

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Lásaro Linhares Stephanelli

TÉCNICOS EM FARMÁCIA EM ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
formas de inserção e participação

Rio de Janeiro

2015

Lásaro Linhares Stephanelli

TÉCNICOS EM FARMÁCIA EM ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
formas de inserção e participação

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Dr^a. Arlinda Barbosa Moreno

Rio de Janeiro

2015

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

S827t Stephanelli, Lásaro Linhares
 Técnicos em farmácia em atividades de
 assistência farmacêutica na atenção básica à
 saúde do Sistema Único de Saúde: formas de
 inserção e participação / Lásaro Linhares
 Stephanelli. - Rio de Janeiro, 2015.
 94 f.

Orientadora: Arlinda Barbosa Moreno

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
2015.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Pessoal Técnico em
Saúde. 3. Atenção Básica em Saúde. 4. Sistema Único
de Saúde. I. Moreno, Arlinda Barbosa. II. Título.

CDD 362.1782

Lásaro Linhares Stephanelli

TÉCNICOS EM FARMÁCIA EM ATIVIDADES DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE:
formas de inserção e participação

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovado em 03/05/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a. Arlinda Barbosa Moreno – EPSJV/FIOCRUZ

Prof. Dr. Gustavo Corrêa Matta – EPSJV/FIOCRUZ

Prof^a Dr^a. Selma Rodrigues de Castilho – UFF

Dedico este trabalho à mulher que foi a fonte de minha inspiração desde a infância e quem me ensinou coisas que não se aprendem em livros, minha avó Maria Teixeira Stephanelli (in memoriam). A minha Mãe, Maria Emília Linhares Stephanelli, a mulher que sempre me fez acreditar na realização dos meus sonhos, e que sempre trabalhou muito para eu pudesse realiza-los, mantendo-se ao meu lado mesmo quando não entendia os meus propósitos e as minhas escolhas nesta vida. A minhas irmãs Tatiana e Vanderleia carinho, respeito e incentivo e por me permitirem a felicidade de ser tio de sobrinhos tão amados: Wervelyn, Amanda, Arthur e Isabelle.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter sido minha força motriz, me fazendo crer em todo tempo que seria possível.

À minha grande amiga e mãe por seu exemplo de determinação e força, pelo apoio incondicional em cada etapa da minha vida. Como é grande meu amor por você...

Ao meu padrasto Álvaro Luís Burgos pela ajuda e apoio de sempre.

À minha família e amigos pela compreensão dispensada nas minhas ausências, sempre justificadas pela seguinte frase “Preciso me dedicar ao mestrado...”. E por todo apoio nas minhas “idas” e “vindas” do trecho Teresópolis x Rio Janeiro, vocês foram fundamentais!

Agradeço a Tadir pela amizade, companheirismo, incentivo e apoio constante.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Arlinda Barbosa Moreno, quem prontamente aceitou enfrentar comigo este desafio, conduzindo-me com dedicação, cuidado e responsabilidade em todas as etapas deste trabalho. A sua sabedoria, a postura firme e seu notório saber foram eixos centrais e motivadores para a realização deste trabalho. Agradeço todo o incentivo e orientação que foram concedidos, pois graças a estes momentos, sei um pouco mais sobre Educação, Política e Saúde, mas, sobretudo, que ainda há muito por aprender.

Agradeço à coordenação e aos professores da pós-graduação pela dedicação com que zelam pela formação de seus mestrandos.

Agradeço à Micheli Abreu, da secretaria da pós-graduação da EPSJV, pelo carinho, cuidado e zelo com que administra seu posto de trabalho e a nossa vida acadêmica.

Agradeço a Márcio Candeias Marques, estatístico do Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (LATEPS), que gentilmente auxiliou-me com os dados do BEPSAÚDE para análise do meu objeto de estudo.

Agradeço aos meus companheiros e colegas de trabalho do Laboratório de Vigilância em Saúde (LAVSA) pelo acolhimento, incentivo e por compartilharem todas as dores e alegrias desta trajetória.

Agradeço a Prof. Antônio Carlos Carreira Freitas e Aluizio Antônio Santa Helena, por acreditarem em meu potencial e por terem me inserido na profissão de professor da Educação Superior em Farmácia.

Agradeço a toda Equipe de Trabalhadores da EPSJV que cuidam e zelam pela organização e manutenção deste espaço.

Muito Obrigado!

RESUMO

Este estudo tem por objetivo identificar formas de inserção dos técnicos de nível médio em farmácia nos serviços de Assistência Farmacêutica (AF) na Atenção Básica à Saúde (ABS) do Sistema de Único de Saúde (SUS). Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica e uma análise documental, além de um mapeamento dos cursos técnicos em farmácia, utilizando-se dados disponíveis no Banco de Dados do Observatório dos Técnicos em Saúde (BEP SAÚDE), da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz). Neste sentido, foram analisados documentos e fontes ligados ao tema da pesquisa, abordando o SUS, a ABS, as Políticas Farmacêuticas no Brasil e a Educação Profissional em Saúde no Brasil com ênfase na formação dos profissionais em farmácia de nível médio. Visando facilitar o estabelecimento de um diálogo entre os documentos elencados para a pesquisa, inicialmente, estes foram organizados em três segmentos distintos: saúde, educação e regulamentação das práticas farmacêuticas. O mapeamento por meio do BEP SAÚDE, apontou: expressiva evasão, a partir do número de matriculados e de concluintes nos cursos técnicos em farmácia; e que o número de concluintes (técnicos em farmácia) pode ser considerado ainda pequeno quando comparado ao número de farmacêuticos inscritos nos conselhos de farmácia. Diante de uma possível ampliação da ABS na incorporação de técnicos em farmácia, sugere-se um maior incentivo para que, preferencialmente, as instituições públicas de ensino, além das privadas, realizem tais cursos, considerando-se que os técnicos de nível médio em farmácia apresentam em seu perfil de formação habilidades e competências condizentes com inúmeras demandas do serviço de AF da ABS do SUS.

Palavras-Chave: Assistência Farmacêutica. Técnicos de Nível Médio em Farmácia. Atenção Básica à Saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

This study aims to identify ways of insertion of intermediate level technicians in pharmacy in pharmaceutical assistance activities (PA) in Primary Health Care (PHC) of the Unified Health System (SUS, acronym in Portuguese). For this, a literature review and documental analysis was performed, and a mapping of intermediate technical courses in pharmacy, using data available in the Observatory Database of Health Technicians (BEPSAÚDE, acronym in Portuguese), from the Polytechnic School of Health Joaquim Venâncio, Oswaldo Cruz Foundation (EPSJV/Fiocruz). In this sense, documents and sources related to the subject of the research were analyzed, addressing the SUS, the PHC, the Pharmaceutical Policies in Brazil and the Health Professional Education in Brazil with emphasis on training of professionals in intermediate level in pharmacy. To facilitate the relation among selected documents for research, initially, these were organized into three distinct segments: health, education and regulation of pharmaceutical practice. The mapping through BEPSAÚDE, points: a significant evasion, from the number of enrolled and graduating in intermediate technical courses in pharmacy; and that the number of graduates (intermediate technicians in pharmacy) can be considered still small compared to the number of registered pharmacists in regional board of pharmacy. Once there is a possible expansion of PHC in the incorporation of intermediate level technicians in pharmacy, it is suggested a greater incentive for that, preferably, public educational institutions, in addition to private, offer such courses, considering that the intermediate level technicians in pharmacy have training for skills and competencies consistent with numerous demands of the PA service of PHC in the SUS.

Keywords: Pharmaceutical Assistance. Intermediate Level Technicians in Pharmacy. Primary Health Care. Health System.

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica à Saúde
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
AF – Assistência Farmacêutica
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS – Atenção Primária em Saúde
BEPSAÚDE – Observatório dos Técnicos em Saúde
BVS – Biblioteca Virtual da Saúde
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBO – Classificação Brasileira de Ocupações
CEME – Central de Medicamentos
CF – Constituição Federal
CFF – Conselho Federal de Farmácia
CNCT – Catálogo Nacional de Cursos Técnicos
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais
DF – Distrito Federal
ENEFAR – Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia
EPSJV – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESF – Estratégia Saúde da Família
FENAFAR – Federação Nacional dos Estudantes
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz
GEIFAR – Grupo Executivo da Indústria Químico-Farmacêutico
I CNMAF – I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
INAMPS – Instituto nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INEP – Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos Anísio Teixeira
LATEPS – Laboratório de Trabalho e Educação em Saúde
LAVSA – Laboratório de Vigilância em Saúde
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LILACS – Americana e Caribenha em Saúde
MEC – Ministério da Educação e Cultura

MPAS – Ministério de Previdência e Assistência Social
MS – Ministério da Saúde
MTE – Ministério do Trabalho e Emprego
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB SUS – Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPS – Organização Pan-Americana de Saúde
OS – Organização Social
PAB – Piso de Atenção Variável
PACs – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica
PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM – Política Nacional de Medicamentos
PNPIC – Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PSF – Programa Saúde da Família
QUALIFAR-SUS – Programas Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RDC – Resolução da Diretoria Colegiada
REBLAS – Rede Laboratórios Analítico-Certificadores em Saúde
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SBRAFH – Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços Farmacêuticos
SciELO – Scientific Electronic Library
SUNAB – Superintendência Nacional do Abastecimento
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNICEF – Fundo Nacional de Nações Unidas para Infância

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1 – Documentos Correlacionados à Profissionalização em Farmácia: Saúde, Educação e Prática Farmacêutica no Brasil. 20
- Gráfico 1 – Número de Matriculados nos Cursos Técnicos em Farmácia (2001-2013), Brasil.80
- Gráfico 2 – Número de Concluintes dos Cursos Técnicos em Farmácia (2001-2006), Brasil. 81

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 ASPECTOS METODOLÓGICOS	13
1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	14
1.2 ANÁLISE DOCUMENTAL	14
1.3 BANCO DE DADOS DO OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE (BEPSAÚDE)	21
2 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL	23
2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)	24
2.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL.....	28
3 AS POLÍTICAS FARMACÊUTICAS NO BRASIL	33
3.1 O DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS FARMACÊUTICAS NO BRASIL.....	33
3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS NO BRASIL (PNM).....	38
3.3 AS POLÍTICAS FARMACÊUTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO SUS.....	42
4. EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE	56
4.1 A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL.....	56
4.2 A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM FARMÁCIA DE NÍVEL MÉDIO: TRAJETÓRIA E ASPECTOS CONTRADITÓRIOS	59
5 INSERÇÃO DA FARMÁCIA NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	72
5.1 POSSIBILIDADES DE INSERÇÃO A PARTIR DOS DOCUMENTOS NORMATIVOS	72
5.2 MAPEAMENTO DOS TÉCNICOS EM FARMÁCIA (BEPSAÚDE)	79
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
REFERÊNCIAS	85

APRESENTAÇÃO

A inspiração para este trabalho surgiu da experiência do autor como farmacêutico, instrutor e coordenador de um curso técnico em farmácia e como professor da graduação em farmácia. Tais experiências favoreceram os questionamentos sobre as diferenças entre os perfis de formação dos profissionais de farmácia, ou seja, quais os limites de atuação dos profissionais em farmácia de nível médio e dos profissionais de farmácia de nível superior.

Neste sentido, houve a necessidade, por parte do autor, de historicizar a formação dos profissionais em farmácia de nível médio. Nesta perspectiva, foi necessária a apropriação de questões referentes aos profissionais de nível superior, pois através do processo regulamentação desta profissão, ocorreram desdobramentos negativos e positivos para os técnicos de nível médio em farmácia.

Um aspecto que despertou a atenção do autor foi o fato de existir um grande quantitativo de alunos na formação e qualificação dos técnicos em farmácia, somado ao fato de o Conselho Federal de Farmácia não reconhecer e não registrar este profissional. A situação torna-se ainda mais complexa, quando o Ministério da Educação e Cultura (MEC) regulamenta a execução destes cursos, que constam inclusive no Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT). Outro aspecto que gera questionamentos é o fato de Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) apresentar na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) a ocupação “técnico em farmácia”, reconhecendo, assim, este profissional.

Além disso, o desenvolvimento das políticas farmacêuticas desencadeou uma série de serviços farmacêuticos, inclusive no âmbito das atividades do Ciclo da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde, o que demandou a necessidade de profissionais de farmácia e poderá viabilizar a inserção dos técnicos em farmácia no SUS, devido às várias interfaces deste serviço assistencial, que de acordo com o CNCT do (MEC) e com a CBO do MTE, possui competências e habilidades para atuar nos serviços farmacêuticos da Assistência Farmacêutica (AF) da Atenção Básica à Saúde (ABS) do SUS.

Diante deste cenário, esta dissertação, aponta para questões ligadas às formas de inserção dos técnicos em farmácia como mais uma categoria profissional que pode auxiliar os farmacêuticos na crescente demanda dos diversos serviços farmacêuticos do SUS.

O primeiro capítulo descreve os aspectos metodológicos adotados pelo autor, bem como os desdobramentos a partir do método adotado, que se caracteriza por uma revisão bibliográfica, análise documental e mapeamento dos técnicos de farmácia por meio do Banco de Dados do Observatório dos Técnicos em Saúde (BEP SAÚDE). A revisão bibliográfica e a

análise documental viabilizaram uma articulação entre os segmentos da **Saúde, Educação e Órgãos de Regulamentação da Prática Farmacêutica**. Tais documentos foram analisados e quando possível foram contextualizados com o tema proposto. Além disso, foi criado um quadro com os temas descritos acima, para facilitar o entendimento sobre o desenvolvimento e institucionalização dos profissionais de farmácia.

O segundo capítulo aborda aspectos referentes ao Sistema de Saúde no Brasil, ao Sistema Único de Saúde (SUS), e Atenção Básica à Saúde (ABS) no Brasil. Este capítulo articula marcos históricos fundamentais para compreensão do desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, como: VIII Conferência Nacional de Saúde Reforma Sanitária, Constituição Federal de 1988. No que tange ao SUS, foi abordado o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), a Lei nº 8.080/1990, a Lei nº 8.142/1990, entre outros. No que se refere à ABS abordou-se a Declaração de Alma-Ata, o Programa Saúde da Família (PSF), a NOB SUS 01/1996, o PAB, a ESF por meio, entre outras políticas, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

O terceiro trata do Desenvolvimento das Políticas Farmacêuticas no Brasil a partir da criação do Grupo Executivo da Indústria Químico-Farmacêutica (GEIFAR) e posteriormente da Central de Medicamentos (CEME), bem como os desdobramentos que viabilizaram a instituição da PNM que foi complementada pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), dando destaque as etapas do Ciclo da AF e posteriormente ao desenvolvimento das Políticas Farmacêuticas na ABS do SUS.

O quarto capítulo desta dissertação, visa ampliar e aprofundar a compreensão acerca da formação dos trabalhadores em saúde, que envolve aspectos sociais, econômicos e culturais. Assim, este capítulo aborda aspectos sobre a formação de recursos humanos em saúde, iniciada entre as décadas de 1960 a 1980, com o objetivo de capacitar os profissionais técnicos para o setor da saúde e, posteriormente, de maneira mais específica para o SUS. Este capítulo foi elaborado a partir da articulação de vários documentos como: a Lei nº 4.0424/1961, a Lei nº 5.692/1971, o Projeto Larga Escala, a Lei nº 9.394/96, a Portaria nº 870/08, dados do Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos Anísio Teixeira (INEP) do MEC entre outros. Com este pano fundo, se discorrerá ainda neste capítulo, sobre a trajetória dos técnicos de nível em farmácia perpassando por questões como: o desenvolvimento das artes farmacêuticas no Brasil colônia, o ensinamento do “mestre” para o “aprendiz”, o processo de “formação” dos boticários, a emissão do título **Régio da Carta de Farmácia de Boticário**, a Reforma do Ensino Médico, a criação dos Conselhos de Farmácia pela Lei nº 3.820/1960, os aspectos ligados ao **Milagre Econômico** ocorridos nos anos 1970, a criação e estruturação

curricular dos profissionais de nível médio em farmácia, o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos previsto na Lei nº 5.991/1973, o Parecer 5.210/1978, o CNCT, a CBO das profissões em farmácia dentre outros.

No quinto capítulo, são apresentadas questões relacionadas à inserção da farmácia na AF da ABS no SUS, evidenciando aspectos que demandam profissionais de farmácia, levando em consideração as especificidades em torno do medicamento e do uso racional de medicamentos. Neste contexto, este capítulo contextualiza e discute dados da saúde e da educação em torno da prática farmacêutica e dos profissionais em farmácia. Para isso, apresenta ainda um mapeamento da Educação Profissional Técnica em Nível Médio em Farmácia, a partir de dados do BEPSAÚDE.

Por todo o exposto, dada a complexidade das práticas e atividades farmacêuticas no contexto brasileiro, este trabalho tem como objetivo identificar formas de inserção e participação dos técnicos de nível médio em farmácia nos serviços da AF na ABS do SUS, buscando analisar como este profissional pode ser inserido de forma mais efetiva nas atividades deste serviço assistencial. Neste sentido, foram realizadas comparações quanto às atribuições dos profissionais em farmácia de nível médio e de nível superior, verificando em que medida os técnicos de nível médio em farmácia podem contribuir para as atividades laborais dos serviços farmacêuticos, apontando ainda para necessidade de fomento da qualificação profissional em farmácia para atender aos dispositivos legais e à crescente demanda dos serviços de atenção à saúde do SUS.

1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo delineada a partir de uma revisão bibliográfica e de uma análise documental.

Segundo Minayo (2013), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

Este conjunto de fenômenos humanos é entendido aqui como parte da realidade social, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que fazer e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes” (MINAYO, 2013, p. 21).

Neste contexto, a pesquisa qualitativa se divide em três etapas: a fase exploratória, o trabalho de campo e a análise e tratamento do material empírico e documental (MINAYO, 2013).

A fase exploratória da pesquisa pode ser considerada uma parte fundamental, pois compreende várias fases da construção de uma trajetória de investigação que, segundo Minayo (2004, p. 89), “compreende a etapa de escolha do tópico de investigação, de delimitação do problema, da definição do objeto e dos objetivos, de construção de um marco teórico conceitual, dos instrumentos de coleta de dados[...]”.

O tratamento do material empírico e documental visa permitir uma compreensão sobre o objeto a ser analisado, de forma a facilitar a correlação de ideais frente aos documentos encontrados, aprofundando as discussões sobre o tema. Esta fase da pesquisa qualitativa é definida como “[...] a descoberta de seus códigos sociais, a partir das falas, símbolos e observações. A busca da compreensão e da interpretação à luz da teoria aporta uma contribuição singular e contextualizada do pesquisador” (MINAYO, 2013, p. 27).

A escolha por este método se deu pela necessidade de analisar a trajetória dos técnicos de nível médio em farmácia, uma vez que existem poucos estudos que abordem discussões sobre este tema. Além disso, as informações sobre o início das atividades, a formação, a regulamentação e a atuação destes profissionais não se encontram conciliadas no que diz respeito ao segmento da saúde, da educação e de regularização da prática farmacêutica. A maior parte da literatura pesquisada apresentou informações apenas sobre os profissionais em farmácia de nível superior, fato que legitima a necessidade deste estudo sobre o processo de inserção dos profissionais em farmácia de nível médio no Brasil na ABS do SUS.

1.1 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A revisão bibliográfica viabilizou a compreensão sobre as diversas interfaces do contexto social, cultural e econômico envolvendo os profissionais em farmácia de nível médio, o que possibilitou uma a compreensão de questões materializadas atualmente no que tange à atuação e inserção desta categoria profissional na ABS. Durante a realização da revisão bibliográfica, foram realizadas leituras ligadas ao objeto de estudo desta dissertação em livros, dissertações de mestrado, teses de doutorado, artigos científicos em meio virtual e impressos. Foram realizados, ainda, acessos a sites da internet como os do Conselho Federal de Farmácia (CFF) e seus conselhos regionais, Associação Brasileira de Farmacêuticos (ABF), Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia (ENEFAR), Ministério da Educação (MEC), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Ministério da Saúde (MS), (MTE), entre outros.

Para criar um pano de fundo e construir um referencial teórico-metodológico para subsidiar as discussões em torno da formação dos profissionais em farmácia, fez-se necessário consultar obras de autores que discutissem a trajetória do segmento farmacêutico, o processo de formação e atuação destes profissionais de farmácia e de áreas como as de políticas de saúde, saúde pública, aspectos curriculares e da educação profissional em saúde. As revistas e periódicos em meio digital foram selecionados, preferencialmente, em sítios de tradição científica como a Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), *Scientific Eletronic Library* (SciELO), a Literatura Latino Americana e Caribenha em Saúde (LILACS), o portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), o acervo digital da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ) além de outros acervos digitais de instituições públicas.

1.2 ANÁLISE DOCUMENTAL

Após a realização do levantamento bibliográfico, deu-se o levantamento documental tendo como foco assuntos inerentes ao contexto histórico da institucionalização dos profissionais em farmácia no Brasil abordando questões sobre as práticas, ensino, qualificação e profissionalização. Levantou-se, ainda, documentos acerca da atuação e inserção dos profissionais em farmácia no SUS, no serviço de assistência farmacêutica, com ênfase na atenção básica à saúde. Foi necessário, também, lançar mão das diretrizes curriculares dos cursos de nível médio em farmácia para delinear as atividades dos técnicos em farmácia no campo atenção básica à saúde bem como outros documentos pertinentes à Educação

Profissional em Saúde. Tais temas viabilizaram a compreensão das questões conflituosas que atualmente envolvem a atuação e a inserção dos técnicos de nível médio em farmácia, principalmente, quanto ao não registro destes profissionais no que seria o seu conselho de classe, o Conselho Federal de Farmácia.

Numa primeira etapa, o objetivo foi encontrar documentos e fontes ligadas aos objetivos da pesquisa. Não houve, nesta fase, uma preocupação direta com a análise.

Assim, deu-se uma primeira organização do material coletado, fazendo uma abordagem analítica, visando estabelecer um “diálogo” dos documentos elencados com os objetivos da pesquisa. Desta forma, os documentos foram organizados em três segmentos: **segmento da saúde, segmento da educação e segmento de regulação da prática farmacêutica.**

De forma a organizar o material pesquisado, foi adotado o método de fichamento para o tratamento inicial dos documentos, o que viabilizou a extração de dados e informações, correspondentes com os objetivos propostos nesta dissertação. Desta forma, os documentos coletados foram organizados da seguinte maneira: o número do documento, a data em que foi publicado e pela relação documento com a pesquisa (ECO, 2007).

Durante o fichamento e organização dos dados, verificou-se que uma ordenação cronológica não seria a melhor opção para a análise dos documentos. Desta forma optou-se por correlacioná-los independentemente da cronologia, identificando como estes documentos se correspondem, em que contexto foram criados e quais impactos tiveram para a o modificação (ou não) do cenário farmacêutico na AF da ABS do SUS e, em, particular, no que tange à inserção dos técnicos de farmácia de nível médio.

As ações realizadas para o fichamento dos documentos deste estudo resultaram na elaboração de um quadro, que, em alguma medida, constituiu uma espécie de base de dados, que possibilitou correlacioná-los, facilitando assim a contextualização destes documentos com os objetivos desta dissertação. Os documentos foram organizados conforme no quadro 1.

