



A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O CONTROLE SOCIAL

RESUMO:

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado oficialmente pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, tem como um de seus princípios a Participação Social. Este princípio, por vezes também chamado de Controle Social, tem como objetivo garantir a participação da Sociedade Civil nas deliberações que o Sistema tomará, garantindo assim a democracia participativa e o interesse dos cidadãos como integrantes da gestão do Sistema, que ao garantir a saúde como direito de todos os cidadãos brasileiros, abriu portas para o oferecimento gratuito de medicamentos pelo SUS. Este trabalho, assim, tem como objetivo discutir uma possibilidade de tornar este acesso, através dos Conselhos de Saúde, mais efetivo. A metodologia empregada foi uma revisão narrativa, sem limitações de ano, que inclui artigos científicos e outros textos, como livros, teses, dissertações e outros materiais classificados como literatura cinzenta. Como principal resultado, propõe-se a criação, pelos Conselhos de Saúde, de Comissões de Medicamentos, com a participação efetiva dos conselheiros, dos diversos segmentos que os compõem. Tais comissões poderiam dar agilidade para a resolução do problema de falta de acesso aos medicamentos, problema recorrente em todos os entes federativos do Brasil, em especial nos municípios.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Saúde, Assistência Farmacêutica, Participação Social

AUTORIA

BENEDITO CARLOS CORDEIRO. Departamento de Farmácia e Administração Farmacêutica (MAF). Faculdade de Farmácia/UFF. Email: bcordeiro@id.uff.br

RANIERI CARVALHO CAMUZI. Departamento de Farmácia e Administração Farmacêutica (MAF). Faculdade de Farmácia/UFF.

MONIQUE ARAÚJO DE BRITO. Departamento de Farmácia e Administração Farmacêutica (MAF). Faculdade de Farmácia/UFF.



1. Introdução

O Sistema Único de Saúde, preconizado pela Constituição Federal (BRASIL, 1988) e consolidado pela Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a), possui muitos desafios, como diariamente se observa em reportagens na mídia brasileira. Uma das formas de fazer com que o Sistema “saísse do papel” foi pensar em princípios doutrinários e operativos, que permitissem o controle e colocassem a sociedade civil organizada à frente do Sistema.

Entretanto, apesar de haver certo consenso de que o SUS é a política pública de maior sucesso no país, é constante o ataque contra o Sistema que, apesar de possuir instâncias sólidas e regulamentadas de participação social, não teve a capacidade de mobilizar a população em sua defesa, que sempre depende, essencialmente para sua defesa, da chamada “bancada da saúde”, no Congresso Nacional, e alguns setores da sociedade, como profissionais de saúde e a academia universitária.

E, ainda que haja muita desconfiança com o Poder Legislativo no país, não se delega à população o poder de se manifestar. Instrumentos de participação popular, como os referendos e plebiscitos, praticamente não são usados no país. E a democracia participativa, que se expressa, no SUS, através das Conferências e Conselhos de Saúde, algumas vezes é mostrada como se fosse um “excesso” de democracia.

Percebe-se, então, que estas formas de expressão – Conferências e Conselhos de Saúde, que muitos avanços trouxeram para o SUS –, não foram capazes de demonstrar sua importância para a população, que continua sem saber como canalizar sua insatisfação para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde. Cabe, então, uma reflexão sobre estes órgãos, em especial os Conselhos de Saúde, direcionando depois esta discussão para uma área específica, a Assistência Farmacêutica.

2. Diagnóstico da Situação/problema

O Controle Social pode ser definido como a “capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento de suas necessidades e interesses na definição das prioridades e metas dos planos de saúde” (BRASIL 1992). Desta definição, alguns termos devem ser destacados: “sociedade organizada” (o controle social será exercido por ela); “políticas públicas” (uma de suas funções mais importantes é a elaboração das políticas de saúde) e “interagindo com o Estado” (o modo de exercer seu poder é através da interação, nem submissão nem superposição).

