendimento, através dos conselhos de saúde por exemplo.

O processo de globalização mundial, a expansão do entendimento de cidadania, trouxe com ela uma oscilação dos direitos sociais e uma busca ininterrupta por ainda mais direitos. Esse crescimento gera novas demandas que precisam ser atendidas, e ainda hoje, apesar do aporte jurídico, é comum o não cumprimento de alguns deles. Com esse crescimento, se tornou necessário administrar da melhor forma possível essas múltiplas realidades, e acentuar a importância das políticas sociais que são o caminho para a viabilização dos direitos sociais. A existência dos direitos é vital para se consolidar uma sociedade democrática e justa.

2.2 NEOLIBERALISMO, POLÍTICAS SOCIAIS E SAÚDE

A começar dos anos 1930, já há no Brasil um início de modernização por meio da industrialização que eram incentivadas pelo Estado, é a época que o Estado começa a ter uma maior intervenção no que diz respeito às políticas sociais, inclusive na área da saúde, ainda que de maneira pontual, abrangendo-se somente a quem contribuía com a previdência social, que eram aqueles que estavam inseridos formalmente no mercado de trabalho.

Porém, nos anos 1960, a não solução de problemas estruturais que assolavam o país, e a realização do golpe de estado que leva à ditadura militar que recorre ao aumento da repressão. Para Bravo (2000, p.6) há ampliação da política de assistência, para que o Estado tenha um maior controle sobre a população, consiga diminuir as mazelas sociais existentes e legitime seu poder, sempre com o intuito de favorecer também a acumulação do capital.

Esse período se configurou como regime militar, no qual o país vive uma modernização conservadora, com o desenvolvimento da industrialização e urbanização, que já estavam em processo, mas durante o regime foram aceleradas, o que levou a um considerável crescimento do Brasil, denominado pelos governos do período como “Milagre Econômico”, em decorrência da também ampliação do mercado estrangeiro.

Como analisa Behring (2011, p. 135):

[...] de outro lado, expandia-se também a cobertura da política social brasileira, conduzida de forma tecnocrática e conservadora, reiterando uma dinâmica singular de expansão dos direitos sociais em meio a restrição dos direitos civis e políticos [...].

Resultante dessa nova conformação, as políticas sociais foram impactadas gerando mudanças na previdência, assistência e saúde. Segundo Teixeira (1986 apud Bravo, 2000, p. 7), uma das características que predominaram após essa alteração nas políticas, em especial no que tange à saúde, foi uma maior articulação do Estado com os interesses do capital internacional, por meio das indústrias farmacêuticas e de equipamentos hospitalares, além da criação de um complexo médico – industrial, que faz aumentar a acumulação de capital das grandes empresas monopolistas internacionais na área de produção de medicamentos.

Mas o “Milagre Econômico” com o tempo entra em crise e a partir de 1974 o regime militar vai gradualmente perdendo seu poder e abrindo espaço

para a chegada da democracia. Os anos 1980, marcado pelas lutas da população civil e movimentos sociais, é um ano de conquistas democráticas, como exemplo da Constituição Federal de 1988, em contrapartida é também um período de muita instabilidade econômica para o país.

Durante os anos 1990, campanhas surgem para afirmara necessidade de “reforma”, para pôr fim à crise que já vinha instalada desde os anos 1980, é nesse período que os ideários neoliberais são fortemente estimulados como solução. A política neoliberal pretendia uma diminuição das ações do Estado, através de ajustes fiscais, com a redução dos gastos públicos, por meio da privatização de empresas até então estatais.

As privatizações, propagadas como modernizadoras e dispostas no Plano Diretor da Reforma do Estado, tinha como argumentos de benefícios: redução da dívida interna, melhoria da qualidade de serviços que eram executados pelo poder público (por conta da ineficiência do Estado em executar, era melhor que estivessem à mão das empresas privadas), além da entrega de patrimônio público a capital estrangeiro.

As Políticas Sociais, dentro daquela reforma, precisaram se adaptar ao contexto que se encontrava o Brasil, com diz Draibe (apud Bering e Boschetti, 2011, p.), “o neoliberalismo agora traz um trinômio para as Políticas Sociais, elas são a privatização, focalização/seletividade e descentralização”. A reforma buscou convencer a sociedade de que as Políticas Sociais não seriam tão importantes, e que poderiam ser de responsabilidade da sociedade civil, justificando a perspectiva privatista. Com essa negação da intervenção estatal por meio das políticas, a questão social em suas expressões de pobreza e violência fica ainda mais evidente.

Quando analisado os impactos causados pelo neoliberalismo no setor saúde dessa época até a atualidade, percebe-se que as políticas de saúde não estão desassociadas do contexto político, econômico e social do país. A saúde é gerida por meio de interesses que não são puramente pensados para uma coletividade, em meio a ajustes estruturais e econômicos. A expansão do mercado privado para esse setor acaba por diminuir as ações do Estado no que diz respeito à política, sucateando o Sistema Único de Saúde, em que

através de ações mais focalizadas o acesso não é facilitado para todos os cidadãos, colocando em contradição o que está preconizado na constituição federal da universalidade e equidade do SUS.

A ótica do neoliberalismo enfraquece as políticas sociais, promove desmonte de direitos, além de privilegiar o mercado em detrimento das demandas sociais. Essa preferência pelas privatizações e a redução das funções do Estado como promotor do bem-estar social é um mecanismo para que o capital se reproduza e as classes dominantes se perpetuem no poder.