TEMAS	CARACTERIZAÇÃO DO DOCUMENTO	RELEVÂNCIA DOS CONCEITOS PARA OS TEMAS DE ANÁLISE
SEGMENTO DA SAÚDE		
Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos.	Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências	Esta lei foi selecionada, pois além de tratar de aspectos relacionados ao comércio de produtos farmacêuticos, apresenta ainda questões relacionadas às atividades dos práticos e oficiais em farmácia, possibilitando, ainda a atuação dos provisionados em farmácia.
Criação do SUS (Lei Orgânica da Saúde)	Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.	Trata de aspectos relacionados à criação e institucionalização do SUS e seus princípios de universalidade, equidade e integralidade. Trata ainda de objetivos e atribuições relacionados à assistência a saúde das pessoas nos níveis primário, secundário e terciário através da promoção, proteção e recuperação da saúde. Entre outras ações, aborda a questão da assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica no fornecimento de medicamentos e esta prevê a formação de recursos humanos necessários para a organização e operacionalização do SUS.
Lei Orgânica da Saúde que complementa a Lei 8.080/90.	Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.	Trata de questões inerentes à participação da comunidade e transferência de recursos entre as esferas do governo para a execução das ações previstas na Lei 8.080/90, no que diz respeito aos investimentos na rede de serviços como a assistência ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de atenção, e dentre estas atividades, estão subentendidas a aquisição de medicamentos e produtos farmacêuticos
Política Nacional de Atenção Básica - PNAB.	Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).	Esta portaria foi selecionada porque dentre as ações propostas para o melhor desenvolvimento da atenção básica tem-se, a dispensação de medicamentos para programas para o tratamento de doenças como a hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabete mellitus entre outros.
Regulamentação para o Financiamento e Transferência para as Ações e Serviços de Saúde.	Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.	Este documento foi elencado pois definiu o Bloco de atenção básica constituído pelo PAB Fixo e PAB Variável, direcionando recursos para ações estratégicas na Atenção Básica à Saúde (Saúde da Família, Agentes Comunitários em Saúde, Saúde Bucal etc.).
Criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF	Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF.	Este documento foi selecionado pelo fato de incluir oficialmente o farmacêutico na Estratégia de Saúde da Família.
Descrição de Critérios para o Acesso Universal e Igualitário à AF do SUS.	Decreto nº 7.508, de 28 de junho, de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências.	Este documento foi selecionado, pois definiu critérios para o atendimento de usuários em unidades de saúde interfederativas, apresentando ainda a definição de Região de Saúde como um <i>espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes</i>

		<i>compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde</i>
SEGMENTO DA EDUCAÇÃO		
Reforma do Ensino Médico	Carta Régia, 03 de outubro de 1832. Dá nova organização às Academias Medicocirúrgicas das cidades do Rio de Janeiro e Bahia.	Este documento foi selecionado, pois representou um marco para o início da organização e padronização das atividades dos auxiliares/aprendizes a boticário, favorecendo a criação da Faculdade de Medicina e de Farmácia do Rio de Janeiro e Bahia.
Lei de Diretrizes e Bases da Educação - LDB/1971.	Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º grau e dá outras providências.	Esta lei foi elencada, pois instituiu a educação profissional como compulsória, voltada para uma habilitação profissional em um mesmo currículo. Em alguma medida, a LDB/1971 propiciou o desenvolvimento de cursos técnicos na área da saúde, incluindo o curso de Técnico em Farmácia.
Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB/1996.	Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.	Esta lei foi selecionada pois estabeleceu uma nova organização da educação nacional com desdobramentos na educação infantil, no ensino fundamental, no ensino médio, na educação profissional de nível médio, na educação de jovens e adultos e na educação superior.
Diretrizes Curriculares da Graduação em Farmácia.	Resolução nº 02, de 19 de fevereiro de 2002. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia.	Elencada pois apresenta a descrição das competências e habilidades necessárias a um profissional de farmácia de nível superior.
Alteração de carga horária mínima para o Curso de Graduação em Farmácia.	Resolução nº 04/2009, de 06 de abril de 2009. Dispõe sobre a carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial.	Esta Resolução foi elencada porque modificou a carga horária do curso de graduação para 4.000 horas.
SEGMENTO DA REGULAMENTAÇÃO DA PRÁTICA FARMACÊUTICA		
Criação dos Conselhos de Farmácia.	Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960. Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Farmácia e dá outras providências.	Este documento foi selecionado, pois criou os Conselhos de Farmácia estabelecendo critérios sobre como os profissionais poderiam se inscrever e obter registro nos Conselhos.
Indústria Química Farmacêutica.	Decreto nº 52.471, de 13 de setembro de 1963. Estabelece normas para o desenvolvimento da Indústria químico-farmacêutica nacional, e institui o Grupo Executivo da Indústria Químico-Farmacêutica - Geifar e dá outras providências.	Este documento foi selecionado pois representa um marco para o início das políticas públicas de medicamentos e do processo de industrialização e comercialização de medicamentos e produtos farmacêuticos.
Criação da primeira lista da Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos para uso Farmacêutico Humano e Veterinário.	Decreto nº 53.612, de 26 de fevereiro de 1964. Aprova relação de medicamentos essenciais para os fins previstos no Decreto nº 52.471/1963 e dispõe sobre a aquisição de medicamentos pela Administração Pública Federal.	Este documento foi elencado pois cria uma relação de medicamentos de caráter básico e prioritário para o tratamento de doenças.
Criação da Relação Nacional de	Portaria MPAS nº 233/75. Aprovou a	Esta portaria foi elencada pois a partir de

Medicamentos Essenciais (RENAME)	criação da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).	sua publicação a RENAME passou a ser também uma estratégia para aquisição de medicamentos nas unidades de saúde.
Instituição da Habilitação de Auxiliar em Farmácia.	Parecer nº 5.210, de 31 de agosto de 1978 do Conselho Federal de Educação.	Este documento foi selecionado porque representa o reconhecimento de profissionais de farmácia com outro nível de formação, além dos profissionais de nível superior em farmácia.
Assistência Farmacêutica (AF) em farmácias e drogarias.	Resolução nº 308, de 02 de maio de 1997. Dispõe sobre a Assistência Farmacêutica em farmácias e drogarias.	Este documento foi elencado porque estabeleceu as atribuições dos profissionais farmacêuticos na AF considerando a privatividade da profissão para a responsabilidade técnica das farmácias e drogarias.
Criação da Central de Medicamentos (CEME)	Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971. Instituiu a Central de Medicamentos (CEME).	Este documento foi elencado pois teve como objetivo organizar a aquisição e distribuição de medicamentos no país.
Política Nacional de Medicamentos (PNM)	Portaria nº 3.916, de 03 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.	Esta portaria foi elencada pois trata da promoção do uso racional e acesso da população aos medicamentos ditos essenciais. E por fortalecer as diretrizes e princípios do SUS no que diz respeito à implementação desta política e das responsabilidades dos gestores de cada esfera do governo.
Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA	Lei nº 9.982, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dá outras providências.	Esta lei foi selecionada, pois instituiu a Política Nacional de Vigilância Sanitária na produção e comercialização de medicamentos.
Medicamento Genérico	Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências.	Esta lei foi selecionada, pois representa um marco considerável para a PNM, uma vez que estabelece critérios para a produção e controle de qualidade dos medicamentos genéricos e ainda trata de questões referentes à dispensação dos medicamentos genéricos através de serviços farmacêuticos públicos e privados, conforme a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME).
Boas Práticas em Farmácia.	Resolução nº 357, de 20 de abril de 2001. Aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia.	Este documento aprova o regulamento técnico das Boas Práticas para os profissionais em farmácia e representa um instrumento de impacto para fomentar a AF através das ações de atenção farmacêutica.
Política Nacional de Assistência Farmacêutica - PNAF	Resolução nº 388, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.	Esta foi elencada, pois complementa a Portaria nº 3.916/1998 no que diz respeito à PNM, mais especificamente nas questões de desenvolvimento de políticas setoriais de medicamentos, formação de recursos humanos e ações inerentes à AF, almejando a integralidade das ações envolvendo o acesso a medicamentos.
Criação do Programa Farmácia Popular	Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento e dá outras providências.	Esta lei foi elencada pois ela viabilizou o acesso a produtos básicos e essenciais à saúde, pela população.

Criação da “Farmácia Popular”	Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil" e dá outras providências.	Este decreto foi elencado pois instituiu um novo modelo de práticas gerenciais, adotando um modelo público privado.
Criação da Política de Atenção Oncológica	Portaria nº 2.439/GM, de 08 de dezembro, de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.	Este documento foi elencado pois amplia as atividades de AF para o fornecimento de medicamentos para pacientes oncológicos, instituindo para isso educação permanente e capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção, considerando o enfoque estratégico da promoção e envolvendo todos os profissionais de nível superior e os de nível técnico, de acordo com as diretrizes do SUS.
Criação da Política Nacional de Plantas Mediciniais Fitoterápicos	Decreto nº 5.813, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e dá outras providências.	Este documento foi selecionado pelo fato de incentivar e fomentar estudos sobre plantas medicinais e fitoterápicos, abordando educação em saúde, organização, gestão e desenvolvimento da assistência farmacêutica.
Publicação do Documento <i>Planejar é Preciso: uma proposta para de método para aplicação à assistência farmacêutica.</i>	O Ministério da Saúde, publicou em 2006 um documento intitulado: <i>Planejar é Preciso: uma proposta para de método para aplicação à assistência farmacêutica.</i> Uma espécie de ferramenta para um melhor desenvolvimento das atividades da AF no SUS.	Este documento foi elencado pelo fato de ter como proposta fornecer apoio aos gestores estaduais e municipais no planejamento dos serviços de AF do SUS.
Criação do Pacto pela Vida em defesa do SUS e Gestão.	Portaria nº 399, de 22 de fevereiro 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.	Esta portaria foi selecionada pois abordou ações de AF para: a saúde do idoso, o câncer de colo de útero e de mama, a mortalidade infantil e materna, doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; e ainda, a promoção da saúde e atenção à saúde. E por nortear as atividades de gestão do SUS.
Criação de Blocos de Financiamento para repasse dos recursos federais sobre o custeio de ações e serviços de saúde.	Portaria nº 698/GM, de 30 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.	Este documento foi selecionado pois estabeleceu os componentes da AF em Básico, Estratégico, Medicamentos de Dispensação Excepcional e Componente de Organização da Assistência Farmacêutica.
Criação do Documento Aquisição de Medicamentos para Assistência Farmacêutica do SUS.	O Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde, publicou em 2006 um documento intitulado “Aquisição de Medicamentos para Assistência Farmacêutica do SUS”	Este documento foi elencado por conter técnicas e didáticas para auxiliar os gestores na organização e gestão da AF no SUS.
Criação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares - PNPIC	Portaria GM/MS nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde.	Este documento foi elencado por introduzir práticas integrativas como a Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura, Medicina Antroposófica, Termalismo, Plantas Mediciniais e Fitoterapia e Homeopatia no SUS.
Distribuição Gratuita de Medicamentos e Materiais para Diabéticos.	Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos.	Este documento foi elencado pois instituiu ações educativas para administração correta de medicamentos e de insulina, ampliando demanda de atividades dos serviços farmacêuticos na AF do SUS.
Criação de Normas para Execução e	Portaria nº 2.982, de 26 de novembro de	Este documento foi elencado pois definiu

Financiamento da AF na ABS do SUS.	2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.	quais os tipos de medicamentos deveriam ser adquiridos em cada esfera de gestão do SUS.
Criação de Diretrizes e Estratégias para os Serviços de Farmácia em âmbito Hospitalar.	Portaria nº 4.283 de 30 de dezembro de 2010. Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais.	Este documento foi elencado por ter sido fruto das discussões de diversas instituições ligadas às atividade de AF como: Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços Farmacêuticos (SBRAFH), Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), além de instituições ligadas ao SUS como MS, CONASS, CONASEMS, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Confederação Nacional de Saúde (CNS).
Aprovação de Normas e Financiamentos para AF no SUS.	Portaria MS/GM nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.	Este documento foi selecionado pelo fato de destinar uma porcentagem dos recursos anuais do Componente Básico da AF para a qualificação dos recursos humanos dos profissionais da Atenção Básica à Saúde do SUS. E mesmo sendo revogada em 2013 pela Portaria GM/MS nº 1.555/13, o repasse do recurso não foi aletrado.
Criação do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS (QUALIFAR-SUS).	Portaria MS/GM nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Regulamenta a transferência de recursos destinados ao Eixo Estrutura do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).	Este documento foi selecionado por aprimorar as ações e serviços da AF de forma contínua, integral e humanizada para os usuários do SUS.

Quadro 1 – Documentos Correlacionados à Profissionalização em Farmácia: Saúde, Educação e Prática Farmacêutica no Brasil.

Fonte: O autor, 2015.

A escolha por uma análise documental justifica-se pelo caráter legal e estável dos dados constantes dos documentos analisados, o que complementa as questões em torno da revisão bibliográfica, principalmente no que diz respeito à natureza e cronologia do objeto de estudo (GIL, 2002).

A análise documental realizada nesta pesquisa proporcionou o delineamento de marcos legais da institucionalização dos profissionais em farmácia no Brasil, onde foram elencadas leis, decretos, resoluções, portarias, etc. A análise documental foi realizada com base também no trabalho de Rezende e Batista (2011), que é uma abordagem para análise de políticas que visa compreender como elas são formuladas e como são implementadas em diferentes contextos como: **contexto de influência, contexto de produção do texto, contexto da prática, contexto dos resultados/efeitos e contexto de estratégia política**. Vale ressaltar, que os conceitos trabalhados por Rezende e Baptista (2011) foram, quando possível, aplicados para a interpretação dos documentos referentes ao desenvolvimento das políticas farmacêuticas e da regulamentação dos profissionais de farmácia no Brasil.

1.3 BANCO DE DADOS DO OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE (BEPSAÚDE)

No intuito de mapear a inserção dos técnicos em farmácia em nível médio, utilizou-se o banco de dados do Observatório dos Técnicos em Saúde (BEPSAÚDE) da EPSJV/FIOCRUZ que está vinculado ao Laboratório de Trabalho e Educação Profissional em Saúde (LATEPS).

O BEPSAÚDE é uma ferramenta construída com o objetivo de disponibilizar a diferentes usuários - estudantes, professores, pesquisadores e gestores - informações relativas à Educação Profissional em Saúde de forma clara, sucinta e de acordo com as suas necessidades. A nossa perspectiva é que a organização e democratização do acesso a estas informações contribua para subsidiar a definição de políticas de educação profissional técnica e tecnológica em saúde, tendo em vista as necessidades de desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE, 2008).

Este banco de dados foi criado e construído com recursos oriundos do Ministério da Saúde em parceria com a Rede de Observatórios de Recursos Humanos em Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), o que confere autenticidade às informações disponibilizadas. Além disso, a escolha por este banco de dados configurou-se pela proximidade das linhas de pesquisa desenvolvidas por este observatório com o objeto desta pesquisa, tais como: Concepções e Práticas na Formação dos Trabalhadores da Saúde e Políticas Públicas, Planejamento e Gestão da Saúde e da Educação. O BEPSAÚDE está organizado em dois subconjuntos: técnico e tecnológico. Inicialmente os estudos priorizavam dados sobre a formação de técnicos em nível médio nas diversas subáreas da formação em saúde, para isso utilizava-se as informações oriundas do Censo Escolar. Posteriormente, tais estudos foram ampliados para a formação de tecnólogos em saúde, utilizando para isso os dados e informações do Censo da Educação Superior. Tais censos são realizados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/MEC).

Assim, para realizar o recorte necessário às discussões do objeto de estudo desta dissertação, utilizaram-se as informações inerentes ao BEPSAÚDE TÉCNICO que:

[...] contempla as informações da educação profissional técnica em saúde desde o ano de 2001, quando o INEP incorporou essa modalidade de ensino na sua base de dados [...]. As informações estão organizadas a partir das variáveis disponibilizadas pelo Censo Escolar acerca das instituições formadoras, dos cursos oferecidos e dos alunos matriculados e concluintes. Utilizamos como referências para a definição das subáreas de formação técnica os Referenciais Curriculares Nacionais da Educação Profissional Técnica em Saúde (MEC, 2000), a Resolução n° 287 de 08/10/1998 do Conselho Nacional de Saúde, assim como optamos por agregar outras subáreas, que

mesmo não sendo contempladas nos documentos mencionados, são tradicionalmente oferecidas pelo setor ou representam novos nichos do mercado de trabalho em saúde (OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE, 2008).

A articulação entre a revisão bibliográfica, análise documental e a exploração dos dados do BEPSAÚDE propiciou a contextualização e a discussão do objeto deste trabalho, principalmente no que constituiu a sua questão central, que trata da inserção, mapeamento e análise das atividades inerentes ao profissional de farmácia em nível médio na ABS do SUS, considerando os aspectos sociais, econômicos, políticos e culturais em torno desta categoria profissional. Durante toda a pesquisa, foi mantido o esforço de correlacionar o percurso de formação destes profissionais com aspectos políticos, educacionais e da saúde. Tal exercício viabilizou identificar as formulações, reformulações, convergências e divergências, os avanços e conflitos na dinâmica de formação e qualificação dos profissionais técnicos em farmácia no Brasil.

2 O SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, a saúde é um campo que, ao longo das últimas décadas, vem assumindo um papel de importância nas políticas sociais. Isto porque, seguindo a definição proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), tem sido reconhecida não apenas como a ausência de doença, mas também com uma amplitude que atinge além do aspecto físico, o aspecto mental e fundamentalmente o social. Este reconhecimento de “conceito ampliado de saúde” constitui um complexo de várias interfaces com desdobramentos políticos e econômicos. Nesta perspectiva, o campo da saúde representa um setor de grande interesse científico e tecnológico, pois através dele são gerados bens e serviços (PAIM, 2009).

Os serviços em saúde são fornecidos por instituições como laboratórios de análises, hospitais, clínicas e postos de saúde e os bens são produzidos pelas indústrias de equipamentos, de material médico cirúrgico, de diagnósticos e pelas indústrias farmacêuticas. Assim, a saúde assume uma posição de destaque na economia brasileira (PAIM, 2009).

De forma simplificada, um sistema de saúde é constituído de instituições e empresas (públicas e/ou privadas) e de profissionais e trabalhadores em saúde. Através desta organização são estabelecidos os chamados serviços em saúde: “os serviços de saúde envolvem o exercício legal da medicina e de outras profissões cujo fim explícito é preservar ou restaurar a saúde, individual e coletiva” (PAIM, 2009, p. 15).

A organização dos serviços de saúde, no que diz respeito ao tipo de proteção, pode se dar basicamente de duas formas: universal ou ocupacional (meritocrática), sendo a primeira aquela que provê cobertura a todos com financiamento por meio do repasse de impostos públicos e, a segunda, voltada à cobertura daqueles inseridos no mercado de trabalho e financiada por empregadores, trabalhadores e, de maneira menos frequente, pelo Estado.

No Brasil, temos um sistema de saúde norteado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade. Tais premissas evidenciam os antigos e novos impasses de cunho conflituoso, que envolvem a saúde e os serviços de saúde prestados à sociedade brasileira (PAIM, 2009; PEREIRA; LIMA, 2009).

O sistema público de saúde no Brasil foi influenciado por correntes da saúde pública, da medicina previdenciária e da medicina do trabalho. Tais correntes levantaram questões para o debate na VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) sobre a universalização da prestação de serviços em saúde no país. Este movimento impulsionou a Reforma Sanitária entre 1976 a 1988, pois contou com a participação de diversos e diferentes atores sociais (acadêmicos profissionais da área de saúde, de movimentos populares de saúde, de sindicatos

e pessoas não diretamente vinculados à saúde). Como um dos desdobramentos destes movimentos, surge, em 1988, na Constituição Federal da República (CF) o reconhecimento da saúde como um direito social, conforme seu 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).

Diante do exposto é possível perceber que foram diversos os fatores que contribuíram para o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, este contexto viabilizou o estabelecimento dos seus princípios, objetivos e os diversos aspectos que envolvem desde a operacionalização até a execução deste complexo sistema de saúde.

2.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

No Brasil, nas décadas de 1970 e 1980, o INAMPS privilegiava as pessoas que pagavam a previdência social e seus dependentes. Ou seja, era a assistência em saúde destinada apenas aos cidadãos que possuíam vínculo profissional com registro em carteira. Além disso, possuía uma atenção hospitalocêntrica, ou seja, uma atenção voltada para o hospital. Portanto, esta atenção era individualizada e de caráter mais curativo. No INAMPS, os serviços eram centralizados na esfera Federal pelo Ministério da Saúde (MARIN, 2003).

Entretanto, no ano de 1986 ocorreu um marco para saúde pública brasileira: a VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve a participação de diversos segmentos da sociedade, e que culminou no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) que é estabelecido pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, cujo objetivo maior era a descentralização dos serviços e ações em saúde, sem privilégios, ou seja, igualitário para todos em território nacional. Para isso, o SUS distribuiu as responsabilidades dos serviços em saúde entre as esferas do governo Federal, Estadual, Municipal (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; PAIM, 2009).

A Lei nº 8.080¹, de 1990, complementada pela Lei nº 8.142/1990, deixa mais claro os condicionantes e determinantes da saúde:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990a).

¹ Regulamentada pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

A definição do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios de integralidade, igualdade de acesso e gestão participativa estão definidos Art. 4º da Lei nº 8.080/90 como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1990a).

Assim, ficou estabelecido que o SUS devesse ser um sistema com atendimento integral em todos os níveis de assistência, possuindo uma atenção preventiva e curativa, e de caráter individual e coletivo. Desta forma, o SUS possui uma rede de serviços e ações regionalizadas e hierarquizadas, onde várias unidades de saúde estão interligadas visando garantir o acesso aos serviços de saúde a toda população brasileira (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b).

Ademais, a institucionalização do SUS marca o início da descentralização dos serviços de saúde no Brasil, pois começam a ocorrer mudanças estruturais no campo da saúde envolvendo mais efetivamente os estados e municípios. A Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90 apresentam determinações da Constituição para os princípios de descentralização das ações e serviços de saúde, bem como definem as atribuições e os papéis dos gestores do SUS nos níveis federal, estadual e municipal. Portanto, o SUS é constituído por princípios e diretrizes que representam as bases para a organização deste sistema de saúde no Brasil. Segundo Matta (2007), os princípios e diretrizes do SUS devem ser compreendidos a partir de uma perspectiva histórica e epistemológica, sendo, portanto, o resultado de um processo político (MATTA, 2007; PAIM, 2009).

De acordo com Matta (2007), existem duas questões em torno dos princípios e diretrizes do SUS: a primeira está ligada ao fato de não existir uma definição clara entre os termos “princípio” e “diretriz”, que constituem a estrutura formal do SUS; a segunda, está relacionada com os diversos atributos apontados como princípios e diretrizes, pois na redação da legislação do SUS constam trechos que se repetem enquanto princípio, e; posteriormente como diretriz, causando um conflito entre os aspectos estruturantes e organizativos dos atributos constituintes do SUS (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; MATTA, 2007).

Os princípios doutrinários do SUS incluem: **universalidade** – que é a garantia de atenção à saúde a qualquer cidadão, por parte de sistema; **equidade** – diz respeito ao SUS oferecer mais aos mais necessitados, tratando de forma diferenciada os desiguais; e a **integralidade** – define o direito de atendimento no conjunto das necessidades dos usuários, de forma que os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas para a atenção integral (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; MARIN, 2003).

Quanto aos princípios organizativos, estão incluídas: a **descentralização** – processo de redistribuição de poder, redefinição dos papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal) visando garantir a direção única em cada esfera; a **regionalização e hierarquização** – os serviços de saúde devem oferecer todas as modalidades de assistência e acesso à tecnologia disponível, de forma a possibilitar a otimização do tratamento e resolução dos problemas de determinada população; a **participação dos cidadãos** – diz respeito à democratização do conhecimento do processo saúde/doença, de forma a incentivar a organização e a participação da comunidade na gestão do sistema através de locais e representantes a quem a população possa se reportar (MARIN, 2003; PAIM, 2009).

Dentre os objetivos e atribuições da Lei nº 8.080/90, ressalta-se a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde e a formulação de políticas de saúde que visam à assistência à saúde da população por meio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde com base na realização de atividades preventivas e ações assistenciais (BRASIL, 1990a). Neste sentido, a assistência às pessoas possui um caráter mais abrangente que a assistência médica hospitalar, estando desta forma ligada às práticas em saúde frente às necessidades das pessoas. Assim, tendo como base o conceito ampliado de saúde estabelecido no âmbito do SUS, o termo atenção à saúde passa a ser utilizado para designar as diversas ações e práticas de assistência às pessoas (BRASIL, 1990a; PAIM, 2009).

Portanto, para garantir a atenção à saúde, o SUS executa ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, vigilância da saúde do trabalhador, além de ações de assistência terapêutica de caráter integral, incluindo nesta última a assistência farmacêutica, ou seja, o fornecimento de medicamentos para a população (BRASIL, 1990a, MARIN, 2003).

Neste contexto, o SUS é estruturado por uma Rede de Atenção à Saúde (RAS), que tem como principal objetivo evitar a fragmentação da operação e da gestão em saúde, buscando de tal forma ampliar as ações e práticas da atenção à saúde estabelecidas pela Lei nº 8.080/90. De acordo com o Ministério da Saúde, a RAS é um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado e da atenção à saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL 1990b; BRASIL, 2010a).

Portanto, as ações e práticas da atenção à saúde da RAS possuem um caráter hierarquizado e organizado em níveis crescentes de complexidade e de densidade tecnológica. Segundo Paim (2009, pág.59), “a hierarquização prevista para a rede tem um sentido de usar

recursos disponíveis de uma forma mais racional para atender mais e melhor as pessoas (racionalização em vez de racionamento)”.

O SUS, como dito anteriormente, sustenta-se nos princípios da: **universalidade, integralidade e equidade**. Levando em consideração estes princípios, bem como a diretriz da hierarquização do SUS, ressalta-se que no Brasil, a atenção em saúde organiza-se em três níveis de complexidade. Segundo Matta e Morosini (2009, pág. 42):

Premido, de um lado, pelas tensões geradas por essa pauta de princípios e, de outro, pela convivência com os paradigmas do modelo assistencialista, o SUS organizou a ‘atenção à saúde’ de forma hierarquizada, em níveis crescentes de complexidade. Segundo essa lógica, os serviços de saúde são classificados nos níveis primário, secundário e terciário de atenção, conforme o grau de complexidade tecnológica requerida aos procedimentos realizados. A imagem associada a essa hierarquização é a de uma pirâmide, em cuja base se encontram os serviços de menor complexidade e maior frequência, que funcionariam como a porta de entrada para o sistema. No meio da pirâmide, estão os serviços de complexidade média e alta, aos quais o acesso se dá por encaminhamento e, finalmente, no topo, estão os serviços de alta complexidade, fortemente especializados

O nível de atenção primária à saúde é também chamado de atenção básica a saúde, pois no SUS ele representa a base de um complexo esquema piramidal, mas também por representar os serviços básicos/primários de assistência. Assim, as unidades de atenção básica de saúde são estruturadas com profissionais e tecnologias que são frequentemente necessários à população como, por exemplo: consulta com médicos generalistas, consultas com médicos de especialidades básicas, aplicação de vacinas, etc. Tais serviços possuem elevada frequência entre a população, o que resulta em uma constante e crescente demanda destes serviços de atenção básica. Vale ressaltar que o fato de a rede de atenção básica utilizar tecnologias menos densas e de menor complexidade não significa que as ações e serviços de saúde sejam simples e menos complexos, pois possuem especificidades diversas no contexto da prevenção e promoção da saúde, evitando desta forma que os usuários evoluam para níveis mais elevados de comprometimento da saúde (BRASIL, 2010a; PAIM, 2009).