Nem sempre, entretanto, esse foi o entendimento do que vem a ser Controle Social. Ao se verificar a história da participação popular e do controle social, nota-se que o termo controle social significava que o Estado exercia o controle sobre a sociedade, opostamente ao que o termo pressupõe hoje (WENDHAUSEN 2002). A maneira como se entende hoje participação social (ou controle social) é relativamente recente e teve origem nas reformas que



oportunizaram a criação do SUS, no final dos anos 80, graças às diversas lutas travadas pelos movimentos sociais e que garantiram a sua inscrição na Constituição Federal (que instituiu, como um dos pilares do SUS, a participação da comunidade como instância decisória) e na Lei 8.142/90 (BRASIL 1990b).

Segundo a Lei 8.142/90, para a diretriz constitucional de participação da comunidade, haverá duas instâncias colegiadas em cada esfera de governo: as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. As Conferências, convocadas em espaços de tempo não superiores a 4 anos, devem avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a formulação da política de saúde da respectiva esfera de governo. Podem ser temáticas e são consideradas momentos de consulta ampliada à sociedade, pelo seu caráter consultivo. Já os Conselhos são órgãos de caráter permanente e deliberativo, formulando estratégias, controlando e fiscalizando a execução da política de saúde em sua esfera governamental.

A legitimidade das Conferências e dos Conselhos vem, entre outros motivos, da forma como são constituídos, dita paritária. Isto significa que os quatro segmentos que compõem o setor saúde estarão representados, de acordo com a seguinte proporção: 50% das vagas serão ocupadas por representantes dos usuários dos serviços de saúde, 25% pelos representantes dos trabalhadores de saúde e os outros 25% contemplarão os representantes do gestor e dos prestadores de serviços privados.

Assim, como forma de democracia participativa e pelo caráter deliberativo, compete especialmente aos Conselhos de Saúde, entre outras funções, deliberar sobre o plano de saúde da respectiva esfera de governo, fiscalizar a gestão do fundo respectivo de saúde, aprovar critérios de programação de serviços e de alocação orçamentária. Isto representa uma nova cultura pública e democrática no país, graças ao reconhecimento da legitimidade dos conflitos e da diversidade dos valores e interesses, com gestão conjunta e controle popular sobre as atividades de saúde (TELLES 1999).

Muitos são os obstáculos que impedem o fortalecimento dos Conselhos como instâncias decisórias. Percebe-se que, decorridos quase 40 anos da criação do SUS, muitos conselhos ainda são apenas espaços formais homologatórios de legitimação das decisões tomadas pelas Secretarias de Saúde, podendo ser acrescentado ainda o desrespeito e a omissão de informações por parte dos gestores, a falta de estrutura nos conselhos e as baixas representatividade e capacitação por parte dos conselheiros (SILVA e LIMA 2005).

Portanto, para que o direito à saúde seja entendido como direito de cidadania, necessário se faz fortalecer os Conselhos de Saúde, para que estes cumpram o seu papel de local ideal para o debate e a socialização das questões pertinentes à saúde, ocupando espaços antes restritos aos atores governamentais. Mesmo frente aos governos considerados “progressistas” ou “populares”, a inclusão da população no processo decisório pode ser uma tarefa árdua. O que dizer, então, quando não é esta a realidade encontrada em muitos municípios, que preferem que o serviço público permaneça “...deficitário, impotente, desacreditado pela própria população que o mantém” (VALLA 2002, p. 23).



Desta maneira, considerando a importância de um Conselho, pode-se discutir como este órgão teria capacidade para melhorar o acesso aos medicamentos pelos cidadãos que precisam destes produtos. Nem sempre um conselheiro vai poder fazer com que uma Secretaria de Saúde compre um medicamento que ele (o conselheiro) use ou conheça alguém que use. Mas, sem dúvida, ele pode cobrar para que as decisões tomadas nesta área sejam mais democráticas e participativas, esclarecendo os critérios utilizados, para afastar a arbitrariedade.