2.3A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E O SUS

No Brasil, a indústria farmacêutica começa a se desenvolver no período que vai de 1890 a 1950. De acordo com Ribeiro (2000, p.), o crescimento dessas indústrias se deve a muitos incentivos advindos da saúde pública, com as práticas sanitárias e as pesquisas. Segundo Ribeiro, o Estado brasileiro foi responsável pela manutenção de muitos laboratórios nacionais, através de investimentos de recursos financeiros, assim como contribuiu para a formação dos primeiros cientistas do país, que foram responsáveis pela produção de vacinas e outros medicamentos. Em relação ao mundo, nessa época os países europeus já estavam bastante avançados com relação à produção de medicamentos.

De acordo com Bermudez (1997), o mercado farmacêutico atualmente está concentrado nas “mãos” de poucas empresas. Existem mais de 10 mil empresas no mundo que produzem medicamentos, dessas, mais ou menos 100 tem expressividade no mercado e são responsáveis por 90% dos produtos que são de consumo humano. Todas as empresas de capital nacional cobrem entre 15% e 25% do mercado farmacêutico brasileiro, ou seja, a maior parte do mercado é estrangeira.

Essa concentração de poder está ligada ao fato da política desenvolvimentista adotada nos anos 1950, entre os governos de Juscelino Kubitschek e o regime militar, que facilitou a entrada do mercado estrangeiro no país. Do ponto de vista da indústria farmacêutica, pelo mercado externo ser

mais preparado em termos de conhecimento e tecnologias, muitos laboratórios nacionais acabaram fechando, diz Silva (2002). Segundo o autor, com a chegada dos anos 1980 até os anos 2000, os laboratórios nacionais enfrentaram diversos problemas, como: controle de preços pelo governo; lei de patentes, que acabaram por reforçar os monopólios e baixo prestígio dos produtos nacionais. Partindo dessa realidade é essencial refletir sobre a produção de medicamentos pelo setor público, para suprir as necessidades do SUS.

Na Indústria Farmacêutica do Brasil tem-se a existência do Parque Público de Laboratórios, que estão direcionados à produção de medicamentos em âmbito nacional. Segundo dados da Associação de Laboratórios Oficiais do Brasil (ALFOB, 2012), existem ativos no país e registrados na Alfob, atualmente, 21 laboratórios em nível federal e estadual, estes vinculados ao Ministério da Saúde, Forças Armadas, Universidades Públicas e as Secretárias de Saúde Estaduais, em que todos os medicamentos estão destinados ao setor público. Na região Nordeste está presente em sete estados, porém na Bahia não existe.

Segundo Buss (ano, p.), esses laboratórios públicos encontram muitas dificuldades para manter a produção dos medicamentos, por falta de qualidade dos mesmos; para Carvalho e Casas (2008) entre outros empecilhos estão: limitação do espaço físico para corresponder às normas sanitárias; não há um sistema de gestão integrado entre os laboratórios; e em alguns, as gestões não são eficientes. As demandas dos laboratórios são encaminhadas através dos programas do MS, Programa Farmácia Popular do Brasil e as Secretárias de Saúde Estaduais e Municipais.

Ao pensar nas deficiências que os Laboratórios oficiais enfrentam, que não é um acontecimento recente, pois vem desde sua criação, Bermudez (1997, p. 72) cita que a utilização dos laboratórios estatais sempre foi inferior à capacidade real de resposta. E quando se analisa sobre o domínio das empresas privadas no setor farmacêutico, fica evidente a urgência e a importância da intervenção estatal mais eficiente nesse setor, para que a

assistência farmacêutica não perca seu real objetivo. Diz Bermudez (1997, p. 72):

Não podemos ignorar que, se o Brasil é um dos poucos países que possuem uma rede de laboratórios farmacêuticos estatais, o fortalecimento e a consolidação desse setor devem ser vistos como instrumento efetivo de estas ações governamentais, além de referência para a regulação do mercado brasileiro, que nos últimos anos vem crescendo de maneira desordenada e atendendo a interesses mercadológicos e econômico-financeiros da indústria.

Não se pode deixar de mencionar que, de acordo com a Constituição Federal de 1988, em seu art. 199, as instituições privadas podem fazer parte de maneira complementar do SUS, porém, a preferência deve ser de empresas filantrópicas ou sem fins lucrativos. O que nos faz compreender que as ações do Estado devem ser voltadas para benefício da população e não aos interesses de instituições privadas.

A influência da indústria farmacêutica privada não interfere somente na questão da distribuição de medicamentos ofertados pelo governo, e os altos preços dos mesmos, prejudicando ainda a política da assistência, pois contribui também para uma relação puramente econômica na ligação médico e paciente, em que o medicamento passa a ser uma questão central, ao invés da patologia propriamente dita. Esse fato chama atenção por ter sido mencionado em uma das entrevistas que realizei:

[...] a gente tem que ter cuidado no aplicar porque muitos médicos mobilizados ou influenciados pela indústria farmacêutica acabam pulando etapas com determinados pacientes, é onde ele poderia ser beneficiado de outra forma porque existem critérios para o uso do componente especializado da assistência farmacêutica e tem muitos médicos, principalmente os mais novos, que utilizam dos benefícios da IF para prescrever medicamentos, não são todos claro [...] (“Margarida”, 2017)

Sobre a produção de medicamentos, está estabelecida na Portaria GM nº 374 de 28 de fevereiro de 2008 que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde(SUS), o Programa Nacional de Fomento à Produção Pública e Inovação no Complexo Industrial da Saúde. No mesmo caminho, a Portaria nº 1.818, de 02 de dezembro de 1997 recomenda que nas compras e licitações públicas de

produtos farmacêuticos realizadas nos níveis federal estadual e municipal pelos serviços governamentais, conveniados e contratados pelo SUS, sejam incluídas exigências sobre requisitos de qualidade a serem cumpridas pelos fabricantes e fornecedores desses produtos.