Portanto, a atenção básica representa a porta de entrada dos serviços de um sistema hierarquizado de saúde onde estão, por exemplo, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou postos de saúde, e tem como principal características atender os casos de menor complexidade, devendo ainda demandar de forma ordenada os serviços de saúde que necessitem de maior complexidade/densidade tecnológica, ou seja, direcionar estes casos para os níveis secundário e terciário. Desta forma, é no nível primário de atenção que se organizam os fluxos da continuidade do cuidado e da atenção em saúde. Neste contexto, a atenção básica torna-se a base estruturante e ordenadora do SUS, a saber, que é através dela que ocorre

encaminhamento dos usuários para os outros níveis de atenção (BRASIL, 2010a; PAIM, 2009).

O nível secundário de saúde ou atenção secundária em saúde é composto por serviços de caráter especializado e hospitalar, que possuem uma média complexidade tecnológica, ou seja, serviços mais complexos que os da atenção primária e menos densos do que o nível terciário. Neste nível de atenção estão compreendidos, além dos serviços médicos especializados, os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico de urgência e emergência. Estão atrelados a este nível de atenção as clínicas e hospitais de pronto atendimento, onde são realizados procedimentos específicos de intervenção (cirurgias, internações e exames de média complexidade) e tratamentos de doenças crônicas e agudas oriundas da rede de atenção básica de saúde (BRASIL, 2010a; ERDMANN et al., 2013; PAIM, 2009).

O nível terciário de atenção à saúde é constituído por serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade, e, por conseguinte, de alta densidade tecnológica. Logo, este nível de atenção é o que apresenta maior custo operacional, pois inclui serviços de urgência e emergência, atenção à gestante de alto risco, cardiologia e neurologia, oncologia e atenção a pacientes em estado grave, demandados pelos níveis de atenção primário e/ou secundário. Este nível de atenção garante ainda acesso à quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, exames hemodinâmicos, medicina nuclear, radiologia intervencionista, além de exames de diagnose de maior complexidade, entre outros (BRASIL, 2010a; ERDMANN et al., 2013; PAIM, 2009).

Diante do exposto é possível compreender porque o SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Vale ressaltar que para esta pesquisa não foram discutidos os aspectos relacionados aos serviços de média e alta complexidade, ou seja, as questões serão abordadas em torno da atenção básica em saúde e seus desdobramentos no SUS de forma a criar um pano de fundo para um aprofundamento das questões referentes ao objeto deste estudo.

2.2 A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL

No Brasil, a Atenção Básica à Saúde (ABS), conforme designação do SUS refere-se à denominação internacional de Atenção Primária em Saúde (APS), mas adota princípios da Reforma Sanitária, sendo considerada fundamental na reorganização do sistema integrado e universal de atenção à saúde, instituído no país. Suas origens remontam a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários à Saúde, realizada em Alma-Ata, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef). Esta

conferência deu origem a um consenso internacional intitulado “Saúde para Todos no Ano 2000”. Tal política, pactuada por 134 países, foi registrada em um documento denominado “Declaração de Alma-Ata”, no qual a definição de cuidados primários de saúde é expressa da seguinte forma:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

Entretanto, a Declaração de Alma-Ata é dotada de uma complexidade conforme descrito por Matta e Morosini (2006, p. 25-26):

A Declaração de Alma-Ata representa uma proposta num contexto muito maior do que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Nesse sentido, aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, concebe a saúde como um direito humano; a redução de gastos com armamentos e conflitos bélicos e o aumento de investimento em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas; fornecimento e até mesmo a produção de medicamentos essenciais para distribuição à população de acordo com suas necessidades; a compreensão de que saúde é o resultado das condições econômicas e sociais, e das desigualdades entre os diversos países; e que os governos nacionais devem protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional.

Neste contexto, surge no Brasil, em 1991, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs), e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Tais programas tinham como objetivo estimular a organização e operacionalização da atenção em saúde nos municípios pequenos onde as redes de atenção eram precárias ou inexistentes. A partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/96, a ABS no Brasil tornou-se mais expressiva, isto porque esta norma inseriu a ABS na política nacional de saúde. Para isso a NOB SUS 01/96 instituiu o Piso de Atenção Básica (PAB), ou seja, o repasse de um valor específico através do Fundo Municipal de Saúde para incentivar o desenvolvimento e organização da rede de atenção básica nos municípios (BRASIL, 1999a; FAUSTO; MATTA, 2007).

Portanto, o Pacs e o PSF introduziram uma abordagem direcionada às famílias e à comunidade, ampliando a organização da atenção à saúde. Diante disto, o MS consolidou o

PSF como estratégia para reorganização do nível de atenção básica do SUS, tendo em vista que o desenvolvimento de ações básicas de reorganização deste nível de atenção poderia, aos poucos, refletir-se de alguma forma, em todos os níveis de atenção dos SUS (BRASIL, 1999a).

Neste contexto, o PSF se apresenta como uma nova proposta para assistência à saúde do SUS que tem como objetivo:

[...] a regionalização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas” (BRASIL, 1998a).

Portanto, o PSF é concebido como um programa que assume princípios doutrinários do SUS associados às concepções da atenção primária à saúde e de acordo com a CF que em seu artigo 198, institui “[...] o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988).

Abordando, ainda, a abrangência da assistência, segundo a Lei nº 8.080/90 em seu artigo 4º, “[...] a integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990a).

Neste contexto, o PSF visa facilitar o acesso da população ao sistema de saúde, através de reorganização da atenção primária englobando novas ações e práticas, que permitam a interação com níveis mais complexos de atenção à saúde (BRASIL, 1999a).

As diretrizes operacionais das equipes do PSF foram elaboradas à luz do conceito de vigilância em saúde. Para Mendes (1996, p. 243), a vigilância em saúde é:

[...] uma nova proposta social organizada aos problemas de saúde, referenciada pelo conceito positivo de saúde pelo paradigma da produção social da saúde. Por conseguinte, esta prática tem de, a um tempo, recompor o fracionamento do espaço coletivo de expressão da doença na sociedade, articular as estratégias de intervenção individual e coletiva e atuar sobre todos os nós críticos de uma problema de saúde, com base em um saber interdisciplinar e em um fazer intersetorial.

Segundo o Projeto Político Pedagógico da EPSJV/ FIOCRUZ a vigilância em saúde:

[...] pode ser entendida como uma proposta de ação que rearticula saberes e práticas, ou seja, uma área de práticas com as seguintes características: intervenção sobre problemas de saúde que requerem atenção contínua; adoção do conceito de risco; articulação entre ações promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras; atuação intersetorial; ação sobre o território; e intervenção sob a forma de operações (EPSJV, 2005; p. 25).

Portanto, o conceito de vigilância em saúde permite uma contextualização sócio-político- geográfica, que possibilita a identificação e também compreensão do processo saúde-doença, propiciando que às ações dos PSF sejam desenvolvidas de forma mais eficaz e em consonância com CF e os princípios do SUS.

A saúde da família foi encarada pelo MS como um programa até o ano de 1996, a partir deste ano, passou a ser definida como Estratégia Saúde da Família, tal mudança ocorreu para desvincular a ideia de transitoriedade e verticalidade atreladas ao termo programa, pois este termo aponta para uma atividade que tenha um prazo determinado (FAUSTO; MATTA, 2007).

Neste contexto, a transformação do PSF consubstanciou a ESF como prioritária para o desenvolvimento de uma atenção primária mais qualificada, que tem como prioridade garantir o acesso da população aos serviços de saúde do SUS. A ESF desenvolvida pelo SUS é muito abrangente e tem como objetivo a integração das ações em saúde de caráter preventivas e curativas. Para isso, foi estabelecida uma equipe multiprofissional de saúde da família, basicamente, constituída por médicos (generalistas ou especialistas em saúde da família), enfermeiros (generalistas ou especialistas em saúde da família), auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Além disso, com a implantação da Política Nacional de Saúde Bucal, foram inseridos à equipe os profissionais da saúde bucal, como os cirurgiões-dentistas (generalista ou especialista em saúde da família), auxiliares e/ou técnicos em saúde bucal (BRASIL, 1999a; FAUSTO; MATTA, 2007).

As equipes multiprofissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) devem estar preparadas para:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção à saúde;
- resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra referência, os principais problemas detectados;
- desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos;
- promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados (BRASIL, 1997a).

Com os desdobramentos do PSF em ESF, o MS emitiu, em 28 de março de 2006, a Portaria nº 648/06, que instituiu a Política Nacional Atenção Básica e definiu a ABS como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a).

Portanto, a PNAB é fundamentada no acesso universal e contínuo aos serviços de saúde à luz dos princípios básicos do SUS, visando o processo de desospitalização e humanização do SUS através da ESF (BRASIL, 2006a).

Contudo, existem nos dias atuais algumas questões que contribuem significativamente para o não desenvolvimento de uma ESF efetiva, como a ausência de discussões que ampliem a abrangência de políticas de gestão para o trabalho no SUS e de educação profissional em saúde. Tais ações viabilizariam além da minimização da desprecarização dos trabalhadores - tendo em vista que a maioria dos profissionais é submetida a vínculos precários de trabalho - a formação de profissionais em saúde com habilidades técnicas, teóricas e práticas para atender de forma mais eficiente às demandas assistenciais dos serviços de saúde do SUS (BRASIL, 1999a; FAUSTO; MATTA, 2007).

Apesar dos desafios em torno da PNAB por uma ESF resolutiva e contínua, vale a pena resgatar a afirmativa de Fausto e Matta (2007, p. 63) de que:

[...] a Estratégia Saúde da Família (ESF) trouxe incontestável relevância para a atenção básica na agenda decisória da política nacional da saúde e por várias razões tem motivado os dirigentes a persistirem nesta direção.

3 AS POLÍTICAS FARMACÊUTICAS NO BRASIL

3.1 O DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS FARMACÊUTICAS NO BRASIL

Historicamente o homem utiliza medicamentos para controlar, reduzir ou eliminar os sintomas causados pelas doenças. Neste contexto, o uso de medicamentos tornou-se um relevante aspecto cultural da humanidade, e desta forma, os medicamentos tornaram-se um importante insumo para os cuidados com a saúde. Contudo, o uso de medicamentos não é a forma de manter ou estabelecer a saúde, ele é apenas uma das medidas, aliadas as demais ações de saúde. E, considerando o sentido ampliado do termo “saúde”, os medicamentos auxiliam na melhoria da qualidade de vida da população, podem contribuir de forma efetiva para o tratamento de diversas enfermidades (BRASIL, 2004a; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Diante do exposto, é possível estabelecer uma relação entre medicamentos e saúde, não no sentido de que eles, necessariamente, forneçam saúde. Mas, pela posição estratégica que eles têm no sistema de saúde. Atualmente no Brasil, as questões referentes aos medicamentos são tratadas por políticas públicas, como por exemplo, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). A PNAF está integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), ressaltando que o gasto com medicamentos demanda uma alocação de um considerável volume de recursos públicos (BRASIL, 2004a; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

Entretanto, para situar esta discussão faz-se necessária uma análise sobre a formulação e implementação da PNAF. A trajetória das políticas públicas de medicamentos no Brasil busca criar um pano de fundo para aprofundar as discussões da atualidade em torno desta política em relação à inserção dos profissionais e trabalhadores da assistência farmacêutica na atenção primária do SUS.

No Brasil, o Decreto nº 52.471, de 13 de setembro de 1963, que estabelece normas para o desenvolvimento da indústria químico-farmacêutica nacional e institui o Grupo Executivo da Indústria Químico-Farmacêutica (GEIFAR), marca o início das políticas públicas de medicamentos no que diz respeito ao processo de industrialização e comercialização (BRASIL, 1963).

O GEIFAR foi o grupo criado para gerenciar as disposições previstas no Decreto nº 52.471/1963. A presidência do GEIFAR era composta pelo Ministério da Saúde (MS) e integrado pelos representantes:

[...] do Ministério da Indústria e Comércio, na qualidade de Vice-Presidente; do Ministério da Saúde; do Ministério de Segurança Nacional; do Banco do Brasil S. A.; do Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico; da Superintendência da Moeda e do Crédito; da Carteira do Comércio Exterior do Banco do Brasil S. A.; da Superintendência Nacional do Abastecimento (SUNAB) (BRASIL, 1963).

O Decreto nº 52.471/63, em seu Art. 1º estabelece:

- I - as diretrizes básicas para a expansão da indústria químico-farmacêutica nacional, visando, principalmente:
- a) a substituição das importações de produtos químico-farmacêuticos reduzindo gastos em moeda estrangeira;
 - b) a ampliação da produção de medicamentos, mediante facilidades de acesso às matérias-primas pela indústria nacional;
 - c) a redução do custo dos medicamentos.
- II - a elaboração de normas para comercialização daqueles produtos.
 II - a competência e autoridade dos órgãos executivos, responsáveis por essas diretrizes (BRASIL, 1963).

Contudo, para que os fabricantes de produtos químico-farmacêuticos pudessem usufruir dos benefícios deste decreto, deveriam possuir programas de produção aprovados pelo GEIFAR, apresentar projetos industriais de produtos químico-farmacêuticos ainda não produzidos no BRASIL, além de sujeitarem-se à fiscalização permanente dos programas de produção apresentados. Em contrapartida, para as indústrias químico-farmacêuticas de capital nacional (indústrias que estivessem sob o controle nacional e que possuíssem pelo menos 75% de seu capital em poder de brasileiros), que apresentassem projetos de produtos ainda não produzidos no Território Nacional, seriam concedidos benefícios como a alocação de quotas semestrais de câmbio isentas do recolhimento compulsório, para importação de matérias-primas; o financiamento preferencial para aquisição de matérias-primas e equipamentos, isenção de impostos, além da aquisição obrigatória e progressiva pelas instituições de saúde pública em no mínimo 30% da produção. Porém, para receberem tais benefícios, as indústrias deveriam implantar os projetos apresentados ao GEIFAR em um período mínimo de cinco anos, além disso, tinham a obrigação de fornecer os produtos químico-farmacêuticos produzidos no país com preços acessíveis para os consumidores (BRASIL, 1963).

Diante deste cenário de incentivo à expansão da indústria químico-farmacêutica no Brasil, surge a necessidade de priorizar que tipo de produtos deveria ser produzido. Para isso, o governo instituiu em 26 de fevereiro de 1964, o Decreto nº 53.612 que aprovou a relação de medicamentos essenciais para os fins previstos no Decreto nº 52.471/63, e dispôs sobre a aquisição de medicamentos pela Administração Pública Federal. O Decreto nº 53.612/64

atribuiu ao GEIFAR a tarefa de criar de uma relação de medicamentos de caráter básico e prioritário para o tratamento das doenças que mais assolavam o Brasil. Desta forma, foi criada a Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos para uso Farmacêutico Humano e Veterinário, na qual constavam as seguintes classes de produtos:

I – Produtos Biológicos; II – Produtos Quimioterápicos e Antibióticos; III – Drogas Metabólicas; IV – Drogas Anti-eméticas, Tranquilizantes e Timoléticos; V – Drogas Afetando o Sistema Circulatório; VI – Drogas Afetando o Sistema Nervoso Autônomo; VII – Drogas Afetando o Sistema Nervoso Central; VIII – Anti-histamínicos; IX – Diuréticos; X – Ecbólicos; XI – Catárticos; XII – Eméticos; XIII – Antiácidos; XIV – Citotóxicos (Anti-Mitóticos); XV – Alérgenos e Antígenos (BRASIL, 1964).

De acordo com Portela 2010, o Decreto nº. 53.612/64 estabelecia a primeira lista denominada Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário. No ano de 1972, foi distribuído pela CEME o primeiro Memento Terapêutico (PORTELA et al. 2010). Neste sentido, a elaboração de listas de medicamentos designados como essenciais iniciou-se no Brasil a partir do ano de 1964. Contudo, apenas em 1975 esta lista recebeu o nome de Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) através da Portaria MPAS nº 233/75. No ano 1977, a OMS adotou a relação de medicamentos essenciais como estratégia para uma política de promoção do acesso e uso racional de medicamentos, que, desde então, vem sendo norteadora de toda a política de medicamentos dos países membro da Organização (SILVA, 2000; PORTELA et al. 2010).

Desde a criação da RENAME, a OMS tem estabelecido alguns critérios para auxiliar os países a selecionar medicamentos considerados essenciais. Desta forma, a RENAME passou por várias revisões, por conta das demandas dos sistemas de saúde, pelo surgimento de novas enfermidades e pelas inovações científicas em torno das formulações dos medicamentos. No Brasil, para que um medicamento conste na RENAME ele deve atender a critérios estabelecidos como, por exemplo, a segurança e eficácia dos estudos clínicos, eficiência do medicamento em diversas e diferentes unidades de saúde, forma farmacêutica que assegure a biodisponibilidade, estabilidade prevista nas condições de armazenamento, transporte e uso, custo total do medicamento e preferência por medicamentos que contenham apenas um princípio ativo, ou seja, monofármacos, dentre outros (BRASIL, 2008a).

Neste contexto, a assistência farmacêutica como ação de saúde e parte integrante do sistema de saúde, surge no Brasil, de forma mais evidente, com a criação da Central de Medicamentos (CEME) (BRASIL, 1971a). A CEME foi regulamentada, em 25 de Junho de 1971, pelo Decreto nº 68.806 e tinha como principal característica uma política centralizada

na aquisição e distribuição de medicamentos. A regulamentação da CEME marcou a cultura de utilização de medicamentos no Brasil (BRASIL, 1971a; LIMA, 2003).

A redação do Decreto nº 68.806/1971 traz em seus três primeiros artigos:

Art. 1º. É instituída a Central de Medicamentos (CEME), órgão da Presidência da República, destinado a promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos de uso humano àqueles que, por suas condições econômicas, não pode adquiri-los.

Art. 2º. A CEME funcionará como órgão de deliberação coletiva, regulador da produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos, subordinados ou vinculados aos Ministérios da Marinha, do Exército, da Aeronáutica, do Trabalho e Previdência Social e da Saúde.

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 capacidade aquisitiva dos beneficiários (BRASIL, 1971a).

Contudo, mesmo com a criação da CEME as questões em torno do fornecimento e distribuição de medicamentos no Brasil ainda apresentavam-se de forma incipiente. Diante deste cenário, a Presidência da República transferiu a subordinação da CEME para o Ministério de Previdência e Assistência Social (MPAS) através do Decreto nº 75.985, de 17 de julho de 1975, que dispõe sobre a estrutura básica da CEME e que, conforme o Art. 2º, instituiu que:

A CEME tem por finalidade promover e organizar o fornecimento, por preços acessíveis ou a título gratuito, de medicamentos a quantos não puderem adquiri-los a preços comuns do mercado, competindo-lhe:

- a) organizar e coordenar a produção de medicamentos, a baixo custo através dos laboratórios do Sistema Oficial apoiando as medidas que visem ao aperfeiçoamento qualitativo da produção e a plena utilização da capacidade instalada, bem como efetuar a aquisição de medicamentos.
- b) promover e aprimorar o controle de qualidade dos produtos a distribuir, observadas as normas técnicas elaboradas pelos órgãos competentes;
- c) estimular a produção de medicamentos, a baixo custo, pela indústria farmacêutica privada, propondo para isso os incentivos adequados.
- d) desenvolver atividades orientadas para o suprimento de vacinas e medicamentos essenciais ao diagnóstico, prevenção e tratamento das doenças de maior significação sócio-sanitária e designados, prioritariamente, ao atendimento de menores de 5 (cinco) anos, gestantes e nutrízes e dos estratos populacionais de baixa renda;
- e) organizar e manter atualizada a Relação de Medicamentos Básicos, orientada em função dos problemas sanitários de maior vulto e dos grupos populacionais mais vulneráveis ou susceptíveis, como instrumento normativo para o planejamento e execução de programas de assistência farmacêutica das instruções oficiais de atendimento comunitário;
- f) promover as medidas que visem ao desenvolvimento técnico da produção de medicamentos constantes da Relação de Medicamentos Básicos, inclusive a pesquisa voltada ao aprimoramento de processos farmacotécnicos e de métodos e técnicas de controle de qualidade de medicamentos;

- g) promover, em coordenação com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), o desenvolvimento das pesquisas que julgar essenciais a sua finalidade bem como a adoção de medidas orientadas para o aproveitamento de produtos naturais brasileiros e dos fármacos que deles se originem; h) promover a realização de pesquisas farmacoclinicas;
- i) assistir os órgãos governamentais na formulação, coordenação e execução de políticas e programas de desenvolvimento tecnológico e industrial do setor químico-farmacêutico e na implementação das políticas e diretrizes gerais do Plano Diretor de Medicamentos; e
- j) Incentivar a capacitação e o aperfeiçoamento de recursos humanos necessários ao adequado cumprimento de suas finalidades e competências (BRASIL, 1975).

A partir destas diretrizes, a CEME passou a se debruçar sobre a questão de uma melhor distribuição de medicamentos para a população. Para isso, criou medidas de incentivo à pesquisa científica e tecnológica nos laboratórios nacionais vinculados ao governo. Assim, surgiram medidas para centralizar a compra de medicamentos pelo governo, que teve como desdobramento mais incentivo a produção o que viabilizou o surgimento de indústrias farmacêuticas visando ampliar o fornecimento de medicamentos para população (BRASIL, 1975; CONSEDEY et al., 2000; OLIVEIRA et al., 2007).

Em nível mundial, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma Ata, no ano de 1978, contribuiu significativamente para a ampliação e desenvolvimento da assistência farmacêutica em todo o mundo, pois nesta conferência, foram apresentadas metas com relação à assistência farmacêutica, e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS):

O abastecimento dos medicamentos essenciais foi considerado um dos oito elementos básicos da atenção primária à saúde; Recomendação para que os governos formulassem políticas e normas nacionais de importação, produção local, venda e distribuição de medicamentos e produtos biológicos de modo a assegurar, pelo menor custo possível, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados primários a saúde; que adotassem medidas específicas para prevenir a excessiva utilização de medicamentos; que incorporassem medicamentos tradicionais de eficácia comprovada e estabelecessem sistemas eficientes e administração e fornecimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1978).

Entretanto, até o início da década de 1980, as ações de assistência farmacêutica como política de saúde ainda não estavam subordinadas ao MS, fato que ocorreu apenas em 1985, através do Decreto nº 91.439/85 (BRASIL, 1985). A responsabilidade da CEME pela assistência farmacêutica no Brasil ocorreu até 1997, quando foi desativada pelo Decreto nº 2.283, de 24 de julho do mesmo ano. Assim a atividades da CEME ficaram a cargo do Ministro do Estado da Saúde e setores do MS:

[...] 2º Fica o Ministro de Estado da Saúde autorizado a alocar, mediante ato específico, as competências, os planos, os programas e os projetos da entidade extinta e do órgão desativado por este Decreto, para órgãos integrantes da estrutura do Ministério da Saúde” (BRASIL, 1997c).

A desativação da CEME teve como principal causa o distanciamento do seu objetivo principal frente ao desenvolvimento da AF, o que fez desta instituição uma mera distribuidora de medicamentos e produtos farmacêuticos. Outro fato que contribuiu para a desativação da CEME foi a falta de participação de profissionais qualificados para o desenvolvimento da AF. Portanto, as competências e programas desenvolvidos pela extinta CEME, passaram a ser administrados apenas pelos órgãos do Ministério da Saúde, o qual os distribuiu entre os estados e municípios (LOYOLA, 2008).

Este cenário desencadeou uma série de discussões em torno da distribuição e acesso de medicamentos para a população. Entre a análise e identificação de problemas inerentes à AF surge, em 30 de outubro de 1998, a Portaria nº 3.916/98, que instituiu a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998b; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2005).

Portanto, verifica-se que o desenvolvimento das políticas de medicamentos no Brasil, sofreu influências do processo de industrialização ocorrida a partir de 1970. Este desenvolvimento possibilitou avanços para a criação de uma política para tratar as questões que envolvem os medicamentos nos serviços de saúde do SUS.

3.2 A POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS NO BRASIL (PNM)

A PNM, instituída pela Portaria nº 3.916/98, surge no Brasil a partir da carência dos serviços de saúde de uma política explícita relacionada à questão da distribuição de medicamentos para a população. Assim, o MS aprovou a PNM para promover a elaboração e a readequação dos planos, projetos e programas que podem ter sido oriundos da CEME. Neste contexto, a PNM visa assegurar a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e produtos farmacêuticos, promover o uso racional e garantir o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1998b).