Como já foi dito, os Conselhos de Saúde possuem várias funções. Entre elas, o caráter deliberativo se sobressai, pela importância em fazer com que a sociedade se sinta empoderada e decida o que é melhor para si. Entretanto, para que se possa deliberar, ou seja, decidir, é preciso possuir informações – e saber interpretá-las. E, de posse delas, planejar como as ações poderiam ser executadas da melhor maneira possível.

Planejar significa perceber que, devido à insuficiência dos recursos disponíveis (nunca se tem dinheiro suficiente para tudo que se quer – ou se necessita), prioridades precisam ser definidas, ou seja, quais ações devem ser feitas antes de outras não tão urgentes. Feito isso, devem ser claros os passos necessários para a consecução das metas traçadas, com estabelecimento de prazos para sua realização, e a forma de verificação quanto ao objetivo a ser alcançado.

Várias ações para isso devem fazer parte da preocupação dos Conselhos de Saúde (até porque estas ações derivam das diretrizes já apontadas nas Conferências de Saúde) ou que já estão estabelecidas como deveres de um Conselho como, por exemplo, participar da formulação e aprovação do Plano de Saúde – e do capítulo de Assistência Farmacêutica (BRASIL 2006a).

3. Procedimentos Utilizados

Para a confecção deste artigo, buscou-se realizar uma Revisão Narrativa sobre o papel dos Conselhos/Conferências para a resolução dos problemas relacionados ao fornecimento de medicamentos. Não foi delimitado espaço de tempo, pois simulações preliminares demonstraram escasso número de artigos sobre o tema.

Foram utilizados artigos presentes nas bases de dados da BVS, em especial na base Scielo, por concentrar boa parte da produção brasileira sobre o tema. Também foram buscadas fontes na literatura cinzenta, ou seja, livros, dissertações, teses e a legislação específica da área.

4. Análise da Situação Problema

Para a Assistência Farmacêutica, o planejamento é essencial, por envolver diversas etapas e profissionais diferentes. Assim, como a garantia de execução dos serviços de saúde acontece quando eles estão planejados dentro do Plano de Saúde, um primeiro passo é verificar se há



um capítulo de Assistência Farmacêutica neste documento. Apesar deste item obrigatoriamente dever constar do Plano de Saúde Estadual ou Municipal, sabe-se que este capítulo tradicionalmente não está incluído nos Planos (VEBER et al. 2011).

A presença de um capítulo de Assistência Farmacêutica no Plano de Saúde pode garantir muitas ações importantes para o acesso aos medicamentos pelos cidadãos. O Plano de Saúde é o documento que vai detalhar os objetivos, as prioridades, as estratégias, as metas, ações e recursos disponíveis para programações anuais. Em outras palavras, é o Plano de Saúde o responsável pelo planejamento das atividades de saúde na esfera de atuação do Conselho.

Assim, uma das formas de garantir a participação da sociedade em tão importante ponto é participar da elaboração deste capítulo do Plano de Saúde ou, se ele já estiver pronto, analisá-lo detidamente. O Ministério da Saúde (BRASIL 2006b) publicou o Manual *Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à Assistência Farmacêutica*, que poderia embasar esta discussão.

Posteriormente ao planejamento, os Conselhos deverão verificar a execução de um capítulo de Assistência Farmacêutica, de forma a garantir o acesso aos medicamentos. Compete ao Controle Social, portanto, planejar a política e deliberar a forma com que a Assistência Farmacêutica possa se aproximar do ideal de justiça garantidor do acesso aos medicamentos para todos que deles necessitarem. Surge daí, também, a preocupação com a fiscalização das ações inerentes à Assistência Farmacêutica.

Com os vários problemas sociais e econômicos, que se refletem na estrutura dos serviços de saúde, é fácil compreender porque a Assistência Farmacêutica no Brasil, quando avaliada segundo indicadores propostos pela Organização Mundial da Saúde, demonstrou evidentes avanços quanto à estrutura e ao processo da situação farmacêutica nacional e quanto ao acesso e ao uso racional de medicamentos de qualidade, ainda que tenha também sido detectado que há muito a ser feito para se alcançar o nível desejado da Assistência Farmacêutica (OPAS/OMS 2005).