No Portal Educação (MEC) pode-se informar que, de acordo com dados da Organização das Nações Unidas (ONU), uma em cada três pessoas no mundo não tem acesso a insumos essenciais. De maneira contraditória, a ONU reconhece o acesso a medicamentos como um dos cinco indicadores relacionados a avanços na garantia de direitos.

No Brasil, essa disponibilidade de medicamentos pelo SUS ainda se encontra deficitária para atender às demandas da população, ainda que se tenha avançado bastante com as políticas públicas que são destinadas para a assistência farmacêutica. Nesse caso, a abordagem está mais relacionada com os medicamentos que estão listados no RENAME (Relação Nacionais de Medicamentos Essenciais) que estão preconizados para serem distribuídos e ainda assim, não se consegue adquirir, do que os que não são considerados essenciais e portanto, não disponibilizados pelo SUS (o que é uma falta).

Ainda não há muitos estudos acadêmicos sobre as causas que levam o SUS a ser deficiente na liberação de remédios, o que se tem são especulações de possíveis motivos, entre eles: programação inadequada; aquisição insuficiente; armazenamento inadequado e sem comunicação com o setor de distribuição. Essa questão do não acesso se torna complexa à medida que é um problema puramente de gestão e os funcionários que intermediam essa relação SUS/medicamento e usuário ficam sem meios para solucionar a situação.

Essa falta é demarcada por assistentes sociais entrevistadas, a saber:

[...] é uma coisa governamental, a falta de medicamento eles alegam uma série de coisas: falta de dinheiro, falta de gestão, falta de planejamento, é tanta coisa que vem [...]
(ENTREVISTADA "Rosa")

É importante salientar que, esse não abastecimento de determinados produtos é em determinados períodos, há épocas que não faltam e a há épocas que as faltas são constantes. A partir disso voltamos ao objetivo deste trabalho, ao tratar a distribuição de medicamentos como importante e como sendo causador de um grande impacto na sociedade quando os mesmos não são feitos, visto as características da população que faz seu uso exclusivamente pelo SUS.

III CAPÍTULO: SERVIÇO SOCIAL E A SAÚDE

Este capítulo se encontra mais direcionado ao exercício profissional do assistente social na saúde e assistência farmacêutica, com enfoque nas entrevistas realizadas, para refletir sobre sua atuação.

Está dividido em 2 tópicos, o primeiro abordará sobre como foi a participação do Serviço Social na reforma sanitária e como se configura sua atuação na saúde. Enquanto o segundo discorrerá sobre a atuação do assistente social na área mais específica que é a assistência farmacêutica, usando como suporte entrevistas realizadas com as profissionais.

3.1 BREVES ASPECTOS HISTÓRICOS

O serviço social no Brasil surge entre as décadas de 1930 e 45, marcado por influências da Europa, porém, a profissão só vem a se expandir a partir de 1945, devido o aprofundamento do capitalismo no país. No seu surgimento, o serviço social não foi muito demandado para a área de saúde, apesar de sua formação ter disciplinas relacionadas, mas, com o avanço do mundo globalizado, essa realidade mudou. Com início em 1945, a ação profissional na saúde começou a ampliar, agora com influências não mais europeias, e sim, norte-americanas, interferindo tanto na formação dos profissionais, quanto nas instituições que prestam o serviço.

Para descrever o serviço social na saúde, é importante situá-lo no contexto histórico do país, visto que sua atuação como se configura hoje nessa área, está muito relacionada com o processo de modernização conservadora da profissão. É importante ressaltar que o surgimento do serviço social como profissão, vem das demandas da sociedade capitalista que começa a tomar força no Brasil a partir de 1930, porém com forte tendência a práticas cristãs da igreja católica, a qual é responsável pela formação dos primeiros assistentes sociais no país. A profissão aparece na perspectiva de enfrentamento da questão social, que é quando cresceram as lutas sociais dos trabalhadores e

da população mais empobrecidas. (YAZBEK, MARTINELLI, RAICHELIS, 2008, p. 7)

Sob influência da igreja que mantinha ideias conservadoras, o serviço social seguiu por um tempo na mesma linha, com uma visão de adaptação do indivíduo ao meio em que ele vive, com práticas positivistas de manutenção da ordem e que o cidadão precisava se encaixar. Acontece que, a partir dos anos 1960, essa situação começa a sofrer modificações, no momento em que surgem debates na profissão, para questionar esse aspecto conservador.

Essas discussões foram baseadas em teorias das ciências sociais e humanas, porém, não foram muito adiante, tendo o país sofrido um golpe militar, ocorrido em 1964. A postura altamente repressiva, impedindo as condições de questionamentos quanto à estrutura econômica e política. Como estratégia para enfrentar o que estava posto vago constrói-se o chamado projeto de “modernização Conservadora”, [Netto apud Bravo, 1996], que abriu possibilidades para a profissão se reformular, de acordo com as necessidades que estavam apresentadas, as críticas para com o serviço social tradicional vinham de suas práticas assistencialistas e ajustadoras, e a pretensão de neutralidade científica.

Naquela conjuntura, o Serviço social ampliou sua ação na saúde, devido ao surgimento do complexo previdenciário (INPS). Até então, a subordinação do Serviço social era à presidência das IAP e passou para a coordenadoria, com o aumento de suas atividades, programas. Como diz Bravo (1996, p. 90),

O serviço Social nos órgãos de assistência médica da previdência foi regulamentado em 1967 e previa as seguintes ações: individual, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para mobilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho [...].