A organização básica das ações e serviços de saúde descritas na Lei Orgânica da Saúde traz em seu art. 6º o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a AF, pelos diretores e gestores de cada esfera do governo. Assim a PNM representa um dos marcos da inserção dos serviços farmacêuticos nas ações de saúde pública (BRASIL, 1990a, BRASIL, 1998b).

Dentre as principais diretrizes da PNM estão a reorientação da AF, o estímulo à produção de medicamentos com a respectiva regulamentação sanitária e o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais. Assim, a PNM apresenta-se como uma política que

fortalece os princípios e diretrizes do SUS, no que diz respeito à saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1998b).

No que diz respeito à adoção de relação de medicamentos essenciais, a PNM instituiu que os medicamentos essenciais são aqueles considerados básicos e indispensáveis para atender a grande maioria das doenças da população e constantes da RENAME. Tais medicamentos devem estar frequente e continuamente disponíveis para à população. Neste sentido, cabe ao MS estabelecer mecanismos para a atualização da RENAME conforme a necessidade de tratamento e controle dos problemas de saúde prevalentes no país. Portanto, para a composição dos itens constantes da REANAME são avaliadas as necessidades estaduais e municipais, o que viabiliza o processo de descentralização da AF entre as esferas de gestão do governo. A atualização da RENAME deve ser realizada com vistas aos medicamentos utilizados na assistência ambulatorial, conforme o nível local e em consonância com os problemas de saúde mais comuns da população, conforme o delineamento dos dados epidemiológicos (BRASIL, 1998b; BRASIL, 1990a).

A regulamentação sanitária de medicamentos aborda questões referentes ao registro de medicamentos, bem como à autorização para o funcionamento das empresas e estabelecimentos farmacêuticos. Desta forma, este item da PNM trata da verificação sanitária que ateste a qualidade dos medicamentos e, além disto, aborda questões inerentes à autorização de funcionamento de empresas e estabelecimentos farmacêuticos, e ainda sobre o registro de medicamentos (BRASIL, 1998b).

Quanto à reorientação da AF, a PNM instituiu que este serviço assistencial não se restrinja apenas às atividades de aquisição e distribuição de medicamentos. Neste sentido, propôs um novo modelo de AF pautada em atividades ligadas à promoção do acesso dos medicamentos essenciais pela população, em articulação com as três esferas do SUS e deve estar baseada nos seguintes aspectos:

[...] a. na descentralização da gestão; b. na promoção do uso racional dos medicamentos; c. na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público; d. no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado (BRASIL, 1999c).

A PNM determinou que a AF no SUS, passasse a abranger atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos de forma mais eficaz e atendendo às necessidades da população dos estados e municípios. Estas atividades devem estar articuladas com o processo de descentralização coordenado pelas três

instâncias da gestão do SUS, no que diz respeito aos critérios técnicos e administrativos (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1998b).

A promoção do uso racional de medicamentos está relacionada ao processo de orientação e informação direcionadas aos usuários sobre a utilização dos medicamentos como os riscos de automedicação, da interrupção do tratamento e da troca da medicação prescrita. Este processo abrangeu além dos usuários, os profissionais prescritores de produtos farmacêuticos e também os profissionais dispensadores, nestes últimos, ficam subentendidos os farmacêuticos e os técnicos em farmácia. Neste contexto, a PNM faz menção à farmácia e aos profissionais de farmácia:

[...] é importante ressaltar que a farmácia deve ser considerada estabelecimento comercial diferenciado. Portanto, deve estar em absoluta conformidade com as definições constantes da Lei n.º 8.080/90, bem como dispor da obrigatória presença do profissional responsável (BRASIL, 1998b).

O desenvolvimento científico e tecnológico também foi contemplado na PNM, com objetivo de incentivar o desenvolvimento de novas tecnologias e a expansão de pesquisa em parcerias estratégicas com a integração de empresas do setor farmacêutico, universidades e instituições de pesquisa. Neste aspecto, a PNM propôs a inclusão de estudos sobre a fauna e flora brasileira, visando à descoberta de espécies de plantas com potencial terapêutico para o desenvolvimento de novos medicamentos. Para isso, a PNM descreve ainda sobre a necessidade da formação e treinamento de profissionais que participem do processo de desenvolvimento científico e tecnológico. Além disso, a PNM definiu que o MS promovesse a constante revisão da Farmacopeia Brasileira, pois ela constituiu instrumento de fundamental importância para as questões de produção, manipulação e qualidade dos medicamentos e estabeleceu requisitos mínimos para a produção de matérias-primas, medicamentos e produtos farmacêuticos (BRASIL, 1998b).

No que tange à promoção da produção de medicamentos, a PNM instituiu a articulação das atividades de produção de medicamentos da RENAME entre os diversos segmentos da indústria de medicamentos como o oficial, privado nacional e transnacional. Tal medida visou o fornecimento de medicamentos essenciais destinados à atenção básica dos estados e municípios como, por exemplo, os medicamentos utilizados para o tratamento de doenças de considerável impacto sobre a saúde da população e que não eram adquiridos pelo setor público (BRASIL, 1998b).

A garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, teve por objetivo assegurar o cumprimento da regulamentação sanitária vigente, com ênfase na inspeção e

fiscalização (de forma sistemática) realizada pela Secretaria de Vigilância Sanitária, que era coordenada pelo Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Esta medida tinha por finalidade garantir o cumprimento das boas práticas de fabricação de medicamentos. As análises e inspeções dos medicamentos e produtos farmacêuticos passaram a ser realizadas pela Rede de Laboratórios Analítico-Certificadores em Saúde (REBLAS) antes de serem comercializados e distribuídos (BRASIL, 1998b).

O desenvolvimento e capacitação de recursos humanos instituído pela PNM foi elaborado à luz da Lei nº 8.080/90 que define em seu art.14 a formação e a educação continuada como sendo uma ação de caráter intersetorial articulada, promovendo a criação de mecanismo de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, visando a formação de profissionais aptos para atender às demandas da AF e nos demais serviços de saúde no SUS. Portanto, para o desenvolvimento dos programas e atividades da PNM, o setor saúde precisaria dispor de recursos humanos em qualidade e quantidade suficientes para a realização das atividades de AF. Vale ressaltar que, segundo a PNM, o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos para AF estão sob a responsabilidade das três esferas gestoras do SUS (BRASIL, 1990a; BRASIL 1998).

A criação da PNM representou um marco importante para o setor da saúde e para o segmento farmacêutico no Brasil, que em alguma medida, contribuiu para a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 26 de janeiro de 1999, pela Lei nº 9.982, que segundo seu art. 6 define a finalidade da agência:

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

Portanto, a partir de 1999, a fiscalização e controle sobre a produção de medicamentos ficou a cargo da ANVISA. Vale ressaltar, que o processo de criação da ANVISA teve início nos primeiros anos década de 90, com intuito de abordar apenas assuntos relativos à regulamentação de alimentos e medicamentos. Porém, houve uma expansão do projeto para que o mesmo contemplasse também a regulação de produtos de interesse para saúde (BRASIL, 1999b).

As influências da PNM favoreceram a criação da Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que estabeleceu o medicamento genérico e dispôs sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos:

Os medicamentos que ostentam nome comercial ou marca ostentarão também, obrigatoriamente com o mesmo destaque e de forma legível, nas peças referidas no caput deste artigo, nas embalagens e materiais promocionais, a Denominação Comum Brasileira ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional em letras e caracteres cujo tamanho não será inferior a um meio do tamanho das letras e caracteres do nome comercial ou marca (BRASIL, 1999c).

A “Lei dos Genéricos” definiu o medicamento genérico como:

[...] medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que pretende ser intercambiável; geralmente produzido após expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pelo princípio ativo através do uso da DC ou na sua ausência da DCI (BRASIL, 1999c).

Diante do exposto, a PNM contribuiu para o desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Brasil, principalmente no que diz respeito à produção, à distribuição e as melhores condições de acesso aos medicamentos essenciais pela população brasileira.

3.3 AS POLÍTICAS FARMACÊUTICAS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO SUS

Antes de entrar na Política de Assistência Farmacêutica (PNAF) propriamente dita, se faz necessário realizar uma breve análise da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (I CNMAF), para compreender os rumos tomados pela AF no que diz respeito ao processo de descentralização da execução das ações e serviços deste tipo de assistência nos estados e municípios brasileiros (BRASIL, 2003).

No Brasil, entre os dias 15 a 18 de setembro de 2003, ocorreu a I CNMAF, realizada em Brasília. Tal Conferência teve como pauta as questões em torno dos medicamentos e da AF no SUS. Assim, foram abordados temas em torno dos problemas e ações inovadoras, dos entraves e das soluções criativas, da interface técnica, econômica, comercial e científica. Estas propostas mereceram destaque devido ao processo de descentralização da AF nos estados e municípios (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2003). A I CNMAF contou com a participação de aproximadamente 1.180 pessoas, entre os quais trabalhadores, gestores e delegados das entidades nacionais etc. Na Conferência, foram realizadas apresentações de painéis relacionados ao tema e miniconferências que demandaram muitas horas de debates e discussões. Os desdobramentos da CNMAF tiveram um saldo positivo, tendo em vista que foi possível a aprovação de mais de 600 propostas para a melhoria dos serviços de AF (BRASIL, 2003).

O acesso, qualidade e humanização da AF com controle social foi o tema central da Conferência, que aprofundou as discussões de questões já apontadas na PNM como:

Acesso à assistência farmacêutica: a relação dos setores público e privado de atenção à saúde, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico para a produção de medicamentos, Qualidade na Assistência Farmacêutica, formação e capacitação de Recursos Humanos (BRASIL, 2003).

No ano de 2004, a Presidência da República sancionou a Lei nº 10.858, de 13 de abril que autorizou a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ a dispensar para a população medicamentos e produtos básicos e essenciais à saúde, mediante ao ressarcimento no que diz respeito aos custos de produção, aquisição, distribuição e dispensação (BRASIL, 2004a).

Diante deste cenário, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovou a Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, que instituiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) com o objetivo de redefinir a AF como sendo um:

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

Os princípios e as diretrizes da PNAF são decorrentes da I CNMAF e da PNM e, de acordo com a PNAF, a AF deve ser encarada como uma política pública norteadora de políticas setoriais que dizem respeito à questão dos medicamentos e produtos farmacêuticos, abordando, para isso, eixos estratégicos como a manutenção, a qualificação dos serviços de AF na rede pública de saúde e na qualificação de recursos humanos e, sobretudo, na descentralização das ações deste serviço assistencial (BRASIL, 2004a).

Neste sentido, a PNAF se integra a PNM no que diz respeito à integralização da AF e fortalece o SUS no que diz respeito à operacionalização das ações de promoção e proteção da saúde. Para isso, a PNAF traz uma abordagem de uma AF com caráter multiprofissional e interdisciplinar com vistas ao princípio de integralidade oriundo do SUS (BRASIL, 2004a).

O chamado **Ciclo da Assistência Farmacêutica** aborda etapas como: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

A seleção consiste em uma atividade de escolha sobre quais medicamentos devem ser disponibilizados para os usuários, levando em consideração as evidências farmacológicas e clínicas. Desta forma, a seleção deve estar embasada em critérios como: o perfil de consumo dos usuários – de acordo com os dados epidemiológicos, a eficácia, as formas farmacêuticas que atendam às demandas, além do controle de qualidade sobre dos medicamentos

(OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007). De acordo com Oliveira, Bermudez e Osorio-de-Castro (2007), a comodidade posológica, custo e disponibilidade no mercado são critérios que também devem ser analisados no processo de seleção dos medicamentos. A seleção é um processo dinâmico no qual participam os prescritores, os farmacêuticos, os gestores, epidemiologistas clínicos e os demais profissionais de saúde que estejam habilitados a auxiliar no processo decisório. Portanto, a seleção é considerada a atividade mais importante do ciclo da AF, pois é em decorrência dela que as demais etapas são desenvolvidas (BRASIL, 2006; OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

A programação está relacionada com a quantidade de medicamentos que será comprada. Esta etapa é realizada através das demandas das unidades de saúde. Existem métodos para a programação, dentre eles, os mais utilizados são o de perfil epidemiológico, de consumo histórico e o de oferta de serviços. Na programação devem ser observadas e definidas as prioridades, bem como atentar para o recurso orçamentário disponível e se existem instalações adequadas para armazenamento de grandes volumes de compra ou de medicamentos que necessitem de armazenamento diferenciado, como aqueles que necessitam ficar sob refrigeração, por exemplo (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

O processo de aquisição de medicamentos é fundamentado em parâmetros de qualidade, eficácia e estabilidade, e abrange um conjunto de procedimentos que envolvem a compra dos medicamentos, conforme a programação previamente estabelecida. Segundo Oliveira, Bermudez e Osorio-de-Castro (2007, p. 17):

O farmacêutico é ator chave no processo – é ele quem reúne a competência e o saber técnico para liderá-lo. Construir o pedido, incluindo o edital, e verificar quantidades, especificações, cronograma, documentação de fornecedores, propostas, requisitos de recebimento, entrega e pagamento, estão entre as atividades a executar.

A aquisição visa suprir as necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-benefício, de forma a atender às demandas do sistema de abastecimento conforme às necessidades da população (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

O armazenamento é uma etapa do ciclo da AF que envolve o recebimento e a guarda dos medicamentos, de forma a manter sua segurança e estabilidade, além de atender aos critérios de expedição e controle de estoque em consonância com as boas práticas. Neste sentido, o armazenamento deve ser realizado em áreas apropriadas e de acordo com suas

características de conservação como produtos termolábeis, psicofármacos, inflamáveis e material médico hospitalar e demais produtos químicos (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

A etapa de distribuição deve suprir e abastecer as unidades de saúde com medicamentos em quantidade, qualidade e em tempo hábil. A distribuição de medicamentos deve priorizar a rapidez e segurança na entrega. As atividades de distribuição e armazenamento estão diretamente relacionadas se o armazenamento for realizado de forma desordenada, conseqüentemente, a distribuição será comprometida. Os medicamentos são distribuídos às unidades de saúde de acordo com a programação da demanda local, o tempo de aquisição, da disponibilidade de transporte e da capacidade de armazenamento. É imprescindível estabelecer a comunicação entre estas ações para manter o fluxo de distribuição dos medicamentos, de forma a atender às demandas das unidades de saúde e garantir o acesso aos medicamentos à população (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

A dispensação farmacêutica é definida como o ato de fornecimento de medicamentos e insumos farmacêuticos, a título remunerado, ou não (BRASIL, 1973). Tal fornecimento não se resume ao simples avião de medicamentos através de uma prescrição. Segundo a OMS (2003), a dispensação corresponde a uma série de ações que “visam a assegurar que o medicamento prescrito chegue ao paciente certo, em dose correta e no momento indicado”.

Assim, a dispensação pode ser entendida como um processo mais amplo, que envolve orientações e acompanhamento das pessoas que utilizam medicamentos. Este processo inclui a orientação sobre a correta utilização dos medicamentos. Por esta razão, a prescrição é uma ação que antecede a dispensação. Assim a prescrição é considerada um documento de valor legal. De acordo com Oliveira, Bermudez e Osorio-de-Castro (2007, p. 20) a prescrição “deve ser escrita no vernáculo, sem rasuras, siglas ou abreviaturas, assinalando claramente as instruções médicas, incluindo os medicamentos, como dose, posologia, duração do tratamento e outras instruções”.

Segundo a PNM, a dispensação:

“é o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento” (BRASIL, 1998b).

De acordo com Marin (2003), a utilização de medicamentos contempla ações de prescrição, dispensação e uso racional de medicamentos. Portanto, a dispensação torna-se um momento importante dentro do ciclo da AF, pois é nesta etapa que os pacientes passam a ter

contato com os medicamentos. A dispensação deve ser realizada por dispensadores oficiais como farmacêutico ou por um técnico habilitado para esta atividade. Contudo, este processo deve se dar de forma colaborativa envolvendo o prescritor, o dispensador e o paciente. Vale ressaltar que a AF tem caráter multiprofissional e em muitos casos os farmacêuticos e técnicos terão mais contato com os profissionais da área da saúde do que com o paciente propriamente dito. Segundo Oliveira, Bermudez e Osorio-de-Castro (2007), para que a dispensação seja bem sucedida, é necessária a adoção de uma política de dispensação “que aborde prioritariamente a eficácia e a segurança de fármacos, a educação de prescritores, a qualidade e a gestão criteriosa de medicamentos, entre outros...” (MARIN, 2003; OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPS) (2010), a dispensação pode ser considerada o processo-chave do ciclo de AF, pois é através dela que os usuários passam a ter efetivamente contato com os serviços farmacêuticos. Por outro lado as atividades que envolvem a programação, aquisição, armazenamento e distribuição, tornam-se atividades que apoiam o desenvolvimento do ciclo. Por sua vez, a seleção, por ser tratar de um processo que envolve opiniões, discussões e processos, passa então a ser considerada uma atividade de estratégia do ciclo, uma vez que é através dela que se processam as atividades de apoio (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2010). Portanto, para uma transformação das atividades em torno dos serviços farmacêuticos são necessárias algumas medidas: como o estabelecimento da AF como uma atividade de fato multiprofissional com uma equipe formada por profissionais de diferentes áreas (prescritores, farmacêuticos e técnicos de farmácia, enfermeiros, gestores); além disso, esta equipe multiprofissional deve atuar diretamente com os usuários que são, nesta nova concepção, o eixo principal dos serviços farmacêuticos da AF (MARIN; CORDEIRO, 2014).

Portanto, para cada etapa do Ciclo da AF são necessárias ações de gestão, planejamento e organização, financiamento, informações, recursos humanos, monitoramento e avaliação das ações de acordo com as necessidades de cada município, conforme o caráter descentralizado da PNAF (MARIN, 2003; OLIVEIRA BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007). Neste sentido, discorrerei sobre o desenvolvimento da AF após a publicação da PNM e da PNAF, enfatizando os serviços farmacêuticos na ABS do SUS.

Como primeiro destaque, tem-se que no dia 20 de maio de 2004, a Presidência da República instituiu o Programa “Farmácia Popular do Brasil” através do Decreto nº 5.090/04 que regulamentou a Lei nº 10.858/04 e instituiu novos modelos e práticas gerenciais como a

parceria público-privada, onde os usuários atendidos poderiam ser oriundos das unidades de saúde do SUS ou da rede privada de saúde (BRASIL, 2004b).

Dentre os avanços da AF após a PNM e a PNAF, podemos mencionar a Portaria nº 2.439/GM de 08 de dezembro de 2005, que institui a Política de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidado paliativo, para ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. A Portaria nº 2.439/05 instituiu ainda a educação permanente e a capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção, considerando o enfoque estratégico da promoção e envolvendo todos os profissionais de nível superior e os de nível técnico, de acordo com as diretrizes do SUS. Nesta portaria, estão subentendidos os serviços do ciclo da AF para o fornecimento de medicamentos (BRASIL, 2005).

Em 2006 foi aprovada a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, pelo Decreto nº 5.813, de 22 de junho, que teve como objetivo geral para a população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional. Tal política, de acordo com o item 5.2 do desenvolvimento das diretrizes, visava “[...] incentivar e fomentar estudos sobre plantas medicinais e fitoterápicos, abordando educação em saúde, organização, gestão e desenvolvimento da assistência farmacêutica...” (BRASIL, 2006b).

A PNM e PNAF apresentavam-se como políticas norteadoras para a formulação de políticas setoriais no que diz respeito ao fornecimento de medicamentos para população. Contudo, a questão do planejamento em torno da execução AF era toda muita complexidade. Neste sentido, o MS realizou em 2006, uma publicação intitulada “Planejar é Preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica”. Tal publicação teve por objetivo a elaboração de uma proposta de método que apoiasse e orientasse os gestores estaduais e municipais na realização do planejamento dos serviços farmacêuticos da AF. Além disso, esta publicação anunciou-se como sendo uma proposta alinhada com prática de uma integralidade da AF, sem a lógica histórica do foco no medicamento, mas que pretendia garantir a promoção do seu uso racional, através de ações direcionadas à prescrição, à dispensação e ao acesso a medicamentos pela população (BRASIL, 2006c).

Ainda em 2006, foi publicada a Portaria nº 399, de 22 de fevereiro. Esta portaria institui o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Gestão. No que diz respeito ao Pacto pela Vida, esta portaria definiu prioridades e objetivos para: a saúde do idoso, o câncer de colo de útero e de mama, a mortalidade infantil e materna, doenças emergentes e endemias,

com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza e, ainda a promoção da saúde e atenção à saúde. No que diz respeito, ao Pacto pela Defesa do SUS foi instituída a implantação de um projeto permanente de mobilização social com a finalidade de:

Mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal garantidor desses direitos. Alcançar, no curto prazo, a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pelo Congresso Nacional. Garantir, no longo prazo, o incremento dos recursos orçamentários e financeiros para a saúde. Aprovar o orçamento do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas (BRASIL, 2006d).

No que tange ao Pacto pela Gestão, as prioridades estiveram em torno de uma definição de responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS e no estabelecimento de diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação em saúde (BRASIL, 2006d).

A Portaria nº 698/GM, de 30 de março de 2006, definiu que os custos das ações de saúde é responsabilidade das três esferas do governo, conforme descrito na CF e na lei nº 8.080/90. Desta forma foram criados blocos de financiamento para onde os recursos federais destinados às ações e serviços fossem transferidos. O art. 3º desta portaria definiu os seguintes blocos de financiamento:

- I - Atenção Básica;
- II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;
- III - Vigilância em Saúde;
- IV - Assistência Farmacêutica; e
- V - Gestão do SUS (BRASIL, 2006e).

Neste contexto, a Portaria nº 698/06 definiu também a constituição de cada um dos blocos acima citados, que no caso do Bloco da Assistência Farmacêutica foi constituído por quatro componentes: **Componente Básico da Assistência Farmacêutica, Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional e Componente de Organização da Assistência Farmacêutica**. Esta portaria determinou ainda que os recursos destinados ao Bloco da AF deveriam ser aplicados, exclusivamente, para cada um dos componentes que o constituíram (BRASIL, 2006e).

Diante de tantas inserções realizadas para alavancar a AF na ABS do SUS, o Departamento de Assistência Farmacêutica do MS fez uma publicação intitulada “Aquisição de Medicamentos para Assistência Farmacêutica do SUS”, esta publicação continha informações técnicas e didáticas que tinham por objetivo auxiliar os gestores no processo de

organização/gestão da AF, principalmente no que se referia à aquisição de medicamentos para a rede pública:

A aquisição de medicamentos é uma das principais atividades da Gestão da Assistência Farmacêutica e deve estar estreitamente vinculada às ofertas de serviços e à cobertura assistencial dos programas de saúde. Uma boa aquisição de medicamentos deve considerar primeiro o que comprar (seleção); quando e quanto comprar (programação); e como comprar. O monitoramento e a avaliação dos processos são fundamentais para aprimorar a gestão e intervir nos problemas (BRASIL, 2006f).

A Portaria GM/MS nº 971, de 03 de maio de 2006, aprova a Política de Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. Esta portaria, recomendou a implementação de ações serviços relativos às práticas da Medicina Tradicional Chinesa/ Acupuntura, Medicina Antroposófica, Termalismo, Plantas Medicinais e Fitoterapia e Homeopatia pelas secretarias de saúde dos estados e municípios do país (BRASIL, 2006g).

Outro avanço para os usuários dos SUS, ocorreu ainda no ano de 2006, quando a Lei nº 11.347, de 27 de setembro, instituiu a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. Esta lei previa que, além dos medicamentos para diabetes, os pacientes receberiam agulhas e seringas para aplicação de insulina e também orientação de cunho educativa para a correta administração destes produtos. Neste contexto, esta lei demanda mais atividades para os serviços farmacêuticos de AF no SUS (BRASIL, 2006h).

Em 2007, a Portaria GM/MS nº 2.583, de 10 de outubro, definiu a relação de medicamentos e insumos que passariam a ser disponibilizados pelo SUS, tendo em vista que a Lei nº 11.347/06 não especificava quais os itens seriam disponibilizados para os usuários do SUS. Assim, além de definir a relação de medicamentos e insumos a ser disponibilizada, a Portaria nº 2.583/2007, informou que a abordagem terapêutica deve possuir caráter multiprofissional, incluindo o monitoramento da glicemia, planejamento da atividade física e dietética e a AF (BRASIL, 2007a).

No sentido de dar conta dos custos dos medicamentos e insumos descritos na Portaria nº 2.583/07, o MS aprovou as normas de execução e de financiamento da AF na ABS, como parte da PNAF do SUS, através da Portaria GM/MS nº 3.237, de 24 de dezembro, de 2007. O anexo I desta Portaria descreveu o elenco de referência dos medicamentos e insumos do componente básico da AF, onde constava que tal elenco deveria atender os agravos oriundos da ABS, conforme descrito nos incisos do art. 1º:

§ 1º Os medicamentos são integrantes da RENAME vigente.

§ 2º Outros medicamentos constantes da RENAME vigente e que tenham indicação na atenção básica, de acordo com a necessidade local/regional, poderão ser incluídos e fazer parte do Elenco de Referência, desde que pactuado nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB, podendo se dar seu financiamento com os recursos financeiros definidos nesta Portaria.