Apenas para citar como exemplo, vale dizer que o documento que avaliou a Assistência Farmacêutica no Brasil afirmou que a disponibilidade de medicamentos no setor público é pontual com média de valores aceitáveis, com possibilidade de medicamentos relevantes encontrarem-se indisponíveis por período de tempo considerável (3 meses). Esta falta do medicamento no setor público acaba fazendo com que o paciente procure o medicamento em farmácias privadas (onde medicamentos podem ser muito caros, já que a lógica que move este comércio é o lucro), o que acaba consumindo parcela significativa da renda das pessoas, em especial daquelas com mais baixa renda. Torna-se, nesta circunstância, imprescindível a avaliação quanto ao acesso aos medicamentos.

Diversos indicadores para esta avaliação estão disponíveis na literatura específica da área, sendo muito utilizados aqueles propostos por Cosendey (2000) e reproduzidos em Marin e



colaboradores (2003). Vale dizer, mais uma vez, das dificuldades de um Conselho quando interpretando dados e informações que chegam de forma desordenada e, algumas vezes, incompleta. A sugestão, já apresentada antes, é a criação de uma Comissão de Medicamentos, que pudesse utilizar indicadores selecionados pelo próprio Conselho para o acompanhamento da implantação dos objetivos traçados (ou reestruturação, em casos de desvios).

Esses desvios acontecem, principalmente, quando a Assistência Farmacêutica não é planejada, e a população deixa de ter acesso aos medicamentos, ou este acesso passa a ser conseguido por outras vias. Cria-se, deste modo, um subsistema vinculado, normalmente, à assistência social, em que o acesso ao medicamento acontece com a comprovação da “carência” do cidadão ou, ainda, a utilização do “clientelismo” político como critério para a concessão de um medicamento. Finalmente, para aqueles que não conseguem se utilizar destes esquemas sobra a via judicial para a garantia do direito à saúde.

Ainda, é preciso dizer que um Conselho normalmente esbarra na falta de capacitação dos conselheiros que, em especial no segmento que representa os usuários, muitas vezes não são profissionais de saúde. Não basta obter as informações necessárias e processá-las para a tomada de decisões (e somente isso já é uma tarefa bastante complexa). Há necessidade de uma solução para a superação desta dificuldade e, uma já testada por alguns Conselhos, é constituir uma comissão, escolhida entre os próprios conselheiros, que se responsabilize por discutir a questão do medicamento (MANZINI et al, 2026).

5. Contribuições da proposta

As comissões apresentam algumas vantagens: por serem menores, costumam reunir-se com mais frequência que o Conselho como um todo. Além disso, elas podem debruçar-se sobre as informações e detalhá-las, esmiuçando os dados e apresentando relatórios sintetizados para que, posteriormente, a plenária do Conselho possa pedir maiores esclarecimentos e tomar decisões.

A formação de uma Comissão de Medicamentos poderia se encarregar de, juntamente com o gestor, ajudar a escrever o capítulo sobre a Assistência Farmacêutica no Plano de Saúde ou, pelo menos, estudá-lo de maneira aprofundada para depois discuti-lo com a plenária dos conselheiros, para que estes se sintam melhor orientados quanto ao que estarão votando. De qualquer maneira, se não houver um capítulo de Assistência Farmacêutica no Plano de Saúde nem uma Comissão de Medicamentos, pode-se, como mínimo, questionar como são tomadas as decisões sobre este assunto na área de atuação do Conselho, já que o assunto é uma responsabilidade assumida não apenas por técnicos. Ainda que isso, por si só, não garanta uma boa Assistência Farmacêutica aos cidadãos da área onde o Conselho atua, pode ser um primeiro passo com bons resultados para determinadas localidades.