Devido a mudanças na condução das políticas sociais ainda durante o regime militar, o serviço social foca suas ações na saúde em práticas curativas, inteiramente relacionadas à assistência médica da previdência, sem muito espaço para intervenções em meio à saúde pública.

De acordo com Netto (1989 por Bravo 1996, p.85-86) essa reorganização do Estado, juntamente com as modificações na sociedade, interferiu no serviço

social em dois níveis: a prática e a formação profissional. Com a adesão de políticas administrativo-burocráticas durante o regime militar, o assistente social precisou se adaptar as suas novas demandas, e também a partir dessa mudança, houve um aumento da criticidade na formação desses profissionais, inspiradas pela teoria social de Marx.

Durante todo um período, a categoria apresentava novas faces, como forma de romper com o que estava posto, através de movimentos como a 'reatualização do conservadorismo' e a 'intenção de ruptura' como denominou Netto (1989). Essas movimentações tinham como principal objetivo, trazer para o Serviço social um caráter mais reflexivo diante da realidade, através de embasamentos teóricos e não apenas a prática de ações paliativas e de natureza psicológica. O serviço social na saúde, até então, direcionava suas ações apenas à previdência, enquanto a saúde coletiva era preterida, não sendo vista como um espaço de intervenção profissional, pela instituição e também pelos assistentes sociais.

Essas práticas curativas foram levadas pelo serviço social na saúde por muito tempo, com algumas mudanças pontuais, que iam ocorrendo como, nos anos 1970, diante do Plano Básico de Ação, que era o norteador do fazer dos profissionais e introduz a atuação dos assistentes sociais na assistência psiquiátrica e na saúde mental.

Segundo Bravo (1996, p. 110), o Serviço Social, no geral, nesse período, não conseguiu modificar as orientações quanto a sua prática, apesar de todo um movimento que vinha nessa perspectiva de mudança, através das correlações de força, junto aos sindicatos e aos movimentos sociais. Suas ações continuaram com caráter burocrático, empirista e seletiva, porém, a categoria profissional continuava em seu processo de renovação, alcançando alguns feitos. Entre 1983 e 1986, o compromisso com as classes populares e como principal meta a democratização da entidade de fiscalização do exercício profissional, a alteração da lei de regulamentação da profissão e a elaboração de um novo código de ética.

Quanto ao campo mais específico da saúde, não houve uma reflexão profunda e um aprofundamento maior para esse setor, não foram pensadas

estratégias teórico-político-ideológicas direcionadas ao exercício profissional nas políticas de saúde; esse fato está muito ligado à não participação do serviço social no “movimento de reforma sanitária”. Apesar da não adesão efetiva, a categoria teve participações importantes nos rumos que a saúde veio a tomar, como a constituição de grupos de trabalho em 1984, convocados pelo secretário de medicina social do INAMPS.

Segundo Bravo (1996), esses grupos tinham como objetivo apresentar propostas e formular diretrizes gerais para as atividades do serviço social nas instituições, enfatizava-se com isso a real necessidade das ações preventivas de saúde, assim como alocando as ações do serviço social direcionadas às relações sociais, atendendo aos interesses da população previdenciária através da ampliação de direitos. Essas propostas não foram efetivadas na época, devido à conjuntura em que se encontrava o país, mas depois foi usada em alguns estados e com isso, houve uma maior procura dos profissionais da área pela saúde coletiva, quando se pensou em sua importância.

Em 1979 aconteceu o I Congresso Brasileiro de Serviço Social médico, que foi organizado pela Associação Brasileira de Serviço Social Médico (ABRASSME), houve também a apresentação de produções teóricas relativas à saúde. Em decorrência da onda de movimentação democrática em que o Brasil vinha passando para a derrubada do regime militar, trouxe um maior espaço para que o serviço social continuasse em seu processo de “intenção de ruptura” (Netto, 1989). A década de 1980 foi marcada por essas mobilizações, e pelo debate sobre o Estado e as políticas sociais. No campo da saúde, desde os anos 1970, o movimento sanitário já vinha exercendo esse papel de fomentar ideias, para fortalecer o setor público em detrimento do privado, demonstrando como esse movimento caminhava em sentido contrário ao que estava estabelecido no país, através de uma política neoliberal.

É indispensável falar sobre a década de 1980 para o serviço social, período em que a categoria deu início ao amadurecimento teórico, com a interlocução as teorias marxistas (a denominada intenção de ruptura), mas ainda assim, poucas mudanças ocorreram em suas intervenções.

[...] sem dúvida, para se avançar hoje na profissão, se faz necessário recuperar as lacunas da década de 1980. E a intervenção é uma prioridade, pois poucas alterações trouxeram os ventos da vertente intenção de ruptura para o cotidiano dos serviços. Este fato rebate na atuação do serviço social na área da saúde – o maior campo de trabalho. (BRAVO; MATOS, 2004, p. 8)

Houveram contribuições de várias entidades para que o serviço social na saúde se fortalecesse, como a CFAS, a ABESS e a ANAS. Durante o V Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, em 1986, foram apresentadas comunicações relativas à saúde, de maneira crítica, analisando os entraves da política e alternativas para a atuação profissional, com pautas como o direito à saúde. Após esse período de lutas sociais, em prol da democracia, é promulgada a Constituição Federal de 1988, que promove a seguridade social, composta, pela Previdência, Assistência social, e a Saúde agora estabelecida como um direito de todos e dever do Estado, por meio do sistema integrado, o SUS.