§ 3º Sem prejuízo da garantia do fornecimento/dispensação dos medicamentos para atendimento dos agravos cuidados na atenção básica em saúde e em atenção ao perfil epidemiológico local/regional, a disponibilização de todos os medicamentos constantes do Elenco de Referência não é obrigatória (BRASIL, 2007b).

A ampliação dos serviços de AF na ABS pode ser percebida também pela Portaria GM/MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Tal Portaria tratou de regulamentar o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. No que diz respeito à ABS, a Portaria GM/MS nº 204/07 define que o Bloco de Atenção Básica é constituído pelo Piso de Atenção Básica Fixo e pelo Piso de Atenção Básica Variável, ou seja, PAB Fixo e PAB Variável, respectivamente. O PAB Fixo refere-se ao financiamento das ações de ABS do Fundo Nacional de Saúde e aos fundos do Distrito Federal e dos municípios. Este recurso deve ser aplicado às ações de descentralização das unidades da saúde. No que tange ao PAB Variável, os recursos do financiamento devem ser direcionados, prioritariamente, para ações estratégicas da ABS que envolvam a **Saúde da Família, os Agentes Comunitários em Saúde (ACS), a Saúde Bucal, a Compensação de Especificidades Regionais, o Fator de Incentivo de Atenção à Saúde aos Povos Indígenas, o Incentivo para a Atenção à Saúde no Sistema Penitenciário; o Incentivo para a Atenção Integral à Saúde do adolescente em conflito com a lei e internação provisória, e outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico** (BRASIL, 2007c). No que se refere à AF, a Portaria GM/MS nº 204/07 definiu no seu art. 25 as especificações para o Componente Básico da AF no SUS:

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da atenção básica.

§ 1º O Componente Básico da Assistência Farmacêutica é composto de uma Parte Financeira Fixa e de uma Parte Financeira Variável.

§ 2º A Parte Financeira Fixa do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em um valor per capita, destinado à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica em atenção básica, transferido aos Estados, ao Distrito Federal e (ou) Municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB.

§ 3º Os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da Parte Fixa do Componente Básico, como contrapartida, em recursos financeiros, medicamentos ou insumos, conforme pactuação na CIB e normatização da Política de Assistência Farmacêutica vigente.

§ 4º A Parte Financeira Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica consiste em valores per capita, destinados à aquisição de medicamentos e insumos da assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

§ 5º Os recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica referentes a medicamentos para os Programas de Asma e Rinite, Hipertensão e Diabetes, devem ser descentralizados para Estados, Distrito Federal ou Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite.

§ 6º Os demais recursos da Parte Variável do Componente Básico da Assistência Farmacêutica poderão ser executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde ou descentralizados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite e, posteriormente, nas Comissões Intergestores Bipartite, mediante a implementação e a organização dos serviços previstos nesses programas.

§ 7º Os recursos destinados ao medicamento Insulina Humana, do grupo de medicamentos do Programa Hipertensão e Diabetes, serão executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde, conforme pactuação na CIT” (BRASIL, 2007c).

Em 2008, o MS publicou a Portaria nº 154, de 24 de janeiro, que criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) com objetivo de ampliar a abrangência das ações da ABS apoiando a inserção da ESF na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. De acordo com a Portaria nº 154/08, os NASF foram classificados em NASF 1 e NASF 2, sendo vedada a implantação concomitante destes nos municípios e no Distrito Federal (DF).

“§ 1º O NASF 1 deverá ser composto por, no mínimo cinco profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 2º deste artigo.

§ 2º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 1 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; e Terapeuta Ocupacional.

§ 3º O NASF 2 deverá ser composto por no mínimo três profissionais de nível superior de ocupações não-coincidentes entre as listadas no § 4º deste artigo.

§ 4º Para efeito de repasse de recursos federais, poderão compor os NASF 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO: Assistente Social; Profissional da Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Nutricionista; Psicólogo; e Terapeuta Ocupacional” (BRASIL, 2008b).

Portanto, verifica-se que o NASF, independentemente da classificação, é composto por uma equipe multiprofissional (que inclui o farmacêutico) para o desenvolvimento das ações em saúde das equipes da saúde da família. Neste sentido, a Portaria nº 154/08 favoreceu, mesmo que de forma incipiente, a contratação de farmacêuticos para atuação nos serviços de AF da ABS (BRASIL, 2008b).

Neste contexto, a Portaria nº 154/08, define ainda ações de AF com vistas à inserção dos serviços farmacêuticos na ESF da ABS, de forma a garantir o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos conforme estabelecido pela PNM e pela PNAF, que neste quesito

encontram-se alinhadas às diretrizes da SUS no que se refere à promoção, prevenção e recuperação da saúde. Tal portaria descreve ainda as ações a serem desenvolvidas no âmbito da AF na ABS do SUS:

- coordenar e executar as atividades de Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica/Saúde da Família;
- auxiliar os gestores e a equipe de saúde no planejamento das ações e serviços de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família, assegurando a integralidade e a intersetorialidade das ações de saúde;
- promover o acesso e o uso racional de medicamentos junto à população e aos profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o uso;
- assegurar a dispensação adequada dos medicamentos e viabilizar a implementação da Atenção Farmacêutica na Atenção Básica/Saúde da Família;
- selecionar, programar, distribuir e dispensar medicamentos e insumos, com garantia da qualidade dos produtos e serviços;
- receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos na Atenção Básica/Saúde da Família;
- acompanhar e avaliar a utilização de medicamentos e insumos, inclusive os medicamentos fitoterápicos, homeopáticos, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população;
- subsidiar o gestor, os profissionais de saúde e as ESF com informações relacionadas à morbimortalidade associados aos medicamentos;
- elaborar, em conformidade com as diretrizes municipais, estaduais e nacionais, e de acordo com o perfil epidemiológico, projetos na área da Atenção/Assistência Farmacêutica a serem desenvolvidos dentro de seu território de responsabilidade;
- intervir diretamente com os usuários nos casos específicos necessários, em conformidade com a equipe de Atenção Básica/Saúde da Família, visando uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados à melhoria da qualidade de vida;
- estimular, apoiar, propor e garantir a educação permanente de profissionais da Atenção Básica/Saúde da Família envolvidos em atividades de Atenção/Assistência Farmacêutica; e
- treinar e capacitar os recursos humanos da Atenção Básica/ Saúde da Família para o cumprimento das atividades referentes à Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2008b).

Em 2009, o MS publicou a Portaria nº 2.982, em 26 de novembro, que aprovou novas normas de execução e financiamento da AF na atenção à saúde que revogou a Portaria nº 3.237/07. A Portaria nº 2.982/09 ampliou o elenco de referência nacional do componente básico da AF, definindo quais tipos de medicamentos deveriam ser adquiridos em cada esfera de gestão do SUS (BRASIL, 2009a).

A despeito do foco desta dissertação ser a inserção dos técnicos em farmácia na ABS do SUS, pode-se destacar entre os espaços de atuação com presença marcante dos auxiliares e técnicos em farmácia na AF. Assim, tem-se a Portaria nº 4.283, em 30 de dezembro de 2010, que aprovou as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais, tendo como base os princípios e diretrizes do SUS e da PNAF. As diretrizes da Portaria nº 4.283/10 contaram com a participação de diversas instituições ligadas às atividades farmacêuticas, como a Sociedade

Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços Farmacêuticos (SBRAFH), Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), além de instituições ligadas ao SUS como MS, CONASS, CONASEMS, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Confederação Nacional de Saúde (CNS). Como fruto da discussão entre as instituições citadas acima, definiu-se que as estratégias e diretrizes contidas na Portaria nº 4.283/10 devem abranger as farmácias integradas ao serviço público e também as farmácias do setor privado com ou sem fins lucrativos e filantrópicos. Esta portaria definiu ainda que os principais objetivos da gestão de farmácia hospitalar são:

[...] garantir o abastecimento, dispensação, acesso, controle, rastreabilidade e uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde; assegurar o desenvolvimento de práticas clínico-assistenciais que permitam monitorar a utilização de medicamentos e outras tecnologias em saúde; otimizar a relação entre custo, benefício e risco das tecnologias e processos assistenciais; desenvolver ações de assistência farmacêutica, articuladas e sincronizadas com as diretrizes institucionais; e participar ativamente do aperfeiçoamento contínuo das práticas da equipe de saúde (BRASIL, 2010a).

Segundo a Portaria nº 4.283/10, as farmácias hospitalares devem contar com farmacêuticos e auxiliares para realização das atividades de AF de acordo com as demandas de cada hospital. Neste contexto, a responsabilidade técnica da farmácia hospitalar é privativa do profissional farmacêutico, contudo, cabe a este profissional promover ações educativas para profissionais habilitados e com formação para desenvolver as ações e serviços farmacêuticos com foco na adoção de práticas seguras, tanto na assistência, quanto no cuidado à saúde. Assim, segundo a Portaria nº 4.283/10 a farmácia hospitalar amplia o campo de atuação profissional não apenas para farmacêuticos, mas também para auxiliares e técnicos em farmácia, que de acordo com seu perfil de formação encontram-se legalmente habilitados a prestar serviços farmacêuticos também em âmbito hospitalar (BRASIL, 2010a).

Ainda no ano de 2010, o MS publicou a Portaria MS/GM nº 4.217, de 28 de dezembro, que aprovou as normas de execução e de financiamento da AF na atenção básica. Tal portaria previa que 15% dos recursos anuais do Componente Básico da AF fossem destinados à aquisição de equipamentos e mobiliários destinados a estruturar as ações de AF, além disso, previa também a realização vinculada à qualificação profissional e educação continuada dos recursos humanos dos profissionais da AF da ABS do SUS (2010b). Em 2013, a Portaria GM/MS nº 1.555/13 revogou a Portaria MS/GM nº 4.217/10. Contudo, as orientações referentes à utilização dos 15% dos recursos anuais do Componente Básico da AF continuaram a ser obedecidas (BRASIL, 2010b; BRASIL, 2013).

No que se refere aos critérios para o acesso universal e igualitário à AF no SUS estão dispostos no Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90, para a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e articulação interfederativa. Tais critérios foram instituídos de acordo com o art. 28:

- I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
 - II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
 - III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e
 - IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.
- § 1º Os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à assistência farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem.
- § 2º O Ministério da Saúde poderá estabelecer regras diferenciadas de acesso a medicamentos de caráter especializado (BRASIL, 2011a).

Em 2012, o MS instituiu o Programa Nacional de Qualificação da AF no âmbito do SUS (QUALIFAR-SUS) através da Portaria GM/MS nº 1.214/12, de 13 de junho de 2012. Este programa tem a finalidade contribuir para o aprimoramento das ações e serviços farmacêuticos da AF, de forma a oferecer uma atenção contínua, integral e humanizada aos usuários do SUS. As diretrizes do QUALIFAR-SUS estão definidas no art.3º da Portaria nº 1.214/12:

- I - promover condições favoráveis para a estruturação dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS) como estratégia de qualificação do acesso aos medicamentos e da gestão do cuidado;
- II - contribuir para garantia e ampliação do acesso da população a medicamentos eficazes, seguros, de qualidade e o seu uso racional, visando à integralidade do cuidado, resolutividade e o monitoramento dos resultados terapêuticos desejados;
- III - estimular a elaboração de normas, procedimentos, recomendações e outros documentos que possam orientar e sistematizar as ações e os serviços farmacêuticos, com foco na integralidade, na promoção, proteção e recuperação da saúde;
- IV - promover a educação permanente e fortalecer a capacitação para os profissionais de saúde em todos os âmbitos da atenção, visando ao desenvolvimento das ações da Assistência Farmacêutica no SUS; e
- V - favorecer o processo contínuo e progressivo de obtenção de dados, que possibilitem acompanhar, avaliar e monitorar a gestão da Assistência farmacêutica, o planejamento, programação, controle, a disseminação das informações e a construção e acompanhamento de indicadores da Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2012a).

O QUALIFAR-SUS foi organizado em quatro eixos: Eixo da Estrutura, Eixo da Educação, Eixo da Informação e Eixo do Cuidado. A articulação destes quatro eixos visa a melhoria contínua dos serviços de AF no SUS (BRASIL, 2012a).

No que diz respeito à lista de medicamentos constantes na RENAME, as últimas atualizações a partir da PNAF ocorreram nos anos de 2006, 2008, 2010, 2012 e a de 2014, sendo esta última pela Portaria nº 1, de 2 de janeiro de 2015. Vale ressaltar que a atualização

da RENAME é regulamentada pela PNM e pela PNAF, e representa uma importante ferramenta para as atividades de acesso aos medicamentos e produtos essenciais à saúde. (BRASIL, 2008; BRASIL, 2010c, BRASIL, 2012b, BRASIL, 2015).

A partir da instituição da PNAF, verifica-se um grande esforço para a organização e estruturação da AF no SUS, contudo, estas medidas apresentam-se ainda de forma incipiente frente à demanda e necessidade de investimento para a realização de uma AF que atenda com qualidade e eficácia os usuários do SUS. Neste sentido, é preciso avançar na qualificação de dos profissionais em farmácia, para que se possa aumentar a inserção destes profissionais no âmbito operacional e de gerenciamento da AF no SUS.

4. EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

4.1 A EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO BRASIL

A Educação Profissional em Saúde foi instituída no Brasil a partir da Lei nº 4.024, de 20 de novembro de 1961 (LDB/1961), que regulamentou a educação profissional para o setor da saúde. De acordo com LIMA (1996), antes da regulamentação da LDB/1961, o ensino técnico era organizado de acordo com as Leis Orgânicas de Ensino promulgadas pelo ministro Gustavo de Capanema, durante o período do Estado Novo. As Leis Orgânicas de Ensino tratavam da formação de profissionais para as áreas do comércio, indústria, agricultura. De acordo com o art. 47 da LDB de 1961, **os cursos técnicos de nível médio não especificados nessa lei serão regulamentados nos diferentes sistemas de ensino**. Assim, este artigo abriu precedentes para a criação de cursos técnicos de nível médio em saúde (BRAIL, 1961; LIMA, 1996).

As discussões em torno da Educação Profissional em Saúde ficaram mais evidentes após a 4ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1967, que teve como objetivo a formulação de propostas para uma política de formação e avaliação dos recursos humanos para o desenvolvimento das atividades em saúde. Neste contexto, a 4ª Conferência Nacional de Saúde favoreceu o desenvolvimento da formação de técnicos em saúde de nível médio. Vale ressaltar, que este campo de atividade profissional apresentava-se como um potencial mercado de trabalho em função do crescente desenvolvimento econômico brasileiro entre o final da década de 1960 e início dos anos 1970, período que ficou conhecido como o **milagre econômico**, o que propiciou a ampliação da utilização de equipamentos nos serviços de saúde, principalmente em âmbito hospitalar (PEREIRA; RAMOS, 2006). Neste contexto, existia uma proposta educacional direcionada para a produção e para o exercício do trabalho e, de acordo com Lima, Ramos e Neto (2014, p. 97):

Neste período cresce o volume de recursos para assistência médica financiada com fundos previdenciários; a assistência médica é cada vez mais realizada por instituições privadas; o padrão de organização do setor é centrado no hospital, seguindo uma tendência dos países capitalistas centrais, com elevado grau de utilização de equipamentos e fármacos e com especialização crescente de mão de obra empregada; e a tecnologia incorporada, tanto na produção de serviços quanto na produção de insumos, é de ponta.

Portanto, ocorreu no Brasil, um crescimento exponencial de clínicas e hospitais privados que prestavam serviços em saúde. Tal crescimento estava associado ao processo de

crescimento da industrialização, que ampliou, por exemplo, a utilização de medicamentos produzidos pelas indústrias farmacêuticas (LIMA; RAMOS; NETO; 2013).

A Lei nº 5.692/71 instituiu compulsoriamente a profissionalização do ensino de 2º grau, com objetivo de estabelecer uma formação apropriada para atender às demandas do mercado do trabalho. Esta lei viabilizou a regulamentação de várias habilitações técnicas em saúde dentre as quais: administração hospitalar, análises clínicas, enfermagem, farmácia, nutrição e dietética, radiologia, ótica, reabilitação, saneamento, saúde bucal. (GIARDINI, 1996 apud, LIMA, 2013).

Segundo Pronko e colaboradores (2011), as discussões em torno da Educação Profissional em Saúde surgem na década de 1980, no âmbito da Reforma Sanitária, quando existia no Brasil um quantitativo de trabalhadores com qualificação precária inseridos nos serviços de saúde. Isto porque até os anos 1980 o processo de formação dos trabalhadores técnicos em saúde era realizado em escolas de formação técnica anexas aos hospitais públicos e privados. De acordo com Lima (2010) “[...] o treinamento em serviço foi uma forma histórica de iniciação profissional na área saúde, para a qual, durante décadas, o tempo de formação prática prevaleceu sobre o tempo de formação escolar”.

Assim, diante da crescente necessidade de uma maior e melhor formação de trabalhadores para o segmento da saúde, surge o Projeto Larga Escala, instituído pela Resolução CIPLAN nº 15, de 11 de novembro de 1985, que aprovou a formação em larga escala dos profissionais de nível fundamental e médio. Este projeto foi amparado pela Lei nº 5.692/71 e teve como objetivo principal a formação de recursos humanos para o segmento da saúde.

O Larga Escala teve como base um modelo de educação profissional descentralizado e em com estreita relação com os serviços de saúde através de profissionais ligados a área da enfermagem. A adoção desta estratégia fez com que este projeto se tornasse um marco no processo de formação técnica para o segmento da saúde. O Projeto Larga Escala possuía caráter interinstitucional, com base no Acordo de Recursos Humanos, firmado entre o Ministério da Saúde, o Ministério da Educação e Cultura, Ministério da Previdência e Assistência Social e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Desta forma, o Larga Escala tornou-se uma estratégia político-pedagógica para a formação dos trabalhadores técnicos em saúde (BRASIL, 1985; PEREIRA; LIMA, 2009; PRONKO et al. 2011).

De acordo com Pronko et al. (2011), o Projeto Larga Escala:

[...] está na gênese da constituição de uma rede de escolas técnicas de saúde, atualmente, denominada Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

(RET-SUS), em sua maioria, vinculadas às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde dos diversos estados brasileiros e voltadas para a profissionalização dos trabalhadores técnicos já inseridos nos serviços de saúde

A Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (LDB/96), estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional. Esta lei propiciou várias regulamentações para a estrutura educacional do Nível Fundamental, do Nível Médio e da Educação Profissional de Nível Técnico (BRASIL, 1996).

A LDB/96 foi complementada pelo Decreto nº 2.208, de 17 de abril de 1997, que estabeleceu níveis para a Educação Profissional, diferenciando-os em básico, técnico e tecnológico. Este decreto estabeleceu ainda os objetivos para a Educação Profissional:

- I - promover a transição entre a escola e o mundo do trabalho, capacitando jovens e adultos com conhecimentos e habilidades gerais e específicas para o exercício de atividades produtivas
- II - proporcionar a formação de profissionais, aptos a exercerem atividades específicas no trabalho, com escolaridade correspondente aos níveis médio, superior e de pós-graduação;
- III - especializar, aperfeiçoar e atualizar o trabalhador em seus conhecimentos tecnológicos;
- IV - qualificar, reprofissionalizar e atualizar jovens e adultos trabalhadores, com qualquer nível de escolaridade, visando a sua inserção e melhor desempenho no exercício do trabalho (BRASIL, 1997b).

Neste contexto, a LDB/96 e o Decreto nº 2.208/97 estabeleceram que a Educação Profissional fosse atrelada ao desenvolvimento de competências e habilidades para o mercado de trabalho, ou seja, não possuindo necessariamente uma ligação com o processo sistemático de escolarização. De acordo com o Decreto nº 2.208/97, os estudantes poderiam cursar a educação profissional técnica concomitantemente ao ensino médio ou após a sua conclusão, mas não em mesmo turno, tampouco, na mesma instituição de ensino. Portanto, este decreto inviabilizava a execução de cursos técnicos integrados ao ensino médio, fato que propiciou sua revogação, através do Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004, o que permitiu a oferta de cursos técnicos profissionalizantes de forma integrada e em mesma instituição de ensino. As alterações instituídas pelo Decreto nº 5.154/04 foram incluídas na LDB/96 por meio de Lei nº 11.741, de 16 de junho de 2008. (BRASIL, 1996; BRASIL, 1997b, BRASIL, 2004d; BRASIL, 2008c).

As alterações realizadas na LDB/96 não constituíram novas diretrizes curriculares nacionais, desta forma, prevaleceram as regulamentações específicas para a Educação e para o exercício profissional. Diante deste cenário, o MEC publicou a Portaria nº 870, de 16 de julho de 2008, que aprova o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, que teve por objetivo auxiliar as escolas na organização e oferta dos cursos técnicos de nível médio, pois de acordo com

Lima, Ramos e Neto (2013) “o *Catálogo*, em alguma medida, considerou a configuração e a dinâmica ocupacional do mercado de trabalho contemporâneo, com as quais se espera que a oferta em Educação Profissional possa minimamente convergir”

Segundo o Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos Anísio Teixeira (INEP/MEC), dentre os cursos de Educação Profissional, o segmento da saúde tem apresentado um crescimento exponencial, pois no diz respeito ao número de matrículas, o segmento da saúde passa de aproximadamente 82.000 em 1999 para 306.088 em 2009, representando um crescimento de 373%. Este crescimento é justificado pela expansão tecnológica de produtos e serviços do setor saúde nas últimas décadas (BRASIL, 2011b).

Entretanto, de acordo com Lima, Ramos e Neto (2013, p. 114):

[...]o ensino técnico em saúde no país foi tardiamente regulamentado e não seguiu o mesmo curso da instituição, expansão e consolidação do ensino industrial, ainda que suas histórias sejam particularidades interconexas do tortuoso e contraditório movimento da relação entre trabalho, educação, e saúde.

Portanto, podemos constatar que a Educação Profissional em Saúde é dotada de características complexas no que diz respeito à formação e qualificação dos trabalhadores técnicos para atuação nos serviços de saúde, o que nos coloca diante de um desafio de refletir sobre o processo de formação desta categoria profissional, analisando o contexto histórico político, econômico, social e cultural, que envolvem os profissionais técnicos em saúde, inclusive os profissionais da área de farmácia.

4.2 A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS EM FARMÁCIA DE NÍVEL MÉDIO: TRAJETÓRIA E ASPECTOS CONTRADITÓRIOS

Para iniciar as discussões em torno da trajetória de formação dos profissionais de farmácia de nível médio, faz-se necessário destacar que tal abordagem percorrerá o caminho das artes farmacêuticas no Brasil, ou seja, como se desenvolveram as técnicas das atividades farmacêuticas independentemente do grau de escolarização/formação. Neste sentido, inicialmente, foram considerados técnicos os que, em alguma medida, desenvolviam alguma atividade ligada às técnicas das artes farmacêuticas na obtenção de remédios e medicamentos. Contudo, estas discussões acompanharam o processo de instituição da profissão farmacêutica no Brasil, através do desenvolvimento de normas e regulamentações ligadas ao segmento da saúde, da educação e dos órgãos de regulamentação da prática farmacêutica, pois através destes segmentos foi possível compreender o percurso conflituoso e contraditório dos profissionais que detinham o conhecimento das técnicas farmacêuticas.

Portanto, somente a partir desta acepção, foi possível identificar marcos legais que contribuíram para a institucionalização das profissões farmacêuticas bem como para apontar para as possíveis articulações para a divisão do trabalho de acordo com o grau de formação.

Assim, a ocorrência do processo de divisão do trabalho não é exclusividade da área da farmácia, outras profissões da área da saúde tiveram processos semelhantes, como por exemplo, a enfermagem e odontologia, que tiveram como desdobramentos a profissionalização dos auxiliares e técnicos de enfermagem, dos auxiliares e técnicos em saúde bucal, respectivamente. Em ambos os casos, e independente do grau de formação, os profissionais são considerados técnicos, por conhecerem e realizarem técnicas de acordo com a especificidade de cada área.

Neste contexto, estão os profissionais das técnicas farmacêuticas, não somente os profissionais de nível superior em farmácia, mas também os auxiliares/práticos e técnicos em farmácia, ou seja, aqueles detentores de alguma técnica das artes farmacêuticas.