Para isso, entretanto, há necessidade de os Conselhos repensarem entraves em sua prática, como a alta rotatividade e a falta de capacitação de seus membros, que por não receberem



o treinamento adequado, acabam não exercendo o poder como imaginado ao se definirem os princípios do SUS.

No caso da Assistência Farmacêutica, mesmo sendo esse um assunto de grande interesse para a população, percebe-se um desconhecimento do assunto por parte dos conselheiros. O medicamento, enquanto insumo estratégico para a soberania de um país e bem fundamental para a consecução de objetivos terapêuticos, sempre será objeto de debates, que variam do técnico ao econômico, do social ao político. Para minimizar a assimetria de informações sobre este assunto presente nos Conselhos, é fundamental a criação de uma “câmara técnica” dentro dos Conselhos, uma Comissão de Medicamentos, que discuta e traduza os assuntos para a totalidade dos conselheiros, em especial nos municípios menores, pela dificuldade de encontrar pessoas com maior conhecimento nesta área.

Em função dos princípios doutrinários do SUS, o acesso aos medicamentos – entendido como um conceito amplo, como disposto por Oliveira et al. (2007), e não apenas como a disponibilidade do medicamento, passa por uma construção coletiva, com papel preponderante dos Conselhos de Saúde, como forma organizada e legítima de luta.

Para isso, é importante que o Controle Social empreste sua legitimidade para a resolução de conflitos ou, ainda, evite-os, através da definição de políticas baseadas em critérios transparentes, que utilizem dados epidemiológicos como suporte. Entretanto, esta participação deve ser efetiva; o comprometimento do Controle Social passa pelo reconhecimento de seu papel protagonista no SUS. Cabe lembrar, nesse sentido, que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, no Brasil, é uma Resolução do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2004), ou seja, do Controle Social.

Referências

1. BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Gráfica do Senado; 1988.
2. BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde – número 8080/90**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>
3. BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde – número 8142/90**. 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. 1990b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Gabinete do Ministro; 1992.



5. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 338. Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 20 de maio de 2004.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejar é Preciso: uma proposta de método para aplicação à Assistência Farmacêutica**. Brasília: Editora MS; 2006b.
8. COSENDEY MAE. **Análise da implantação do programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil**. Rio de Janeiro: Tese de Doutorado em Ciências, Fundação Oswaldo Cruz/ENSP; 2000. Disponível em: <http://teses.cict.fiocruz.br/pdf/cosendeymaed.pdf>
9. MANZINI F, CHAVES LA, BOFF VA, FALCÃO E SÁ DABO, LIMA MEO, LEITE SN. Conselhos de saúde e Assistência Farmacêutica: desafios e perspectivas para o controle social no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva** 31(1), 2026. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/dFFC5ptFzbVdk4SvSkdSkFr/?lang=pt>
10. MARIN N, LUIZA VL, OSORIO-DE-CASTRO CGS, MACHADO-DOS-SANTOS S (orgs). **Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
11. OLIVEIRA MA, ZEPEDA BERMUDEZ JA, OSORIO-DE-CASTRO CGS. **Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.
12. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS/OMS). **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde; 2005.
13. SILVA JPV, LIMA JC. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a Reforma Sanitária brasileira. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 43-73.
14. TELLES VS. **Direitos Sociais: afinal do que se trata?** Belo Horizonte: Editora UFMG; 1999.
15. VALLA VV. Controle social ou controle público? Uma contribuição ao debate sobre controle social. In: WENDHAUSEN A. **O duplo sentido do controle social – (des)caminhos da participação em saúde**. Itajaí: UNIVALI; 2002. P. 15-33.
16. VEBER, AP; DIEHL, E; LEITE, SN; PROSPERO, ENS. Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization. **Braz. J. Pharm. Sci.** 2011; 47(1): 75-80.
17. WENDHAUSEN A. **O duplo sentido do controle social – (des)caminhos da participação em saúde**. Itajaí: UNIVALI; 2002.