Com as leituras, concluímos que o papel do serviço social na construção da política de saúde como ela se apresenta hoje, não foi de muita expressão, pois, a parcela da categoria que participou do movimento sanitário não teve forte presença, o que comprometeu o norteamento para suas ações diante da política e até mesmo de produções teóricas na área. Entretanto, sendo um campo de grande demanda para o trabalho de assistentes sociais, leva o serviço social a incorporar a defesa do direito à saúde de qualidade e de reforçar o SUS como a estratégia mais bem-acabada nesta direção.

3.20 PROJETO ÉTICO-PROFISSIONAL E O DIREITO À SAÚDE

O assistente social como um profissional que trabalha com a defesa de direitos, e ao fazer valer os compromissos do projeto ético-político, assume luta e busca encontrar meios para que esses direitos sejam efetivados, fortalecendo o usuário para que ele possa interferir no movimento por fazer cumprir. O profissional tem como campo de trabalho as políticas sociais, inclusive a saúde.

Dentre as áreas de cobertura do SUS, a distribuição de medicamentos é uma das mais importantes ações para terapêutica e, conseqüentemente, é parte do direito do cidadão. Quando essa demanda não consegue ser atendida,

gera consequências nos mais diversos âmbitos da vida do usuário, que depende do SUS para fazer uso da medicação adequada ao seu tratamento.

Entretanto, a distribuição de medicamentos pelo SUS (aqueles que estão constando no RENAME) nem sempre é feita com total excelência, detectando-se falhas no abastecimento de alguns medicamentos, e os usuários saem sem aqueles remédios prescritos. Tomando conhecimento desse problema, ao realizar a experiência de estágio, passamos a nos perguntar como e onde o assistente social vem interferindo nessa realidade e quais as possibilidades de contribuição para a reversão desse quadro, sabendo dos prejuízos causados aos usuários sem poder aquisitivo para adquiri-los na rede privada de farmácias.

A nossa pesquisa em busca de respostas à questão levantada, levou-nos a constatar a parca produção acadêmica sobre a inserção de assistentes sociais na política de assistência farmacêutica, e, nas condições deste estudo, detectamos poucas informações sobre. A investigação foi realizada através de entrevistas com assistentes sociais que trabalham no SUS, especialmente na distribuição de medicamentos, buscando algum entendimento da relação do serviço social com esse tema. Conseguimos entrevistas com apenas 02 assistentes sociais que trabalham nessa política.

Sobre o exercício profissional nessa seara, as assistentes sociais entrevistadas revelaram que:

O assistente social em todas as unidades dispensadoras de medicamentos de alto custo, no medicamento do componente é obrigatório, porque, é fazer o que anamnese social daquele usuário, saber se ele realmente é acompanhado por uma instituição, se ele tem um médico prescritor, se aquele médico já acompanha ele. (ENTREVISTADA "Margarida")

[...] Ali no atendimento mesmo de abertura de processo, [...] eu procuro fazer uma escuta qualificada do paciente, que no momento não é paciente [...], então aí, eu fazia a escuta, orientava, informava, encaminhava [...]. (ENTREVISTADA "Rosa")

Todo esse processo é realizado a partir do momento que o usuário, após ser receitado tal medicamento, vai à busca dos pontos de distribuição do SUS, para passar por uma avaliação e assim, conseguir medicamento indicado. Esse primeiro momento com assistentes sociais, é denominado por elas de “escuta”, onde se detecta a necessidade, o processo toma seu curso. A entrevista revelou que após o atendimento do o serviço social, há variações entre as unidades. Dizem as entrevistadas:

[...] mas eu falo com os médicos, olha esse paciente é “assim assim”, ele tem uma condição social baixa, ele realmente não vai ter condição de comprar o medicamento, ele está apresentando vários problemas clínicos, inclusive, aí a gente passa [...]. (ENTREVISTADA “Rosa”)

[...] além de ser a assistente social do programa eu sou a responsável técnica do programa, eu faço as avaliações técnicas, sou eu quem decide se o paciente vai receber o medicamento ou não, ou seja, a responsabilidade é minha [...]. (ENTREVISTADA “Margarida”)

Nossa pesquisa empírica também revelou que é papel das assistentes sociais nestes setores ficarem responsáveis, também, por revisar documentações necessárias, como receitas de médico, documentos pessoais, exames clínicos. Toda essa documentação é filtrada pelo profissional, antes de fazer o encaminhamento para avaliação. Como dito nas entrevistas, há lugares em que essa é tarefa do médico e em outros, da própria assistente social.

Nesse caso, a atuação de assistente social, é presa a certa burocracia, por se tratar de programas extensos, que atende um quantitativo considerável de usuários, a questão de análise de documentos é muito presente. Devido a isso, o caráter técnico da profissão fica muito evidente, o que pode se tornar um risco, a partir do momento em que o profissional não reflete sobre o seu fazer. Como analisa Iamamoto (2010), o saber técnico, quando considerado de maneira preponderante não é o bastante para que a atuação do profissional seja efetiva. A intervenção dissociada dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos leva ao tecnicismo, provocando alheamento da realidade concreta, a uma dissociação da dimensão política da intervenção profissional.

Uma instigação para a construção deste nosso objeto de estudos foi a surpresa, ao encontrar a presença de profissional do serviço social nesse campo da política de atenção farmacêutica. Deparamo-nos com a dificuldade de entender qual o real papel do profissional de serviço social naquele espaço, sua contribuição e a importância para uma área tão específica.