No Brasil do início do século XIX, o farmacêutico recebia o nome de boticário, sendo este o detentor da arte de manipular substâncias e de preparar medicamentos. As farmácias eram conhecidas como boticas, ou seja, estabelecimentos de propriedade do farmacêutico aonde eram manipulados medicamentos e para onde praticamente toda a população recorria para adquirir medicamentos e receber orientações sobre como utilizá-los como tratamento para enfermidades. As boticas/farmácias eram, portanto, locais onde a população buscava solução para os problemas de saúde e, em consequência disto, os farmacêuticos desenvolviam uma relação de confiança com a sociedade. Vale ressaltar que não existiam tantas boticas/farmácias e que, em muitas cidades, existia apenas um estabelecimento farmacêutico, fato que estreitava ainda mais esta relação de confiança. Contudo, esta relação desenvolveu-se socialmente sem nenhum embasamento científico², ou quaisquer normatizações por meio de leis ou regulamentações que dessem conta de formar e/ou regulamentar esta atividade. Assim, as técnicas e conhecimentos referentes às atividades das artes farmacêuticas eram transmitidos pelos que “desenvolveram” a técnica através da prática, de forma que os que despertavam interesse em aprendê-las deveriam, portanto, praticá-las, caracterizando um tipo de ensinamento do “mestre” para o “aprendiz”. Ou seja, o farmacêutico já contava com “auxiliares/aprendizes” nas atividades de obtenção de medicamentos das boticas/farmácias mesmo não existindo instituições formadoras para o ofício de farmacêutico. É importante salientar que o governo da época autorizava que leigos abrissem boticas e que, além disto, não

² Sendo, nesta acepção, considerado apenas o modelo de ciência tradicional e positivista.

existia fiscalização regular das boticas, de forma que não existiam procedimentos definidos para as atividades de obtenção e manipulação de remédios e medicamentos (SANTOS, 1999; VELLOSO, 2007).

Enfim, no Brasil colônia, o processo de “formação” dos boticários se dava através da realização de aulas teóricas e de atividades práticas ministradas nas boticas pelos que já possuíam a experiência na atividade de boticário, com posterior realização de exames pela Fisicatura-mor. Segundo Edler (2006):

A Fisicatura-mor era o órgão responsável pela fiscalização do exercício das artes de curar e pela concessão de cartas de físicos, boticários, médicos práticos e curandeiros do Reino, sendo representado pelos cargos de Físico-mor, escrivão-secretário, juízes-comissários-delegados, escrivão, meirinho e visitador-examinadores da arte farmacêutica.

Assim, para ser reconhecidos como boticários deveriam prestar exames que comprovassem o conhecimento teórico e prático sobre a *Pharmacopêa Geral para o Reino e Domínios de Portugal* (conforme título original), que representava o código da atividade dos boticários e que reunia a descrição das técnicas para elaboração de formulações e preparo de medicamentos (BRASIL, 2010c). Atualmente, no Brasil, a farmacopeia está em sua 5ª edição e apresentando a seguinte definição:

A Farmacopéia Brasileira é o Código Oficial Farmacêutico do País, onde se estabelecem, dentre outras coisas, os requisitos mínimos de qualidade para fármacos, insumos, drogas vegetais, medicamentos e produtos para a saúde (BRASIL, 2010c).

Além da aprovação neste exame pela banca da Fisicatura-mor, se fazia necessária a comprovação de prática por um período de quatro anos em uma botica de responsabilidade de um boticário já aprovado. Cumprindo tais requisitos, o candidato recebia um título denominado **Regio da Carta de Farmácia do Boticário** que era expedido pelo delegado da Fisicatura-mor (EDLER, 2006; VELLOSO, 2007). Verifica-se aqui, ainda que de forma incipiente, um esforço para a implantação, regulamentação e registro das atividades dos profissionais em farmácia. Contudo, esta “formação” não possuía caráter de nível superior, o que sugere que a mesma referia-se, inclusive, a um nível elementar de formação educacional.

Em 1828, teve início o processo de extinção da Fisicatura-mor de forma que a responsabilidade de fiscalização sanitária e a regulamentação das artes terapêuticas fossem transferidas para a Câmara Municipal. Assim, foram extintos os cargos que representavam a autoridade sanitária na época da Fisicatura (Físico-mor e Provedor-mor de Saúde). A partir deste ano, a Câmara Municipal se tornou responsável pela inspeção pública, incluindo a

fiscalização das farmácias. Tal fiscalização era realizada pelos então nomeados inspetores de saúde. Estes profissionais passaram a representar a autoridade sanitária que fiscalizava as boticas em ações como exame de qualidade e estado das drogas, aferição de pesos, verificação da limpeza e higiene, além da fiscalização de preços (EDLER, 2006; VELLOSO, 2007).

Com o surgimento das primeiras Escolas de Farmácia nas universidades de países como Espanha e Portugal, começa a se desenvolver o processo de regulamentação e institucionalização do ensino farmacêutico a nível mundial e, desta forma, os conhecimentos inerentes às atividades farmacêuticas passaram a se constituir com base em experimentos de caráter técnico-científico, fato que viria a garantir uma padronização das atividades dos profissionais em farmácia (EDLER, 2006; SATURNINO et al., 2012).

No Brasil, a Carta Régia, publicada em 03 de outubro de 1832, por Dom Pedro II, promove a organização das atividades médico-cirúrgicas, apresentando assim, importantes modificações para o ensino, pois possibilitou a criação das Faculdades de Medicina e Farmácia nas cidades do Rio de Janeiro e da Bahia - esta publicação ficou conhecida como a “Reforma do Ensino Médico”, que informa em seu Art. 11, que: As Faculdades concederão os títulos seguintes: 1º de Doutor em Medicina: 2º de Pharmaceutico (sic): 3º de Parteira. Fica determinado, então, que o processo para obtenção do título de farmacêutico não se daria mais pelos critérios anteriormente estabelecidos pela Fisicatura-mor e, posteriormente, pela Câmara Municipal da Corte. Tal afirmativa se consolida no Art.13 da Reforma do Ensino Médico: “Sem título conferido, ou aprovado pelas ditas Faculdades, ninguém poderá curar, ter botica, ou partejar[...]” (BRASIL, 1832). Esta lei determinou, também, quais matérias seriam ministradas no curso de farmácia e, ainda, que estas fossem cumpridas em um período de três anos:

1º Ano – Física Médica, Botânica Médica e Princípios de Zoologia; 2º Ano – Botânica Médica, Princípios Elementares de Zoologia, Química Médica e Princípios Elementares de Mineralogia; 3º Ano – Botânica Médica, Princípios Elementares de Zoologia, Matéria Médica (especialmente a brasileira), Farmácia e Arte de Manipular (BRASIL, 1832).

Além do cumprimento de tais disciplinas, os que seguissem o curso de farmacêutico deveriam se submeter a três anos de práticas em botica/farmácia de um boticário aprovado, e só então lhes era conferido o título de farmacêutico. Contudo, este período de práticas poderia ocorrer concomitantemente às disciplinas a serem cumpridas.

Em 1839, surge, na cidade mineira de Ouro Preto, a primeira faculdade de farmácia do Brasil, independente do Curso de Medicina. A partir daí, surgem, também, espaços para a discussão sobre o ensino e a atuação dos profissionais em farmácia, bem como acerca do

papel deste profissional na prestação de serviços à saúde da população: a Sociedade Farmacêutica Brasileira (1851) e o Instituto Farmacêutico do Rio de Janeiro (1858). Tais entidades lutavam pelo combate ao exercício ilegal da profissão, pela melhoria do ensino em farmácia e, principalmente, pela criação de um código farmacêutico brasileiro, tendo em vista que, mesmo diante da necessidade do título para exercer a profissão, existiam ainda a prática das artes terapêuticas por pessoas que não possuíam título para tal (curandeiros e sangradores) caracterizando, portanto, o exercício ilegal de tais atividades (VELLOSO, 2007).

O movimento para a institucionalização e regulamentação da profissão farmacêutica se deu paulatinamente, fato que propiciou funcionamento de muitos estabelecimentos farmacêuticos sem presença do profissional titulado e legalmente apto para exercer a função. Neste contexto, o segmento farmacêutico começa a sofrer problemas quanto à identidade deste profissional, pois os “aprendizes” (que não chegaram a prestar exame à Fisicatura), os “auxiliares” das boticas e os proprietários de farmácia tão logo passaram ser denominados como práticos em farmácia, oficial em farmácia e até mesmo provisionado em farmácia - este último era o termo utilizado especificamente para os proprietários que não possuíam qualquer tipo de formação na área farmacêutica e que, na grande maioria dos casos, tinham apenas interesse comercial com venda de medicamentos e pouco (ou nenhum) comprometimento com a saúde da população. Assim, podemos perceber que, mesmo de forma incipiente, começam a surgir fronteiras (divisões) nas atividades laborais em farmácia. Vale lembrar que a formação para o título de farmacêutico demandava um período de três anos, além do período comprobatório do exercício de práticas em farmácia (podendo este ser realizado em paralelo com as disciplinas) (BRASIL, 1832).

Contudo, independentemente das denominações atribuídas aos que desenvolviam atividades em farmácia, as mesmas só poderiam funcionar com a presença de, pelo menos, um farmacêutico que tivesse cursado com aprovação a faculdade de farmácia e que este possuísse diploma legalmente reconhecido. Isso desencadeou uma série de articulações entre os “não-farmacêuticos” para que lhes fosse concedido o direito de se responsabilizar tecnicamente por seus estabelecimentos, visto que os farmacêuticos ainda estavam em um processo de formação e titulação pelas faculdades de farmácia. Durante este período de transição muitos práticos, oficiais e auxiliares de farmácia conseguiram autorização para exercer suas atividades na área, o que gerava insatisfações e questionamentos por parte de grupos de farmacêuticos que compunham a Sociedade Farmacêutica Brasileira e do Instituto Farmacêutico do Rio de Janeiro. Tais fatos levaram à criação dos Conselhos de Farmácia, em 1960 (BRASIL, 1832; BRASIL, 1960; SANTOS, 1999).

De acordo com a Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960:

Art. 1º - Ficam criados os Conselhos Federal e Regionais de Farmácia, dotados de personalidade jurídica de direito público, autonomia administrativa e financeira, destinados a zelar pela fiel observância dos princípios da ética e da disciplina da classe dos que exercem atividades profissionais farmacêuticas no País (BRASIL, 1960).

Portanto, com a criação dos Conselhos de Farmácia, as farmácias e o exercício dos profissionais farmacêuticos passam a ser fiscalizados por estes órgãos.

Esta Lei nº 3.820/60 determina, ainda, critérios para licenciar os oficiais e práticos de farmácia, conforme seu Art. 33:

[...] oficiais de Farmácia, já habilitados na forma da lei, poderão ser provisionados para assumirem a responsabilidade técnico-profissional para farmácia de sua propriedade, desde que, na data da vigência desta lei, os respectivos certificados de habilitação tenham sido expedidos há mais de 6 (seis) anos pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina ou pelas repartições sanitárias competentes dos Estados e Territórios, e sua condição de proprietários de farmácia datada de mais de 10 (dez) anos, sendo-lhes, porém, vedado o exercício das mais atividades privativas da profissão de farmacêutico (BRASIL, 1960).

Esta peça legal marca, portanto, o fim da possibilidade dos práticos, oficiais, auxiliares e provisionados em farmácia tornarem-se responsáveis técnicos legais pelos estabelecimentos farmacêuticos, provocando desinteresse pela formação em oficial de farmácia, pois os concluintes dessa categoria não poderiam mais pleitear a assunção de responsabilidade técnica (BRASIL, 1960).

Ainda de acordo com Lei nº 3.820/60, a inscrição para os técnicos auxiliares de farmácia está expressa no Art. 14, parágrafo único:

Serão inscritos, em quadros distintos, podendo representar-se nas discussões, em assuntos concernentes às suas próprias categorias; a) os profissionais que, embora não farmacêuticos, exerçam sua atividade (quando a lei autorize) como responsáveis ou auxiliares técnicos de laboratórios industriais farmacêuticos, laboratórios de análises clínicas e laboratórios de controle e pesquisas relativas a alimentos, drogas, tóxicos e medicamentos; b) os práticos ou oficiais de Farmácia licenciados (BRASIL, 1960).

Neste contexto, o Art. 14 da lei de criação dos Conselhos de Farmácia, deixa claro quais são os campos de atuação na área farmacêutica para os profissionais sem formação de nível superior. Diante desta constatação, é possível compreender que desde a criação dos Conselhos de Farmácia, já era prevista inscrição de profissionais com níveis de formação diferentes da do farmacêutico (BRASIL, 1960).

A formação do profissional de 2º grau em farmácia surge na década 1970 em meio a intensas mudanças no modelo econômico, decorrentes do processo de industrialização

farmacêutica. Momento este no qual os medicamentos passaram a ser produzidos em grande escala nas indústrias e a formação de profissionais de farmácia no Brasil visava atender, portanto, às demandas do mercado de trabalho impostas pelo processo de industrialização (BRASIL, 1970).

Em 11 de dezembro de 1970, o então Presidente da República Emílio Garrastazu Médici sancionou a Lei nº 5.468/70, criando o Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI) vinculado ao Ministério da Indústria e Comércio. A principal função do INPI era executar as normas que regulam a propriedade industrial no país, conforme consta na redação do Art. 2º, parágrafo único, da mesma Lei:

Sem prejuízo de outras atribuições que lhe forem cometidas, o Instituto adotarà, com vistas ao desenvolvimento econômico do País, medidas capazes de acelerar e regular a transferência de tecnologia e de estabelecer melhores condições de negociações e utilização de patentes, cabendo-lhe ainda pronunciar-se quanto à conveniência da assinatura de ratificação ou denúncia de convenções, tratados, convenio e acordos sobre a propriedade industrial (BRASIL, 1970).

Neste contexto, com o incentivo do governo brasileiro ao processo de industrialização no país, a procura de mão-de-obra qualificada para atuar no segmento industrial/comercial era muito grande, fato que, dentre outros, contribuiu para a institucionalização dos ensinos de 1º e 2º graus com um currículo mínimo regulamentado pelo Ministério da Educação, na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 5.692), de 1971. Esta lei ficou conhecida como a Reforma do Ensino de 1º e 2º graus, que trazia em seu Art. 1º:

“O ensino de 1º e 2º graus tem por objetivo geral proporcionar ao educando, a formação necessária ao desenvolvimento de suas potencialidades como elemento de autorrealização, qualificação para o trabalho e preparo para o exercício consciente da cidadania” (BRASIL, 1971b).

O Art. 4º desta lei traz em sua redação a regulamentação para um currículo comum obrigatório:

Os currículos do ensino de 1º e 2º graus terão um núcleo comum, obrigatório em âmbito nacional, e uma parte diversificada para atender, conforme as necessidades e possibilidades concretas, às peculiaridades locais, aos planos dos estabelecimentos e às diferenças individuais dos alunos[...] (BRASIL, 1971b).

Ainda segundo o texto da Lei nº 5.692/71, as questões de habilitação profissional estão contempladas na parte diversificada do currículo:

Para o ensino de 2º grau, o Conselho Federal de Educação fixará, além do núcleo comum, o mínimo a ser exigido em cada habilitação profissional ou conjunto de habilitações afins. Mediante aprovação do Conselho Federal de Educação, os estabelecimentos de ensino poderão oferecer outras habilitações profissionais para as quais não haja mínimos de currículo previamente estabelecidos por aquele órgão, assegurada a validade nacional dos respectivos estudos (BRASIL, 1971b).

Neste contexto, no que diz respeito ao Curso Técnico de Farmácia, o período de formação demandava quatro anos, contemplando ainda a obrigatoriedade de 500 horas de estágio supervisionado em estabelecimentos farmacêuticos. O curso oferecia uma habilitação parcial em Auxiliar de Farmácia e, ao concluírem com aprovação o terceiro ano, os alunos recebiam o certificado de conclusão do 2º grau. Porém, para receber o diploma de Técnico de Farmácia, era indispensável conclusão do quarto ano (BRASIL, 1960; BRASIL, 1971b).

O currículo mínimo do curso de Técnico de Farmácia era dividido em: disciplinas do Núcleo Comum: **Comunicação e expressão, Estudos Sociais e Ciências**; Disciplinas estabelecidas pelo Art. 79 da Lei 5.692/71: **Educação Física, Educação Artística, Educação Moral e Cívica, Programas de Saúde e Ensino Religioso**; e a parte diversificada, que contemplava as disciplinas mínimas para cada habilitação profissional e que, no caso do currículo do Curso Técnico de Farmácia, era composta por:

“Noções de Administração Hospitalar, Legislação Farmacêutica, Noções de Organização e Funcionamento de Farmácia, Noções de Tecnologia Farmacêutica, Técnica de Venda, Psicologia e Ética e Estágio Supervisionado” (BRASIL, 1972; BRASIL, 1978).

Assim, os que cumprissem com aprovação o terceiro ano, receberiam o certificado de conclusão do 2º grau estando, portanto, habilitados a prosseguirem seus estudos em nível superior (BRASIL, 1960; BRASIL, 1971b).

No Brasil, a Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, traz no texto do seu Art. 15:

A farmácia e a drogaria terão, obrigatoriamente, a assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei.

§ 1º - A presença do técnico responsável será obrigatória durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento.

§ 2º - Os estabelecimentos de que trata este artigo poderão manter técnico responsável substituto, para os casos de impedimento ou ausência do titular.

§ 3º - Em razão do interesse público, caracterizada a necessidade da existência de farmácia ou drogaria, e na falta do farmacêutico, o órgão sanitário de fiscalização local licenciará os estabelecimentos sob a responsabilidade técnica de prático de farmácia, oficial de farmácia ou outro, igualmente inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei (BRASIL, 1973).

A redação da Lei nº 5.991/73 traz o termo “**técnico responsável**” fato que impulsionou os oficiais e técnicos de farmácia a reivindicarem para si a responsabilidade técnica dos estabelecimentos farmacêuticos. O contexto brasileiro de expansão industrial motivou o comércio varejista a incentivar a criação de mais cursos técnicos de farmácia com o discurso de que a dispensação de medicamentos industrializados não necessitava de um profissional com nível superior e que havia poucos farmacêuticos para um elevado número desses estabelecimentos. Portanto, levando a compreensão do texto legal ao pé da letra, os técnicos de farmácia poderiam substituir os farmacêuticos, assumindo para si a responsabilidade técnica de farmácia e drogarias comerciais (BRASIL, 1973).

Além disso, Lei nº 5.991/73 traz, em seu Art. 4º, a definição de alguns conceitos que parecem atender à lógica do mercado de trabalho industrial/comercial do capitalismo quando diferencia os estabelecimentos **Farmácia de Drogeria**:

[...] X - Farmácia - estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica;

XI - Drogeria - estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais [...] (BRASIL, 1973 p. 9-10).

Ao definir o termo **Drogeria**, as atividades laborais da área farmacêutica parecem ser reduzidas apenas à dispensação, que é o [...] ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não [...] (BRASIL, 1973, p. 10).

Tal situação gerou inúmeros conflitos que se desdobraram em ações judiciais para que o técnico de farmácia substituísse o farmacêutico. Contudo, as ações reivindicadas tiveram caráter indeferido, pois o Poder Judiciário interpretou que tais ações favoreciam exclusivamente aos interesses do comércio varejista para aumentar os lucros dos estabelecimentos (capitalistas) e não os interesses próprios à população (PERINI, 2003).

De acordo com o Ministério da Educação, no documento intitulado “A Trajetória dos Cursos de Graduação na Área da Saúde de 1991-2004”, as mudanças ocorridas no Brasil nas décadas de 1960 e 1970 tiveram desdobramentos relevantes para os anos de 1980:

A década de 80 foi marcada por profundas mudanças na área da saúde que culminaram com a realização, em 1986, da VIII Conferência Nacional de Saúde. Em 1988 foi promulgada a Constituição da República e com ela nasceu o Sistema Único de Saúde – SUS, regulado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Nasce com o SUS a participação social, por meio das instâncias colegiadas

de controle social do SUS, Conferências e Conselhos de Saúde, criados pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 2006h, p.174).

As questões inerentes à formação dos profissionais de farmácia permaneceram em pauta na década de 1990, porém levando ao surgimento de mais instituições para o segmento farmacêutico, como a Executiva Nacional dos Estudantes de Farmácia (ENEFAR) e a Federação Nacional dos Farmacêuticos (FENAFAR). Estas instituições realizaram seminários, nos anos de 1994 e 1995, para discutir as atividades e a formação dos profissionais de farmácia frente ao SUS, mas estes seminários se dedicavam mais à discussão sobre formação superior em farmácia, com a participação do Conselho Federal de Farmácia (BRASIL, 2006h).

Contudo, as questões referentes ao registro dos Técnicos de Farmácia no Conselho de Farmácia, vêm se tornando cada vez mais polêmicas. De acordo com a Lei nº 3.820/60 os técnicos não poderiam ser inscritos no conselho uma vez que o termo “Técnico de Farmácia” não consta na redação da referida lei. De forma que o Conselho de Farmácia, apesar de conhecer a participação dos técnicos em farmácia no segmento da saúde, não inscreve este profissional, pois ao fazê-lo estaria em irregularidade (BRASIL, 1960).

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 357, de 2001, do Conselho Federal de Farmácia, que aprova o regulamento técnico das Boas Práticas de Farmácia complementa que:

Assistência Farmacêutica é o conjunto de ações e serviços que visam assegurar a assistência integral, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos ou privados, desempenhados (*sic*) pelo farmacêutico ou sob sua supervisão (BRASIL, 2001).

De um modo mais sistemático, a assistência farmacêutica configura-se como um componente da política de medicamentos, essencial no sistema de saúde, sendo prioritária e imperativa sua organização e estruturação, nos diversos níveis de atenção à saúde, com ênfase no setor público, no marco da transformação do novo modelo assistencial de vigilância à saúde. Assim, o objetivo da assistência farmacêutica é assegurar o acesso ao medicamento e à farmacoterapia de qualidade (CARLOS, 1997; OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

A Resolução nº 357/01 determinou ainda que tais ações devam ser desempenhadas pelo farmacêutico ou sob sua **supervisão**, o que infere a possibilidade de haver no serviço um profissional ao qual o farmacêutico possa solicitar auxílio para garantir a realização das diversas ações assistenciais, tendo em vista a amplitude de ações e serviços descritos para a realização da assistência farmacêutica que envolve a gestão técnica e a gestão clínica do medicamento. Segundo o Ministério da Saúde, na Cartilha Aprender SUS:

A formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações. A melhor síntese para esta designação à educação dos profissionais de saúde é a noção de integralidade, pensada tanto no campo da atenção, quanto no campo da gestão de serviços e sistemas (BRASIL, 2004c, p. 7).

Neste contexto de formação de recursos humanos para atuar no SUS, o técnico em farmácia se torna o profissional que possui potencialidades necessárias para auxiliar o farmacêutico no serviço de assistência farmacêutica.

Segundo o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos (CNCT), o técnico em farmácia:

[...] realiza operações farmacotécnicas, identificando e classificando os diferentes tipos de produtos e de formas farmacêuticas, sua composição e técnica de preparação. Auxilia na manipulação das diversas formas farmacêuticas alopáticas, fitoterápicas e homeopáticas, assim como de cosméticos, sob a supervisão do farmacêutico. Executa as rotinas de compra, armazenamento e dispensação de produtos, além do controle e manutenção do estoque de produtos e matérias-primas farmacêuticas. Atende as prescrições médicas dos medicamentos e identifica as diversas vias de administração. Utiliza técnicas de atendimento ao cliente, orientando-o sobre o uso correto e a conservação dos medicamentos” (BRASIL, 2012c).

Desta forma, é possível apontar a necessidade de uma maior e melhor profissionalização dos técnicos de nível médio em farmácia, tendo em vista que os mesmos podem contribuir de forma relevante para o desenvolvimento de novas práticas e de ferramentas que auxiliem o farmacêutico nas diversas interfaces do serviço de atenção farmacêutica e da Política Nacional de Medicamentos (PNM), pois onde quer que um farmacêutico esteja exercendo suas atividades assistenciais, existe também um espaço para que o técnico em farmácia forneça-lhe auxílio nas atividades de gestão técnica deixando-o mais disponível para atividades de gestão clínica referente ao uso de medicamentos (BRASIL, 2004a; OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

Atualmente, existe um grande quantitativo de profissionais de nível médio que desenvolvem atividades nas várias áreas do segmento farmacêutico, tanto no setor público quanto no setor privado. Estes profissionais, não inscritos no Conselho de Farmácia, são contratados com a nomenclatura estabelecida pelo Catálogo Nacional de Cursos Técnicos, qual seja “Técnico em Farmácia”. Porém, durante a formação (ou antes de concluírem o nível médio), os estudantes, recebem certificações como: Auxiliar Técnico de Laboratório de Farmácia (**auxiliar técnico em laboratório de manipulação**) e/ou Técnico em Laboratório de Farmácia (**manipulador em laboratório de farmácia**). Contudo, só ao final do curso

recebem o certificado de conclusão de Técnico em Farmácia (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2012c).

A polêmica da não inscrição dos técnicos, aliada às questões de nomenclatura envolvendo os profissionais de nível médio em farmácia, dificulta, muitas das vezes, o estabelecimento de uma identidade para esta categoria profissional. Por conta da não inscrição, os técnicos assumem seus cargos apresentando o certificado de conclusão do curso.

De acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), o Técnico em Farmácia é classificado na categoria D e identificado pelo código CBO 3251-15. Mas, para que lhe seja atribuída esta denominação, este técnico deve atender aos requisitos de qualificação para ingresso no cargo, ou seja, comprovar a conclusão do ensino médio ou médio profissionalizante além do curso técnico (BRASIL, 2002a). Na CBO, a ocupação do Técnico em Farmácia apresenta, ainda, uma relação de atividades típicas do cargo:

Efetuar manutenção de rotina:

Higienizar equipamentos e utensílios de laboratório, solicitar manutenção preventiva de equipamentos; encaminhar para descarte o material contaminado.