É preciso entender que o serviço social atua no meio de uma correlação de forças, defrontando-se com diferentes interesses, na divisão sócio técnica do trabalho. Em nossa compreensão, a formação deve estar pautada na realidade social, buscando decifrar as refrações da questão social, expressa nas desigualdades sociais e econômicas, portanto, desenvolver uma criticidade diante da demanda, na busca da identificação de meios para atuar de forma mais qualificada e comprometida com os interesses de usuários, na condição da classe trabalhadora.

Ao nosso ver, é preciso que se fortaleça cada vez mais a identidade do profissional do serviço social, com aprimoramento do aporte teórico. O exercício do profissional diante do específico programa de medicamentos dentro da política de assistência farmacêutica parece constituir-se uma armadilha para o serviço social, na medida que prevalece a dimensão burocrática.

Assim, a nossa análise mostra que esse formato de atuação se enquadra no que Yamamoto (2010, p. 52) considera como um “grande desafio na atualidade, que é o saber transitar entre o teórico-metodológico e a prática” (o fazer profissional). A autora destaca o risco de direcionar mais atenção às técnicas do trabalho, do que com as particularidades daquilo que é o objeto de estudo e de ação do assistente social o que significa um empobrecimento das possibilidades de respostas criativas. É importante mencionar também a relação entre as assistentes sociais e médicos, integrantes de uma equipe multidisciplinar, muitas vezes um campo de medição.

Como destaca uma das entrevistadas, ao se referir à dificuldade dessa relação, nem sempre horizontalizada:

[...] aí a gente passa [...] para o médico, mas tem que conversar com ele, não é coisa que na entrevista social poderia ler? cada um faz sua parte, o serviço social faria a dela, aí iria para comissão, a comissão faria a dela, mas leria o parecer do serviço social, e tem alguns médicos(...) não vou citar nomes, tem médicos que lê, outros passam batido e só olha mesmo a parte burocrática da coisa,mas,existe um edital, uma portaria, eu vou responder, eu vou avaliar de acordo com a portaria, só que o ser humano não é uma portaria [...] (ENTREVISTADA “Rosa”)

Ou, ainda, em outra avaliação desse processo:

[...] o que é que acontecia antes [...] eu fazia tudo, avaliava e o médico só fazia assinar, e aí eu fui questionar que papel era esse o meu? Eu vou avaliando para um médico assinar, quem avalia sou eu [...] qual a visibilidade do serviço social nisso? Simplesmente conferir papel [...] e aí, se tiver tudo certo, o médico assina, se não estiver tudo certo, o médico não assina? Primeiro que eu não sou empregada de médico [...] (ENTREVISTADA “Margarida”).

Quando o assunto é saúde a figura do médico é sempre mais requerida, e suas ações são consideradas como as mais importantes. Apesar da concepção de saúde ter mudado bastante desde a reforma sanitária, e a mesma ter adquirido um conceito mais amplo, que não somente a curativa, centrada nos aspectos biológicos, o médico, ainda hoje, dentro das instituições de saúde é considerado mais central em detrimento dos outros profissionais, esta é uma constante tensão que o serviço social enfrenta no campo da saúde.

No que se refere à falta de medicamentos, as profissionais entrevistadas se detiveram nos mesmos aspectos:

[...] A gente não tem como intervir em falta de medicamento. Atualmente não está havendo falta de medicamento; quando eu cheguei aqui havia muito furo, a gente passava mais tempo sem o medicamento do que com o medicamento, mas de 2016 pra cá, não está havendo esse problema, está sendo muito disciplinado... Mas porque o serviço social a gente não tem como interferir, é uma coisa governamental, a falta de medicamento eles alegam uma

série de coisas, falta de dinheiro, falta de gestão, falta de planejamento, é tanta coisa que vem, mas atualmente a gente não pode dizer que está faltando porque não está[...]. (ENTREVISTADA “Rosa”)

[...] O serviço social não tem muito a fazer com a falta de medicamento, é orientar... então nunca digo de cara que não tem [...] os maiores problemas são de licitação da SESAB, que licita um medicamento, a empresa ganha e não tem o medicamento no estoque, aí o que acontece, a gente cobra da SESAB[...]. (ENTREVISTADA “Margarida”)

O fornecimento de medicamentos pelo SUS é um direito previsto em lei, esses direitos sociais, como já exposto, funcionam como uma estratégia do Estado para o enfrentamento da questão social inerente ao capitalismo. O serviço social como uma profissão interventiva, que tem seu trabalho direcionado aos interesses da classe trabalhadora, contribui para a organização desses sujeitos, pelo seu compromisso ético-político com a classe. O serviço social tem as políticas sociais como um campo importante de atuação, onde desenvolve formas de possibilitar a efetivação desses direitos, além de fortalecer a ideia de organizar os sujeitos usuários dos serviços, para que lutem pela garantia deles.

Para o Conselho Federal de Serviço Social (2005):

A direção social do projeto ético-político profissional supõe o amadurecimento teórico crítico, em relação aos limites da luta pelos direitos humanos, a partir de sua possibilidade real na sociedade em que vivemos, tendo-a como uma ferramenta estratégica complementar na construção de uma nova ordem.

Partindo desse pressuposto, espera-se que assistentes sociais desenvolvam a capacidade de crítica, para compreender os limites da sua intervenção e como as dificuldades de acesso a medicamentos pode se configurar como negação de direitos. Não se espera que sua intervenção tenha a potência política para reverter o problema, mas se espera que não se restrinja à mera burocracia, em si, impeditiva da capacidade de organização, contrariando direitos humanos.