Controlar estoques:

Fazer pedidos; repor estoques de medicamentos; conferir embalagens; efetuar trocas de produtos; encaminhar produtos vencidos aos órgãos competentes.

Documentar atividades e procedimentos: Registrar a entrada e saída de estoques; listar manutenções de rotinas; relacionar produtos vencidos; controlar condições de armazenamento e prazos de validade; documentar aplicação de injetáveis; registrar compra e venda de medicamentos de controle especial.

Trabalhar de acordo com as boas práticas de manipulação e dispensação:

Utilizar equipamento de proteção individual (EPI); aplicar técnicas de segurança e higiene pessoal; separar material para descarte; seguir procedimentos operacionais padrões; cumprir prazos estabelecidos.

Atender usuários:

Interpretar receitas; sugerir genéricos e similares; dispensar medicamentos; orientar consumidores sobre o uso correto; reações adversas e conservação dos medicamentos; carimbar receita na substituição do ético pelo genérico ou similar; realizar farmacovigilância; separar medicamentos em drogarias hospitalares.

Utilizar recursos de informática.

Participar de campanhas sanitárias

Executar outras tarefas de mesma natureza e nível de complexidade associadas ao ambiente organizacional” (BRASIL, 2002a).

De acordo com CNTC e a com CBO, as atribuições do técnico em farmácia estão alinhadas com as atividades exercidas pelos farmacêuticos. Contudo, existe ainda a necessidade de se identificar quais competências técnicas e que serviços, ou seja, esclarecer e estabelecer limites para a atuação de técnicos de nível médio em articulação com os técnicos de nível superior em farmácia nos serviços de saúde, e em particular na AF do SUS, e desta forma, a distingui-los enquanto categoria profissional.

Nota-se que a formação do Técnico em Farmácia permite que o mesmo atue em várias áreas do segmento farmacêutico: drogarias, hospitais, postos de saúde e de medicamentos, farmácia de manipulação alopática, farmácia de manipulação homeopática, unidades básicas de saúde, indústrias farmacêuticas, distribuidora de medicamentos, insumos e produtos para saúde, etc. (BRASIL, 1932; BRASIL, 2002a; BRASIL, 2012c).

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para a graduação em farmácia descrita na Resolução CNS/CES n° 02, de 19 de fevereiro de 2002, a formação do profissional farmacêutico deve possuir caráter generalista, humanista, crítico e reflexivo. Assim, este profissional possui formação para atuar em atividades científicas de pesquisa de novos fármacos e medicamentos, nas análises clínicas e toxicológicas e em bromatologia (no controle, produção e análise dos alimentos). Conforme descrito no Art. 5° da Resolução CNS/CES n° 02/200,2 “a formação do Farmacêutico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas...” (BRASIL, 2002b).

Segundo a Resolução CNS/CES n° 02/2002,

A formação do Farmacêutico deverá contemplar as necessidades sociais da saúde, a atenção integral da saúde no sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002b).

Diante desta amplitude de atividades, verifica-se a possibilidade de participação de profissionais de nível médio (técnicos em farmácia) que podem auxiliar os serviços farmacêuticos, tendo em vista os vários interstícios de cunho técnico que envolve as áreas, em especial, atuando nas atividades de AF da ABS dos SUS (BRASIL, 2002a; BRASIL, 2002b; BRASIL, 2012c).

5 INSERÇÃO DA FARMÁCIA NA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

5.1 POSSIBILIDADES DE INSERÇÃO A PARTIR DOS DOCUMENTOS NORMATIVOS

Em uma análise inicial, pode-se entender que a cura das enfermidades que assolavam o Brasil no período do final do século XVIII e início do século XIX tornou-se um objeto de discussão na Corte Imperial. Neste sentido, observou-se que qualquer realizado para curar ou tratar doenças era bem aceito pela Corte e pela sociedade. A partir daí as chamadas “artes de curar” começaram a se desenvolver no Brasil de uma forma mais incisiva.

No caso das atividades farmacêuticas, verificou-se que a formação era realizada no próprio ambiente de trabalho, neste caso, nas boticas, evidenciando-se assim, um tipo de ensinamento “mestre-aprendiz”. Percebe-se nesta conformação, tanto no trabalho quanto na formação profissional, que a relação mestre-aprendiz acenava para uma provável composição hierarquizada da profissão daqueles que se dedicassem às artes farmacêuticas do início do século XIX.

Compreende-se, então, que não havia processo de escolarização sistemático e regulamentado. Contudo, verifica-se que, mesmo diante da ausência de instituições formadoras, os praticantes das artes de curar, inclusive os boticários e auxiliares, eram submetidos à fiscalização da fisicatura-mor. Neste contexto, observa-se, no período colonial, a existência de um órgão que fiscalizava e buscava regulamentar as boticas e as atividades dos boticários e aprendizes/auxiliares.

Evidencia-se o esforço da Corte Imperial para regulamentar as atividades de manipulação e preparo de medicamentos, ou seja, um controle sanitário das boticas. Contudo, infere-se que tal atividade era realizada de forma diferenciada e particular entre as boticas. Uma vez que o ofício das atividades nas boticas era caracterizado por um processo não sistematizado, ou seja, sem a formação escolar, a fiscalização e a regulamentação de tais atividades tornaram-se muito complexas.

A extinção da fisicatura-mor e a transferência de suas atividades para as câmaras municipais podem ser compreendidas como uma maior necessidade de fiscalização e controle sanitário frente ao grande número de epidemias que assolavam o território brasileiro. Nota-se, então, que a Reforma do Ensino Médico de 1932, apresenta-se como um dos primeiros passos para um processo de regularização do ensino frente às artes de curar, e, onde é possível verificar, uma aproximação entre os segmentos da saúde e da educação. Contudo, vale ressaltar que tal regulamentação estava atrelada apenas à Faculdade de Medicina e Farmácia,

ou seja, não contemplando desta forma uma regulamentação para outros níveis de formação, como por exemplo, para os aprendizes/auxiliares em farmácia.

Observa-se que criação da Faculdade de Farmácia de Ouro Preto em 1939, pode ser considerada como um marco para uma maior regulamentação das atividades farmacêuticas no país, tendo em vista que esta foi a primeira instituição farmacêutica brasileira desvinculada do curso de medicina. De acordo com Velloso (2007), a questão da desvinculação da faculdade de farmácia da faculdade de medicina, já se apresentava desde a criação de instituições como a Sociedade Farmacêutica do Brasil (1851) e do Instituto Farmacêutico do Brasil (1858), que discutiam, entre outras coisas, a atuação específica dos profissionais em farmácia na prestação de serviços à saúde da população. Contudo, tais instituições estavam mais empenhadas em discutir as questões em torno dos profissionais de nível superior do que dos auxiliares/aprendizes de farmácia propriamente ditas. Segundo Velloso (2008), estas instituições tinham intenção de deslocar o aprendizado prático realizado nas boticas para laboratórios dentro do espaço acadêmico, de forma a reunir a teoria e prática para as artes farmacêuticas.

Porém, mesmo diante deste cenário, não foram encontrados documentos que apontassem que os auxiliares/aprendizes deixaram de exercer suas atividades nas farmácias, o que sugere que estes profissionais continuaram a exercer seu ofício, auxiliando os farmacêuticos nas atividades laborais de manipulação e formulação de medicamentos.

Nota-se que a questão dos aprendizes/auxiliares é retomada na Lei nº 3.820/1960 quando tais trabalhadores passam a ser designados “**oficiais em farmácia**”. Infere-se que a Lei que cria os conselhos de farmácia surge da necessidade de uma maior regulamentação para o segmento farmacêutico e, sobretudo, para organizar os pertencentes a esta categoria profissional, tendo em vista, que a partir da Reforma do Ensino Médico de 1932, iniciou-se a formação de farmacêuticos via faculdade de farmácia e não mais pela relação “mestre-aprendiz”. Neste contexto, verifica-se o surgimento dos seguintes atores no cenário farmacêutico brasileiro: **os boticários**, que passaram a se chamar farmacêuticos, os farmacêuticos oriundos das Faculdades de Farmácia, e os auxiliares/aprendizes. Por esta análise, percebe-se que a Lei nº 3.820/1960 pretendeu alocar os que exerciam atividades farmacêuticas, pois possibilitou o enquadramento dos que não cursaram a Faculdade de Farmácia, instituiu critérios para a inscrição nos conselhos de farmácia e definiu o termo **oficial de farmácia** para os práticos, auxiliares e aprendizes, que possuíam um nível menor de formação do que os farmacêuticos.

As questões em torno dos agora chamados de **oficiais em farmácia** reaparece nos anos 1970, momento em que o Brasil passou por período de expansão no processo de industrialização e comércio e o segmento farmacêutico acompanhou a tendência daquela década para a industrialização dos medicamentos no Brasil. Com a produção em larga escala, as indústrias farmacêuticas abriram mais um espaço para atuação dos profissionais em farmácia que, antes deste processo, desenvolviam suas atividades no interior das farmácias.

Em contrapartida, no campo da educação, a Lei nº 5.692/1971 reformou o ensino básico no Brasil, instituindo o ensino de primeiro e segundo graus, e propôs ainda instituir o ensino profissionalizante obrigatório nas instituições públicas pois, neste momento, o país passava por uma ampla abertura do processo de industrialização, o que sugere o grande incentivo à formação de **técnicos** de segundo grau.

Neste sentido, observa-se que a Lei nº 5.692/1971, viabilizou o processo de escolarização e formação sistematizada dos cursos técnicos de nível médio, o que favoreceu a criação de cursos técnicos de nível médio em saúde, incluindo o curso de Técnico de Farmácia.

Assim, independente da nomenclatura, surge no Brasil o curso de nível médio em farmácia que, de acordo com a Lei nº 5.692/1971 podia ser cursado concomitantemente ao segundo grau e, de acordo com o Parecer nº 5.210 de 1978, apresentava currículo com núcleo comum e uma parte diversificada, que contemplava disciplinas específicas das atividades em farmácia, inclusive sobre noções de administração hospitalar e noções de tecnologia farmacêutica.

Neste contexto, é possível notar que o curso técnico de farmácia já acenava para a necessidade de ampliação das atividades destes profissionais, que não estariam mais restritas às farmácias, mas que poderiam também atuar nas indústrias farmacêuticas e nos serviços hospitalares. Além disso, infere-se que, mesmo que de forma incipiente, os técnicos de farmácia ao desenvolverem suas atividades em hospitais, iniciam uma aproximação com outros profissionais de saúde no tratamento das enfermidades da população.

Por outro lado a Lei nº 5.991/73, afirma a necessidade de um “**técnico responsável**” para farmácias e drogarias, o uso do termo “**técnico**” nesta lei, impulsionou os técnicos de farmácia, motivados pelos proprietários de farmácias e drogarias, a pleitearem a inscrição nos conselhos de farmácia. Infere-se que tal situação tenha se materializado por duas questões: a primeira devido à nova exigência estabelecida pela Lei nº 5.991/73 para o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos e insumos farmacêuticos; e a segunda, pela provável dificuldade que os proprietários enfrentavam para encontrar farmacêuticos formados que

atendessem às exigências da Lei nº 3.820/60, tendo em vista que, na década de 1970, existiam poucas faculdades de farmácia no Brasil.

A Lei nº 5.991/73 parece permitir uma dupla interpretação do termo “**técnico responsável**”. Entretanto, observa-se que, desde a criação dos conselhos de farmácia, só se considerava farmacêutico, o profissional que houvesse cursado, com aprovação, a faculdade de farmácia e houvesse cumprido três anos de práticas farmacêuticas em botica de um farmacêutico já aprovado. Porém, observa-se que o fato de os técnicos de farmácia possuírem, em dado momento, a possibilidade de assunção da responsabilidade trouxera algumas questões conflituosas para a categoria farmacêutica. Embora exista a formação técnica de farmácia, o CFF não reconheceu, como ainda não reconhece, o Técnico de Farmácia. Nota-se que o fato de os conselhos de farmácia não inscreverem os técnicos de farmácia é argumentado pela lei nº 3.820/60, onde estão descritas as possibilidades de inscrição para não farmacêuticos: **auxiliares técnicos de laboratórios industriais farmacêuticos, laboratórios de análises clínicas e laboratórios de controle e pesquisas relativas a alimentos, drogas, tóxicos e medicamento.**

Neste contexto, infere-se que o conflito em torno da **não inscrição** dos técnicos em farmácia reside em uma questão de inconsistência na nomenclatura entre a lei que cria os conselhos de farmácia e a Lei nº 5.692/1971, que propiciou a regulamentação do curso técnico de nível médio em farmácia.

Observa-se então que as chamadas “atribuições privativas do farmacêutico” são definidas apenas no ano de 1981, pelo Decreto nº 85.878, complementando assim a Lei nº 3.820/60 e tornando-a de tal forma mais transparente e exequível para os profissionais farmacêuticos em indústrias, laboratórios, hospitais, clínicas em âmbito privado e público. Contudo, observa-se que tal decreto não tratou de elucidar as atribuições dos técnicos de farmácia. Entretanto, como havia um processo formativo estabelecido no país pela LDB/1971 que incentivava a formação técnica de 2º grau, e isso incluía os técnicos de farmácia, infere-se que estes técnicos ocupavam postos de trabalho sem o respectivo registro no conselho. Desta forma, a “não inscrição” dos Técnicos de Farmácia no CFF não impediu a inserção destes profissionais no mercado trabalho. Entretanto, é imperativo ressaltar que os Técnicos de Farmácia não possuíam (como não possuem até os dias atuais), formação equivalente a de um farmacêutico graduado, não podendo, portanto, exercer atividades privativas deste profissional, conforme disposto no artigo 33 da lei nº 3.820/60, complementada pelo decreto nº 85.878/81. Vale ressaltar, que de acordo com o CNCT (2012), o Curso Técnico em Farmácia, está inserido no Eixo Tecnológico Ambiente e Saúde e demanda, como todos os

cursos de nível médio deste eixo, 1.200 horas para a formação dos alunos, enquanto a Graduação em Farmácia demanda 4.000 horas, conforme Parecer nº 213/2008 (BRASIL, 1960; BRASIL 1971b; BRASIL, 1981).

No campo da saúde pública a VIII Conferência Nacional da Saúde, apresentou-se como um movimento que lutava para melhores condições da saúde da população e por um sistema de saúde igualitário no Brasil. Tal movimento inseriu-se na Constituição Federal da República, que por meio do conceito ampliado de saúde que contribuiu, entre outros aspectos, para o desenvolvimento do SUS. Neste contexto, verifica-se que a lei nº 8.080/90 marca o início das atividades de AF por dentro do sistema de saúde, por ser o primeiro documento a tratar especificamente da assistência terapêutica integral (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990a).

Vale ressaltar que, antes de estar efetivamente inserida nos serviços de saúde do SUS, a AF esteve ligada inicialmente ao GEIFAR, de acordo com o Decreto nº 52.471/63 e pelo Decreto nº 53.612/64. Posteriormente, a AF esteve ligada CEME, conforme Decreto nº 68.806/71. Entretanto, observa-se que a AF, entendida como política de saúde pelo MS anunciou-se no Brasil somente após o Decreto nº 91.439/85. Portanto, infere-se que antes deste do Decreto nº 91.439/85, as ações e serviços ligados aos medicamentos limitavam-se aos aspectos logísticos como aquisição e distribuição. Observa-se ainda que o desenvolvimento dos serviços de AF iniciou-se concomitantemente com o processo educacional de profissionalização técnica compulsória, instituído pela LDB/71, o que sugere o incentivo para da criação de cursos de farmácia de nível médio, frente à regulamentação educacional e às demandas industriais e comerciais do segmento farmacêutico incentivadas pelo GEIFAR.

Pode-se, assim, supor que as mudanças ocorridas no mercado do trabalho e no segmento da saúde a partir dos anos 70 impulsionaram a Presidência da República a instituir a Lei nº 9.394/96 que instituiu diretrizes para todos os níveis de educação no Brasil, incluindo a educação profissional técnica de nível médio e a educação superior.

Verifica-se, ainda, um posicionamento da categoria farmacêutica, frente a este novo cenário, incluindo as atividades da AF como sendo privativas do farmacêutico pela Resolução nº 308/97 do CFF. Além disso, a Portaria nº 3916/98 que instituiu a PNM, teve um caráter mais amplo, pois trouxe como diretrizes a adoção da RENAME, a regulamentação sanitária de medicamentos, a reorientação da AF, a promoção do uso racional de medicamentos, a garantia da segurança, eficácia e qualidade, o desenvolvimento de recursos humanos. Verifica-se que a criação do SUS, propiciou avanços significativos para as políticas de medicamentos no Brasil, lei dos Genéricos em 1999 e a criação da ANVISA.

Observa-se que, para atender às novas exigências impostas pelo MS, o CFF aprova a Resolução nº 357/2001 que trata de padronizar as boas práticas das atividades em farmácia e determinando novas atribuições aos farmacêuticos. Evidencia-se, então, que ocorreram muitas as alterações em torno das atribuições dos profissionais de farmácia para atender às demandas do AF no SUS, após a instituição da PNM e da PNAF. Contudo, não se tratava apenas de incluir novas atividades e atribuições para estes profissionais, mas sim de uma análise sobre que tipo de formação eles necessitavam frente às demandas da AF instituídas pela PNM do SUS.

Assim, infere-se que os desdobramentos instituídos na LDB/96, favoreceram o a criação da Resolução CNS/CES nº 02/2002, que instituiu mudanças no currículo da graduação em farmácia, frente às necessidades do segmento farmacêutico e aos serviços de AF do SUS.

Neste sentido, a I CNMAF contribuiu para o desenvolvimento das atividades da AF no que tange à formação e à capacitação de recursos humanos, pois estas questões já eram previstas na PNM. Portanto, é possível identificar a necessidade de profissionais para atender às demandas da AF na ABS do SUS e que, tanto o segmento da educação em farmácia quanto o segmento das instituições ligadas à prática farmacêutica, parecem ter identificado a necessidade de ampliar as habilidades e competências dos profissionais de farmácia.

Observa-se ainda que as questões em torno da AF no SUS sofreram grandes transformações desde a extinção da CEME, contudo, este serviço assistencial ainda apresentava-se de forma incipiente. Neste contexto, nota-se que a Resolução nº 388/04 do CNS que instituiu a PNAF amplia as ações da AF relacionando-as com as demandas regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS. A PNAF marca ainda a efetiva participação dos serviços farmacêuticos no SUS nos diversos níveis de atenção à saúde.

Nota-se que a Lei nº 10.858/04 ampliou as atividades da AF, pois instituiu o fornecimento de medicamentos e produtos básicos e essenciais à saúde. Portanto, infere-se a necessidade de mais profissionais ligados aos serviços de farmacêuticos, para atender à esta demanda do SUS.

A AF no SUS, no nível primário de atenção, é considerada a porta de entrada dos usuários neste sistema de saúde. Neste contexto, observa-se o papel de destaque do medicamento como recurso terapêutico neste nível de atenção. Em face disto, a PNAB orienta que os municípios tenham propostas definidas para AF básica que inclua o funcionamento do serviço de dispensação de medicamentos constantes na RENAME nas unidades básicas de saúde. Observa-se, então, que o serviço de AF na atenção primária à saúde apresenta-se como

uma estratégia para o fornecimento de medicamentos essenciais para a população. Vale ressaltar, que a dispensação é uma atividade que vai além da entrega de medicamentos sob uma receita médica, pois este é um processo complexo que demanda além, farmacêuticos, técnicos que capacitados para o exercício desta função.

Neste contexto, infere-se que o técnico de farmácia possui habilidades oriundas do seu processo formativo que viabilizam a execução de atividades na AF da ABS do SUS. Observa-se ainda que a CBO do MET, reconhece a atividade do técnico de farmácia, fato que viabiliza a contratação deste profissional para atuar nos serviços farmacêuticos, inclusive na AF.

Observa-se, também, que na descrição das atividades do ciclo da AF, existem várias interfaces onde o técnico de farmácia pode ser inserido, de acordo com as atribuições descritas no CNCT. De acordo com Oliveira, Bermudez e Osorio-de-Castro (2007), a seleção é um processo dinâmico no qual podem participar profissionais de saúde habilitados a auxiliar no processo decisório. Neste contexto, infere-se que o técnico de farmácia possui condições para auxiliar os demais profissionais, por exemplo, no levantamento do perfil de consumo e na identificação de medicamentos e das formas farmacêuticos mais utilizados pela unidade de saúde.

No que tange à programação e à aquisição, infere-se que os técnicos de farmácia podem contribuir na verificação de instalações adequadas para o volume de medicamentos a serem adquiridos, bem como podem executar a rotina de compras dos produtos previamente selecionados, conforme descrito no CNCT.

Observa-se, ainda, que tanto a CBO quanto o CNCT, declaram que os técnicos de farmácia são habilitados a realizar o armazenamento, a dispensação, o controle e a manutenção de produtos e matérias-primas farmacêuticas. No que diz respeito à dispensação, os técnicos em farmácia possuem habilidades para atender as prescrições dos medicamentos, além de identificar as diversas vias de administração e orientar sobre o uso correto e conservação dos medicamentos. Infere-se que, na dispensação, os técnicos de farmácia podem ainda identificar dúvidas e sanar questionamento dos usuários encaminhando-as para o farmacêutico, que, segundo o CNCT e a CBO, é o profissional responsável pela supervisão das atividades dos técnicos.

Diante deste cenário, pode-se observar que existe certa sincronia entre os ministérios saúde, da educação e do trabalho e emprego para a questão de inserção dos técnicos de farmácia na AF da ABS do SUS, pois o segmento saúde apresenta uma constante demanda no que diz respeito ao ciclo de AF, e onde o número de farmacêuticos interessados neste mercado de trabalho parece ser insuficiente para tratar de aspectos logísticos e de atendimento

aos usuários do sistema de saúde nas unidades básicas. Por sua vez, o segmento da educação, tanto pública, quanto privada, realiza a formação dos técnicos em farmácia com perfil condizente com as atividades na AF do SUS. O MTE que classifica ocupação dos técnicos de farmácia apontando suas atividades, condições de trabalho e recursos de trabalho. Contudo, mesmo diante destas constatações, a categoria dos farmacêuticos representada pelo CFF não registra os técnicos de farmácia. Este posicionamento do CFF parece estar embasado na lei que cria os conselhos. Porém, diante dos perfis de formação apresentados para os técnicos de farmácia e para os farmacêuticos, verifica-se diferenças entre as atividades destes profissionais, não só no que diz respeito às atribuições, mas também à carga horária para estes cursos.

5.2 MAPEAMENTO DOS TÉCNICOS EM FARMÁCIA (BEP SAÚDE)

De acordo com o relatório final documento intitulado **Trabalhadores Técnicos em Saúde: formação profissional e mercado de trabalho**, do Observatório dos Técnicos em Saúde da EPSJV/FIOCRUZ (2003), os profissionais de farmácia de nível médio estão relacionados à subárea da educação profissional em saúde da farmácia, tendo como correlação para os postos de trabalho a denominação de **Técnico/Auxiliar em Farmácia**. Vale ressaltar, que o curso de nível médio em farmácia consta no CNCT desde a criação do catálogo pelo MEC através da Portaria nº 870, de 16 de julho 2008, sendo descrito pela nomenclatura de Técnico “em” Farmácia. Contudo, de acordo com a tabela de convergência do CNCT (BRASIL, 2008d), apresenta denominações anteriormente empregadas para os técnicos em farmácia: **Gestão em farmácia, Farmácia bioquímica, Farmácia da área de saúde, Farmácia e laboratório**. Além disso, de acordo com o BEPSAÚDE (2008), existiam ainda as seguintes denominações: **Auxiliar de Farmácia, Qualificação Profissional Auxiliar de Farmácia, Curso de Farmácia, Curso Técnico de Farmácia, Educação Profissional Técnica em Farmácia, Ensino Técnico em Farmácia, Habilitação Profissional Técnica em Farmácia, Técnico de Farmácia de Nível Médio**. Infere-se que quantidade de denominações seja um dos elementos que dificultaram a identificação e localização destes profissionais frente aos serviços assistenciais em saúde (BEP SAÚDE, 2008; BRASIL, 2012; EPSJV, 2003).

Atualmente, utiliza-se a nomenclatura de Técnico em Farmácia para designar o curso de farmácia de nível médio e suas competências e habilidades já foram descritas no capítulo “A Formação dos Profissionais em Farmácia de Nível Médio: trajetória e aspectos contraditórios” desta dissertação. As alterações de nomenclatura ocorridas no percurso

histórico desta categoria de profissionais não atribui grandes mudanças para o perfil de formação dos Técnicos em Farmácia, tendo em vista que para a construção do CNCT, foram realizados estudos para o levantamento das denominações e posterior convergência dos técnicos de nível médio em saúde, para posterior inclusão no CNCT do MEC. (BRASIL, 2003; BRASIL, 2012c).

Através das análises realizadas no BEPSAÚDE sobre os cursos técnicos em farmácia de nível médio, foi possível encontrar dados referentes ao número de matriculados e de concluintes (ver Gráficos 1 e 2).

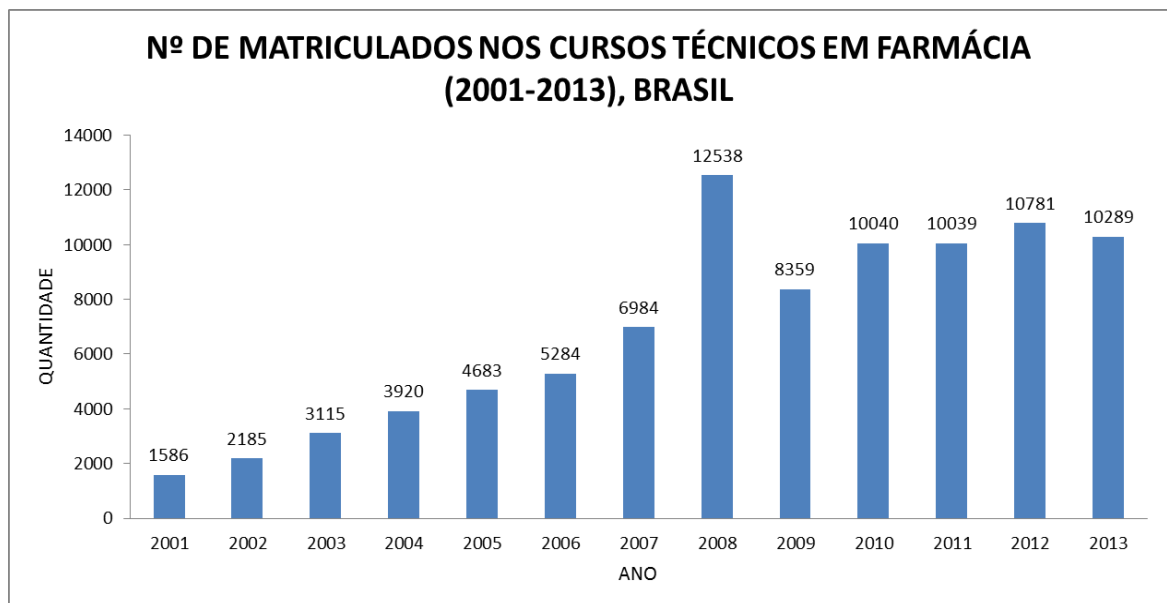


Gráfico 1 – Número de Matriculados nos Cursos Técnicos em Farmácia (2001-2013), Brasil.

Fonte: Observatório dos Técnicos em Saúde (BEPSAÚDE), 2013.

O Gráfico 1 apresenta um gráfico com o número de matriculados nos cursos técnicos em farmácia no período de 2001 a 2013, onde podemos observar que um crescimento da quantidade de matriculados nestes cursos. Observa-se ainda que, no ano de 2008, houve um crescimento de cerca de 80% dos matriculados quando comparado ao ano de 2007. Infere-se que a razão para este crescimento esteja no fato de que em 2008, tanto o CNCT quanto o BEPSAÚDE padronizaram as diversas denominações para o curso de nível médio em farmácia. Observa-se ainda que no ano de 2008, a Lei nº 11.741/08 incluiu a oferta de cursos técnicos profissionalizantes de forma integrada e em uma mesma instituição de ensino na LDB/1996 conforme Decreto nº 5154/04, fato que, em alguma medida, influenciou o crescimento dos cursos técnicos em nível médio, inclusive o curso Técnico em Farmácia.

Outra observação sobre o Gráfico 1 é uma queda dos matriculados neste curso a partir de 2009, representando uma queda de aproximadamente 33.3%. A partir de 2010 até 2013,

observam-se oscilações entre no número de matriculados do curso técnico em farmácia, mas tais oscilações mantiveram-se na faixa de 10.000 matriculados por, ano Brasil.

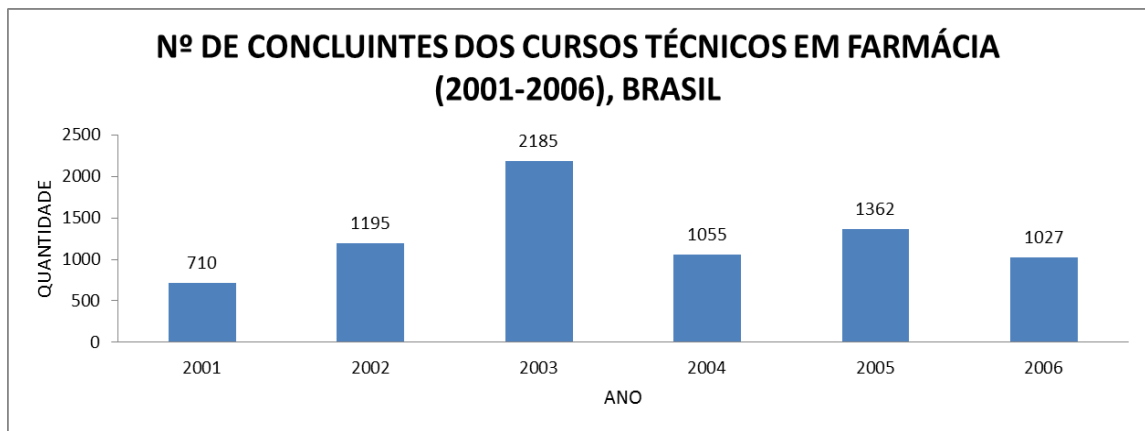


Gráfico 2 – Número de Concluintes dos Cursos Técnicos em Farmácia (2001-2006), Brasil
Fonte: Observatório dos Técnicos em Saúde (BEP SAÚDE), 2006.

O Gráfico 2 apresenta o número de concluintes dos cursos técnicos de nível médio em farmácia entre os anos de entre 2001-2006, tendo em vista que não foram encontrados dados após o ano de 2006 para os concluintes dos cursos técnicos de nível médio em saúde, incluindo o curso de técnico em farmácia. Contudo, até 2006, observa-se uma grande evasão dos estudantes matriculados neste curso, quando comparados, no mesmo período (2001-2006) ao número de matriculados (Ver Gráfico 1). Infere-se que até o ano de 2006, o estágio supervisionado para o curso técnico em farmácia era obrigatório e, a partir de 2008, este estágio passou a ser não obrigatório, ou seja, em muitos casos, os estudantes concluíam a parte teórica do curso, mas não conseguiam campo de estágio para realização do mesmo, levando assim ao abandono do curso por parte dos estudantes.

É possível que o conhecimento por parte dos candidatos do não reconhecimento do CFF dos técnicos em farmácia, seja considerado como um impeditivo por parte dos alunos para assumir postos de trabalho. Assim sendo, é possível também que os estudantes dos cursos de nível médio em farmácia se desloquem para a graduação em farmácia, uma vez que este nível de formação permite à inscrição no CFF.

De acordo com os dados apresentados pelo CFF, no 7º Congresso da FENAFAR (2012), existiam 157 mil farmacêuticos registrados nos conselhos e a taxa de crescimento destes profissionais vem sendo da ordem de 8 a 10% ao ano (FENAFAR, 2012). Porém diante da ausência de dados referente aos concluintes dos cursos técnicos de nível médio em farmácia, a partir de 2006, não foi possível estabelecer uma correlação entre o crescimento destes profissionais com os profissionais de ensino superior em farmácia.

Contudo, se adotarmos os dados dos alunos matriculados nos cursos técnicos de nível médio em farmácia, apresentados no gráfico no Gráfico 1, observa-se que o crescimento de técnicos em farmácia ainda é muito incipiente quando comparado ao crescimento dos profissionais em farmácia de nível superior.

Vale ressaltar que, mesmo existindo um grande quantitativo de farmacêuticos inscritos nos Conselhos de Farmácia, não se pode afirmar que todos estejam ligados à AF, pois de acordo com Nicoline (2010), a AF é considerada um processo em construção, fato que leva ao desinteresse dos farmacêuticos por este segmento da área farmacêutica.

Observa-se ainda, que as transformações ocorridas no âmbito das políticas farmacêuticas no Brasil, a partir da instituição da PNM e da PNAF, parecem demandar a necessidade de mais profissionais de farmácia para atuação neste setor (GRECO, 2009; NICOLINE, 2010). Nota-se que apesar da articulação existente entre os campos da educação e do trabalho, o contingente de técnicos de nível médio em farmácia parece ser ainda insuficiente para atender às demandas da AF. Desta forma, sugere-se o incentivo à formação e à qualificação de trabalhadores para este serviço assistencial, através da oferta do curso técnico em farmácia, em âmbito público e/ou privado, para profissionais que atuam ou que pretendem atuar nos serviços de AF da ABS do SUS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve por finalidade apontar as formas de inserção dos técnicos de farmácia na AF da ABS do SUS, através de uma revisão bibliográfica e de uma análise documental que viabilizaram a compreensão sobre as diversas interfaces do contexto social, cultural e econômico em torno dos profissionais de farmácia de nível médio.

No que tange ao início das atividades dos auxiliares/aprendizes em farmácia, evidencia-se que, no Brasil, desde o início da regulamentação da profissão de farmacêutico, estes já contavam com o auxílio de aprendizes com outro nível de formação.

Percebe-se que a Reforma do Ensino Médico deu início a um conflito entre os auxiliares/aprendizes e os farmacêuticos, pois diante da redação presente nesta reforma apenas os farmacêuticos poderiam ter boticas, nestas condições muitos dos que possuíam ou almejavam abrir uma botica estariam então em desacordo com a lei. Tal fato favoreceu a criação de um espaço para que os auxiliares/aprendizes exercessem as artes farmacêuticas mesmo sem possuir o Régio da Carta de Farmácia do Boticário ou o diploma de farmacêutico expedido pelas faculdades de farmácia.

De acordo com os dados apresentados pelo BEPSAÚDE foi possível constatar que existe um número de concluintes técnicos de nível médio em farmácia pequeno quando comparado ao número de farmacêuticos inscritos no CFF.

Diante de uma possível ampliação da ABS na incorporação de técnicos em farmácia, sugere-se um maior incentivo para que, preferencialmente, as instituições públicas de ensino, além das privadas, realizem tais cursos, considerando-se que os técnicos de nível médio em farmácia apresentam em seu perfil de qualificação habilidades e competências condizentes com inúmeras demandas do serviço de AF da ABS do SUS. Diante da demanda crescente de atividades em torno dos serviços da AF, parece plausível a inserção dos técnicos em farmácia neste serviço assistencial da ABS do SUS, tendo em vista que tais serviços necessitam de uma equipe (farmacêuticos e técnicos em farmácia) e considerando que farmacêuticos devem e podem supervisionar equipes de técnicos em farmácia. Sugere-se, também, uma definição mais precisa dos perfis dos profissionais em farmácia (tanto de nível médio quando de nível superior), e, conseqüentemente, uma revisão normativa para o alcance do reconhecimento dos profissionais de nível médio pelo CFF.

Esta dissertação indicou que é plausível a inserção em técnicos em farmácia em atividades de AF da ABS do SUS, atendendo às demandas da população. Neste sentido, o

técnico em farmácia se apresenta como um profissional que pode contribuir de forma significativa para as ações e serviços farmacêuticos.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Lei de 03 de outubro de 1832**. Dá nova organização ás actuaes Academias Medico-cirurgicas das cidades do Rio de Janeiro, e Bahia. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-37274-3-outubro-1832-563716-publicacaooriginal-87775-pl.html>. Acesso: 31 mar. 2014.
- _____. **Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960**. Cria o Conselho Federal de Farmácia e os Conselhos Regionais de Farmácia, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/13820.htm>. Acesso em: 28 mar. 2015.
- _____. **Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961**. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/14024.htm>. Acesso em: 28 mar. 2015.
- _____. **Decreto nº 52.471, de 13 de setembro de 1963**. Estabelece normas para o desenvolvimento da Indústria Químico-Farmacêutica Nacional, e institui o Grupo Executivo da Indústria Químico-Farmacêutica – GEIFAR e dá outras providências. Brasília, 1963. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-52471-13-setembro-1963-392477-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 28 mar. 2015.
- _____. **Decreto nº 53.612, de fevereiro de 1964**. Aprova a relação de medicamentos essenciais para os fins previstos no Decreto nº 52.471, de 1963, e dispõe sobre a aquisição de medicamentos pela Administração Pública Federal. 1964. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-53612-26-fevereiro-1964-393693-retificacao-41098-pe.html>>. Acesso em: 28 mar. 2015.
- _____. **Lei nº 5.648, de 11 de dezembro de 1970**. Cria o Instituto Nacional da Propriedade Industrial e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1970. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5648.htm>. Acesso em: 28 mar. 2015.
- _____. **Decreto nº 68.806, de 25 de junho de 1971**. Institui a Central de Medicamentos (CEME). Brasília 1971a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/D68806.htm>. Acesso em: 28 mar. 2015.
- _____. **Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1971**. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. Brasília, 1971b. Disponível em: <<http://www.camara.gov.br/sileg/integras/136683.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2015.
- _____. Conselho Federal de Educação. **Parecer nº 45, de 12 de janeiro de 1972**. Brasília, 1972.
- _____. **Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre o controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. Brasília, 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm>. Acesso em: 28 mar. 2015.
- _____. **Decreto nº 75.985 de 17 de julho de 1975**. Dispõe sobre a estrutura básica da Central de Medicamentos (CEME) e dá outras providências. Brasília, 1975. Disponível em:

<<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-75985-17-julho-1975-424618-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. **Parecer nº 5.210, de agosto de 1978.** Conselho Federal de Educação. Brasília, 1978.

_____. **Decreto nº 91.439 de 16 de julho de 1985.** Dispõe sobre a transferência da Central de Medicamentos (CEME), do Ministério da Previdência Assistência Social para o Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-91439-16-julho-1985-441569-publicacaooriginal-1-pe.html>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/index.shtm>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm >. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, 1996. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19394.htm>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial.** Brasília: Ministério da Saúde, 1997a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. **Decreto nº 2.208, de 17 de abril de 1997.** Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39º a 42º da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1997b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D2208.htm>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. **Decreto nº 2.283, de 24 de julho de 1997.** Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição - INAN e a desativação da Central de Medicamentos - CEME, e dá outras providências. Brasília, 1997c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1997/D2283.htm>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Programas e Projetos: Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998a.

_____. **Portaria nº 3.916, de 03 de outubro, de 1998.** Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, 1998b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Manual para a Organização da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/geral/manual_organizacao_ab.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. **Lei nº 9.782 de 26 de janeiro de 1999**. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília, 1999b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19782.htm>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. **Lei nº 9.787 de 10 de fevereiro de 1999**. Altera a Lei no 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília, 1999c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19787.htm>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 357 de 20 de abril de 2001**. Regulamento Técnico de Boas Práticas de Farmácia. 2001. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/357.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. 2002a. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorTitulo.jsf>>. Acesso em: 18 dez. 2014.

_____. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 2, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, 2002b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CP022002.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/confer_nacional_de%20medicamentos.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução CNS nº 338, de 6 maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. **Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004**. Autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos, mediante ressarcimento, e dá outras providências. Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2004/lei-10858-13-abril-2004-531689-publicacaooriginal-13597-pl.html>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **AprenderSUS: O SUS e os Cursos de Graduação da Área da Saúde**. Brasília: Ministério da Educação, 2004c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_aprender_sus.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. **Decreto nº 5.154 de 23 de julho de 2004**. Regulamenta o § 2º do art. 36 e os arts. 39 a 41 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e dá outras providências. Brasília, 2004d. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5154.htm>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. **Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005.** Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria2439.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de Março de 2006.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006a. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_648.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. **Decreto nº 5.813, de 22 junho de 2006.** Aprova a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e dá outras providências. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5813.htm>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Planejar é Preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/06_1143_M.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PactosPelaVida_Vol1DiretOperDefesaSUSeGestao.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. **Portaria nº 698, de março de 2006.** Define que o custeio das ações é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observando o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. **Diário Oficial,** Brasília, 2006e. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM_698_30marco_2006.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Aquisição de Medicamentos para a Assistência Farmacêutica no SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006f. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/284.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Educação. **Portaria GM/MS nº 971, de 3 de maio de 2006.** Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006g. Disponível em: <http://www.craemg.org.br/fotos_site/PORTARIA-971.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Educação. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde de 1991 – 2004**. Brasília: Inep/MEC, 2006h. Disponível em: <http://disciplinas.stoa.usp.br/pluginfile.php/199084/mod_resource/content/1/Trajeto%C3%B3ria%20dos%20cursos%20de%20gradua%C3%A7%C3%A3o%20da%20%C3%A1rea%20da%20sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.583, de 10 de outubro 2007**. Define o elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, no termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. Brasília, 2007a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt2583_10_10_2007.html>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.237, de 24 dez.2007**. Aprova as normas de execuções e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica em saúde. Brasília, 2007b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt3237_24_12_2007.html>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 204, de 29 janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, 2007c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1408_10_07_2013.html>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/renome_2008.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. **Lei nº 11.741, de 16 de julho de 2008**. Altera dispositivos da Lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, para redimensionar, institucionalizar e integrar as ações da educação profissional técnica de nível médio, da educação de jovens e adultos e da educação profissional e tecnológica. Brasília, 2008c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2008/Lei/L11741.htm>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Educação. **Portaria nº 870, de 16 de julho de 2008**. Aprovar, em extrato, o Catálogo Nacional de Cursos Técnicos de Nível Médio. Conselho Nacional de Educação. Brasília, 2008d. Disponível em: <<http://www.cmconsultoria.com.br/imagens/diretorios/diretorio14/arquivo1277.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 2.982, de 26 de novembro de 2009.** Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Brasília, 2009a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2982_26_11_2009_rep.html>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Resolução nº 4, de 6 de abril de 2009.** Dispõe sobre a carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rces004_09.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 4.283, de 30 de dezembro de 2010.** Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. Brasília, 2010a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4283_30_12_2010.html>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 4.217 de 28 de dezembro de 2010.** Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4217_28_12_2010.html>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.044, de 5 maio 2010.** Aprova a 7ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais RENAME. Brasília, 2010c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1044_05_05_2010_comp.html>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Farmacopeia Brasileira.** v.2. Brasília: ANVISA, 2010d. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/cd_farmacopeia/pdf/volume2.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 set. 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Educação e Cultura. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. **Microdados Censo Escolar,** 2011b. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/basica-levantamentos-acessar>>. Acesso em: 21 de jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.214, de jun. 2012.** Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS). Brasília, 2012a. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 533, de 28 de mar. 2012**. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos RENAME no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2012b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0533_28_03_2012.html>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Educação. **Catálogo Nacional de Cursos Técnicos**. Brasília, 2012c. Disponível em: <http://www.retsus.fiocruz.br/sites/default/files/publicacoes/arquivos/catalogo_nacional_de_cursos_tecnicos_do_mec_versao2012.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.555, de 30 jul. 2013**. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>. Acesso em: 28 mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1, de 2 de janeiro de 2015**. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2014 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME 2012. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0001_02_01_2015.html>. Acesso em: 28 mar. 2015.

CARLOS, I.C.C. O sistema integral de assistência farmacêutica no Ceará. In: BONFIN, J. R. A, MERCUCCI, V. L. **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1997.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Assistência Farmacêutica no SUS**/Brasília: CONASS, 2007. 186 p.

COSENDEY, M. A. E. et al. Assistência farmacêutica na atenção básica: a experiência de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 171-182, jan. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v16n1/1576.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

ECO, U. **Como se faz uma tese**. 21. ed. São Paulo: Perspectiva. 2007.

EDLER, F. C. **Boticas & Pharmácias: Uma História Ilustrada da Farmácia no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Casa da Palavra, 2006.

ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, jan./fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2014.

EPSJV (Org). **Projeto Político Pedagógico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FAUSTO, M.C.R.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D. (Orgs). **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.

FEDERAÇÃO NACIONAL DOS FARMACÊUTICOS. **Farmacêutico: Trabalhador da Saúde. Os Serviços Farmacêuticos e a Garantia do Direito Social à Saúde**. Disponível em: <<http://www.fenafar.org.br/fenafar/2013-05-09-22-09-23/2013-05-09-21-59-14/2013-05-09-22-15-25/1533-farmaceutico-trabalhador-da-saude-os-servicos-farmaceuticos-e-a-garantia-do-direito-social-a-saude>>. Acesso em: 14 de fev. 2015.

GIARDINI, S. N. **Sinais de Mercado de Mercado e Regulamentação Institucional do Trabalho em Saúde no Brasil dos Anos 90**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

GRECO, M. C. M. **O curso técnico de farmácia na ETSUS-SP: contribuições para o debate**. 2009. 123 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

LIMA, J. C. F. Tecnologias e a educação do trabalhador em saúde. In: EPSJV (Org.) **Formação de Pessoal de Nível Médio para a Saúde: desafios e perspectivas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

LIMA, J. C. F. **Política de Saúde e Formação dos Trabalhadores de Enfermagem**. 2010. 454 f. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, J. C. F.; RAMOS, N. M.; NETO, J. S. L. Regulamentação Profissional e Educacional em Saúde: da década de 1930 ao Brasil Contemporâneo. In: MAROSINI, M. V. G. C.; LOPES, M. C. P.; CHAGAS, D. C.; CHINELLI, F. C.; VIEIRA, M. **Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 83-119.

LIMA, J. C. F. Breve História das Disputas em torno do Processo de Regulamentação Profissional e Educacional das Profissões em Saúde: do Brasil Colonial à Primeira República. In: MAROSINI, M. V. G. C.; LOPES, M. C. P.; CHAGAS, D. C.; CHINELLI, F. C.; VIEIRA, M. **Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. p. 49-81.

LIMA, M. A. A saúde entre o Estado e a sociedade. **Hist. Ciênc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, p 743-770, 2003.

LOYOLA, M. A. Medicamentos e Saúde Pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 763-78, abr. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a27v13s0.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
- MARIN, N. O Sistema Único de Saúde. In: LUIZA, V. L.; et al. (org). **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Brasília: OPAS/OMS, 2003.
- MARIN, N.; CORDEIRO. B. C. Assistência Farmacêutica. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. **Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 27-38.
- MATTA, G.C. E MOROSINI, M.V.G. A construção da integralidade nas estratégias de atenção básica em saúde. In: EPSJV. (Org.) **Estudos de Politecnia e Saúde**. 1.ed. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006.
- MATTA, G. C. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, G. C., PONTES, A. L. M. (Org.). **Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- MATTA, G.C. e MOROSINI, M.V.G. Atenção à Saúde. In: PEREIRA, I.B., LIMA, J.C. F (Orgs.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009.
- MENDES. E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1996.
- NICOLINE. C. B. **Assistência Farmacêutica no SUS: percepções de graduandos em Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora**. 2010. 141 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.
- OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE. **Banco de Dados da Educação Profissional Técnica em Saúde BEPSAÚDE TÉCNICO: Quadro de Padronização e de Códigos dos Cursos Técnicos em Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.
- OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE. **Matriculados por ano segundo nome do curso (2001-2013)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- OBSERVATÓRIO DOS TÉCNICOS EM SAÚDE. **Concluintes por ano segundo nome do curso (2001-2006)**. Disponível em <<http://157.86.173.185/cgi-bin/tabnet?tecnico/cursos.def>>. Acesso em: 02 fev.2015.
- OLIVEIRA, M. A., BERMUDEZ, J. A. Z., OSORIO-DE-CASTRO, C. G.S. **Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em <<http://www.opas.org.br>>. Acesso em: 28 mar. 2014.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Organização Mundial de Saúde, Ministério da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil**. Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2005. 260 p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Guía Servicios Farmacéuticos em la Atención Primaria de Salud**. Washington: Organização Panamericana de Saúde, 2010.

PAIM, J. S. **O que é SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PEREIRA, I.B.; RAMOS, M. N. **Educação Profissional em Saúde**: Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PERINI, E. Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: ACURCIO, F. A. **Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: Coopmed, 2003.

PIMENTEL, A. O Método da Análise Documental: seu uso numa pesquisa documental. **Cadernos de Pesquisa**, Londrina, v. 114, nov. 2001, p. 179-85.

PORTELA, A.S. et al.. Políticas Públicas de Medicamentos: trajetórias e desafios. **Rev. Ciênc. Farm. Básica**, v. 30, n. 1, p. 09-14, abr. 2010.

PRONKO, M. et. al. **A Formação de Trabalhadores em Saúde no Brasil e no MERCOSUL**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

REZENDE, M.; BAPTISTA, T. W. F. A Análise da Política proposta por Ball. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p. 173-180. Disponível em <<http://www.ims.uerj.br/pesquisa/ccaps/?p=39>>. Acesso em: 02 jun. 2014.

SANTOS, M. R. C. **Profissão Farmacêutica No Brasil**: história, Ideologia e Ensino. Ribeirão Preto: Ed. Holos, 1999.

SILVA, R.C.S. **Medicamentos Excepcionais no Âmbito da Assistência Farmacêutica no Brasil**. 213 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

SATURNINO, L. T. M. et al. Farmacêutico: um profissional em busca de identidade. **Rev. Bras. Farm**, v. 93, n. 1, p. 10-16, 2012.

VELLOSO, V. P. **Farmácia na Corte Imperial (1851 – 1887)**: práticas e saberes. 2007. 345 f. Tese (Doutorado em História das Ciências em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.