Como diz Iamamoto (2010, p. 63):

[...] O assistente social não detém todos os meios necessários para a efetivação de seu trabalho: financeiros, técnicos e humanos necessários ao exercício profissional autônomo. Depende de recursos previstos nos programas e projetos da instituição que o requisita e o contrata, por meio dos quais é exercido o trabalho especializado [...].

Ou seja, as análises da autora, bem conhecidas, já demonstraram que o assistente social está inserido na divisão sócio-técnica do trabalho, ele não detém os meios para realizar sua função, posto que, na lógica de organização dos processos de trabalho cabe ao empregador. No caso específico da política de distribuição de medicamentos como parte do direito à saúde, como destacado nas entrevistas, o Estado é parte ativa no descumprimento desse direito.

Em nossa compreensão, cabe ao serviço social redimensionar seus instrumentos de trabalho, na perspectiva de ampliar seus recursos técnicos, incorporando o conhecimento mais fundamentado teoricamente, com vistas à, leitura da realidade e intervir com autonomia técnica e política, nos moldes do projeto ético-político-profissional, na direção da garantia do direito à saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nosso estudo sobre a política de distribuição de medicamentos tem agora a exigência de finalização, mesmo que não se possa chegar a qualquer conclusão, dados os limites da pesquisa, levantaremos algumas considerações, fruto das nossas reflexões e das “descobertas”, no decorrer da elaboração deste trabalho.

Uma primeira observação é sobre o debate a respeito do direito à saúde, dentre os muitos garantidos pela Constituição, que passa a ser também um dever do Estado. Concluímos que SUS tem sua origem vinculada à reforma sanitária, como provedor das ações de saúde para a população, sendo um sistema de referência mundial. É esperado que tenha efetividade. O movimento pela reforma teve grande importância, quando se pensa que o quadro da saúde no país se configurava de maneira contributiva e totalmente relacionado ao trabalho formal, não sendo de acesso livre a todos.

A Constituição federal de 1988, sem dúvida, foi um marco na história do Brasil, advinda pós-ditadura, surgiu para garantir o Estado democrático de direito e promover certa justiça social. Reveste-se de importância o fato de ser elaborada com a participação ampla da população, o que permitiu a proposição de direitos sociais ampliados, tanto para o indivíduo quanto para o coletivo.

Esse cenário de mudança teve amparo na concepção de saúde assumida pela OMS, que inclui em sua definição não somente os aspectos biológicos, clínicos, como também o bem-estar social, ou seja, a saúde é determinada pela própria biologia humana, pelos fatores sociais, estilo de vida, fatores econômicos. É uma relação de fatores que determinam a qualidade de vida dos indivíduos e que podem apontar boas condições de saúde. É dentro dessa mudança de perspectiva, do entendimento sobre os direitos sociais, que a política de medicamentos, assim como a assistência farmacêutica é estendida e mostra sua complexidade e total necessidade, no conjunto das estratégias da Política de saúde, tendo o SUS como direcionamento.

O uso de medicamentos é um instrumento de controle, que reduz doenças, evita mortalidades e melhora a qualidade de vida daquele que possui certa patologia. É essencial pontuar que esse uso é sempre de maneira racional e nunca direcionado ao incentivo da medicalização da vida, o que na sociedade contemporânea está se tornando cada vez mais comum. Não tem como pensar em ações para saúde e um sistema que a universaliza, sem colocar em pauta a distribuição de medicamentos, que se tornaram personagens indispensáveis, em casos específicos para a manutenção da vida.

Concluimos que a política de assistência farmacêutica consiste na obrigação do Estado em disponibilizar medicamentos essenciais para a população de baixa renda, essa política é importante, pois ela guia o Estado e o setor privado como devem agir para que o povo consiga ter o acesso. E a política nacional de medicamentos inserida na política de saúde efetiva as ações que são pensadas pelo governo, para que a distribuição seja feita com os medicamentos essenciais elencados.

E o porquê dessa política se fazer tão importante, é a desigualdade social em que vivemos no país, partindo do ponto que usuários do SUS, em sua maioria, não têm uma situação econômica tão favorável, e por diversos motivos, não teriam como arcar com despesas de medicamentos que são caros e geralmente são de uso contínuo e para toda a vida. A distribuição de medicamentos visa não descontinuar tratamentos ou prevenções de doenças e a falta deles significa ineficácia. Com o domínio da indústria farmacêutica estrangeira no mercado, impondo produtos de alto valor de compra, a distribuição e o acesso a medicação de alta complexidade ficam prejudicados. Para enfrentar os cortes de recursos, é preciso lembrar os princípios do SUS, de universalidade e equidade, o com acesso para todos, de acordo com as necessidades individuais.

Visto a relevância desses produtos e dessa política na vida dos indivíduos, considerados como direito, quando eles não se fazem presentes nos pontos de distribuição de medicamentos e o usuário não consegue leva-los para que possam fazer uso deles, consideramos que esse direito está sendo negado. Segundo a Constituição Federal/ 1988 os indivíduos são cidadãos,

portanto, plenos de direitos e necessita viver com dignidade, que se expressa em moradia adequada, atendimento médico de qualidade, qualidade de vida, de lazer e trabalho, entre outros, para o que é preciso que o Estado administre corretamente os recursos, direcionados aos interesses de cidadãos brasileiros.

E ao falarmos de direitos, estamos ponderando que o serviço social faça parte desse processo, desde quando a categoria mantém uma visão crítica pautada na luta pelos direitos e pela justiça social. Embora seja um campo de forças, a luta por direitos não ultrapassa os limites da profissão, que lhe são impostos e com os quais a categoria profissional tem que saber lidar.

Ao pontuar essas conclusões das leituras teóricas e empíricas, destacamos como este tema é importante, tanto para a política de saúde, quanto para os estudos acadêmicos. É vital requerer uma atenção maior a essa acessibilidade aos medicamentos de maneira racional, quando estes são importantes para manter a vida do indivíduo; considerando que a expectativa de vida está crescendo, o que não significa que as pessoas estão envelhecendo com saúde, a necessidade de gratuidade de medicamentos é imperiosa. Apesar da atuação da categoria profissional na área de saúde, como aquela que incorpora um grande percentual de assistentes sociais, os estudos acadêmicos sobre a distribuição de medicamentos ainda não é um tema muito discutido.

De acordo com as entrevistas que realizamos como pesquisa empírica, as assistentes sociais que se encontram na ponta do serviço da assistência farmacêutica, concordam que a distribuição exige pensar sobre a falta diante de uma superestrutura gerida por interesses privatistas. Entretanto, a reflexão é insuficiente para enfrentar a lógica da gestão estatal. As entrevistas revelaram que, dentro da política de assistência farmacêutica há assistentes sociais que trabalham direcionadas para ampliar e garantir a aquisição de medicamentos, de alto custo.

O serviço social nesse campo, não necessariamente, está ali apenas para cumprir regras de um protocolo, é importante que sua análise diferenciada naquele espaço seja respeitada e que isso possa refletir na qualidade do atendimento e do acesso. A saúde deve ser entendida de maneira global,

dotada de ações multidisciplinares, o que envolve diversos profissionais inter-relacionados para que o sistema funcione com efetividade e que cada um saiba seu papel naquele ambiente. É importante que o profissional saiba usar de seus instrumentos técnicos e políticos e do seu conhecimento para realizar projetos que possam cumprir o papel de garantir aos usuários uma informação correta, um acesso justo, uma possibilidade de realização de seu direito.

A nossa preocupação é que a categoria compreenda o seu verdadeiro lugar nesse espaço, suas atribuições profissionais, a adequada realização de sua função, sem perder de vista os compromissos para com os valores e princípios profissionais. É fundamental que o projeto ético-político não seja esquecido, posto que direciona a profissão no que diz respeito aos seus objetivos, nos termos do código de ética, que norteia ações e comportamento.

Em síntese, neste estudo, dedicamo-nos à análise da política de saúde, o funcionamento do SUS, como se configura a política de assistência farmacêutica e seu financiamento, para que assim houvesse uma compreensão sobre o porquê, muitas vezes, medicamentos não estão dispostos para serem distribuídos. Partindo das observações na experiência de estágio, passamos refletir sobre o impacto da interrupção ou descontinuidade da distribuição de medicamentos, levando-nos à investigação sobre a contribuição de assistentes sociais na identificação do problema e da avaliação sobre os limites da política. Ainda que nos limites deste trabalho, consideramos que os objetivos propostos foram atendidos. A nosso ver, o tema deve ser objeto de outras investigações, esperando ter contribuído para a curiosidade de outras pesquisadoras interessadas.

REFERÊNCIAS:

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva. **Assistência Farmaceutica no SUS: articulando sujeitos, saberes e praticas**. Feira de Santana, UEFS Editora, 2011.

BERMUDEZ, Jorge Antônio Zepeda. **Industria Farmaceutica, Estado e Sociedade: Critica da política de medicamentos no Brasil**. Editora Humanismo, 1995.

BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. Política Social no Brasil contemporâneo: entre a inovação e o conservadorismo. In: **Política Social: fundamentos e história**. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BOBBIO, Norberto, 1909-**A era dos direitos** / Norberto Bobbio; tradução Carlos Nelson Coutinho. Nova ed. Rio de Janeiro, 2004. — 7ª reimpressão.

BONFIM, José Rubens de Alcântara; MERCUCI, VERA. **A Construção da Política de Medicamentos**. 1 ed. HUCITEC EDITORA, 1997

BRASIL. Ministério da Saúde. Da **excepcionalidade às linhas de cuidado: o componente especializado da assistência farmacêutica**. Brasília: Departamento de Assistência Farmacêutica; 2010.

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

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf> Acesso em: 5 fev 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza. Da distensão política à transição democrática: a questão da saúde e o Serviço social. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais práticas profissionais**. Editora UFRJ, Rio de Janeiro, 1996

BRAVO, M.I.S. **Política de Saúde no Brasil**. CEFESS/CEAD, RJ, 2000

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 19. Ed. São Paulo, Cortez, 2010.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. O desafio de construir e consolidar direitos no mundo globalizado. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 82, p.5-21, jul. 2005. Quadrimestral.

PAIM, Jairnilson Silva. **A Reforma Sanitária Brasileira e o CEBES**. Projeto: Formação em cidadania para a saúde: Temas fundamentais da reforma sanitária. CEBES, Rio de Janeiro, 2012

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **Histórias políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG, v. 35, 2001.

SANTOS, Ivonete da Silva. **A formulação da política estadual de assistência farmacêutica no SUS Bahia 1996-2000**. Tese de Mestrado, Programa de Pós Graduação em saúde coletiva, defendida na Universidade Federal da Bahia (UFBA). Bahia: UFBA, 2003.

TEIXEIRA, Carmem. **Os princípios do sistema único de saúde**. Elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Bahia, 2011

YAZBEK, Maria Carmelita; MARTINELLI, Maria Lucia; RAICHELIS, Raquel. O Serviço Social brasileiro em movimento: fortalecendo a profissão na defesa de direitos. **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n.95, set. 2008.