



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

KARLA AMORIM SANCHO

ANÁLISE DISCURSIVA DA POLÍTICA NACIONAL  
DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

CAMPINAS

2019

KARLA AMORIM SANCHO

ANÁLISE DISCURSIVA DA POLÍTICA NACIONAL  
DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Tese apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva, na área de concentração Epidemiologia.

ORIENTADOR: CARLOS ROBERTO SILVEIRA CORRÊA

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO  
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELA  
ALUNA KARLA AMORIM SANCHO, E ORIENTADA PELO  
PROF. DR. CARLOS ROBERTO SILVEIRA CORRÊA.

CAMPINAS

2019

**Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s):** CAPES, 01-P-1738/2016  
**ORCID:** <https://orcid.org/0000-0003-3437-2737>

Ficha catalográfica  
Universidade Estadual de Campinas  
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas  
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

---

Sancho, Karla Amorim, 1984-  
Sa55a Análise discursiva da política nacional de assistência farmacêutica / Karla Amorim Sancho. – Campinas, SP : [s.n.], 2019.

Orientador: Carlos Roberto Silveira Corrêa.  
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Análise de discurso. 2. Saúde coletiva. 3. Assistência farmacêutica. 4. Políticas públicas de saúde. I. Corrêa, Carlos Roberto Silveira, 1954-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

#### Informações para Biblioteca Digital

**Título em outro idioma:** Discursive analysis of the national policy of pharmaceutical assistance

**Palavras-chave em inglês:**

Discourse analysis

Public health

Pharmaceutical services

Public health policy

**Área de concentração:** Epidemiologia

**Titulação:** Doutora em Saúde Coletiva

**Banca examinadora:**

Carlos Roberto Silveira Corrêa [Orientador]

Gastão Wagner de Sousa Campos

Suzy Maria Lagazzi

Moisés Goldbaum

Fernanda Luzia Lunkes

**Data de defesa:** 28-02-2019

**Programa de Pós-Graduação:** Saúde Coletiva

# **BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DOUTORADO**

**KARLA AMORIM SANCHO**

---

**ORIENTADOR: CARLOS ROBERTO SILVEIRA CORRÊA (FCM/UNICAMP)**

---

## **MEMBROS:**

**1. PROF. DR. CARLOS ROBERTO SILVEIRA CORRÊA – FCM/UNICAMP (PRESIDENTE)**

**2. PROF. DR. GASTÃO WAGNER DE SOUSA CAMPOS – FCM/UNICAMP**

**3. PROF. <sup>ª</sup> DR. <sup>ª</sup> SUZY MARIA LAGAZZI – IEL/UNICAMP**

**4. PROF. DR. MOISÉS GOLDBAUM – FACULDADE DE MEDICINA/USP**

**5. PROF. <sup>ª</sup> DR. <sup>ª</sup> FERNANDA LUZIA LUNKES – IHAC CJA/UFSB**

---

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da  
Universidade Estadual de Campinas.

**Data: 28/02/2019**

Aos meus pais, amorosamente.

Aos meus orientadores, Calucho e Claudia, valorosos companheiros.

Ao Fabiano, por todo amor, apoio e inspiração.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, agradeço profundamente a Deus, pela vida e pelos encontros significativos que pude vivenciar nessa jornada.

Agradeço imensamente a orientação e a amizade dos professores Carlos Roberto Silveira Corrêa e Claudia Regina Castellanos Pfeiffer. A dedicação de vocês ao ensino e à pesquisa é inspiradora. A maneira dialógica e respeitosa com que compartilham saberes é admirável. Gratidão por todos os aprendizados.

Aos professores Gastão Wagner de Sousa Santos e Suzy Maria Lagazzi, pela leitura criteriosa e colaboração valiosa no exame de qualificação. À professora Cristina Batista Araújo, meu agradecimento especial por contribuir para a minha formação desde a graduação, orientando a elaboração da monografia e incentivando para o mestrado. Ao professor Roberto Leiser Baronas, pela orientação durante o mestrado. Aos professores que gentilmente aceitaram examinar a tese: Gastão Wagner de Sousa Santos, Suzy Maria Lagazzi, Moisés Goldbaum e Fernanda Luzia Lunkes.

Aos colegas integrantes do Grupo Interdisciplinar de Pesquisas em Saúde (GIPS), pelos aprendizados que fizemos desde que iniciei o doutorado. As discussões instigantes do grupo influenciaram substancialmente as reflexões que permeiam a tese.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp que participaram da minha formação, assim como a todos os funcionários, pela eficiência, presteza e cooperação. Também aos amigos taxistas, Carlos Edison Baptista Santa Anna e José Ricardo Corrêa, minha gratidão.

Agradeço muito especialmente os meus pais, Carlos Benedito Sancho Silva e Leda Regina Amorim Sancho, e ao meu irmão, Philippe Amorim Sancho, pelo apoio incondicional, incentivando-me sempre e de todas as formas.

Com todo carinho agradeço ao meu esposo, Fabiano Tonaco Borges, que acompanhou cada alegria e sofrimento que constituíram a jornada do doutorado, animando-me nos momentos difíceis e vibrando com os avanços. À minha sogra, Marilene Tonaco Borges, e à minha cunhada, Mariana Tonaco Borges, gratidão por todo apoio e carinho.

A todos os amigos de Cuiabá, Campinas e Niterói que, direta ou indiretamente, contribuíram com a realização da pesquisa. Em especial, àqueles que mais se avizinharam dos dilemas existenciais ou metodológicos inerentes à trajetória do doutorado: Kátia de Cássia Botasso, Neuciani Ferreira da Silva Sousa, Diego Sousa, Renata Siqueira e Brunna Raphaelly Amaral da Silva.

Por fim, agradeço à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela bolsa de estudos.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

## RESUMO

O presente estudo tem como objetivo geral compreender, por meio de uma análise discursiva, os sentidos que sustentam a possibilidade da instituição da Política Nacional de Assistência Farmacêutica no Brasil. Trata-se de uma proposta de estudo com abordagem qualitativa, cujo referencial teórico-metodológico é a Análise de Discurso de linha francesa, instituída por Michel Pêcheux. O *corpus* analisado é composto pela Resolução 338/2004 colocada em relação intertextual e interdiscursiva com outros materiais de análise. O arquivo assim construído é analisado com os seguintes objetivos: compreender parte das condições de produção, e, conseqüentemente, das determinações histórico-sociais, que estão em funcionamento na Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Compreender efeitos de sentido que se produzem na Resolução e se inscrevem enquanto evidentes para a orientação da Assistência Farmacêutica no Brasil. Levamos em consideração a relação língua, sujeito e ideologia inscrita na materialidade da Resolução. Assim, os achados da análise da Resolução nos levaram a buscar discutir discursividades que interpelam a forma sujeito-histórica capitalista relacionadas à medicalização, cujas direções de sentido produzem o efeito de evidência do medicamento significando como equivalente à saúde.

**Palavras-chave:** Análise de Discurso. Saúde Coletiva. Assistência farmacêutica. Políticas públicas de Saúde.

## ABSTRACT

The present study has the general objective to understand, through a discursive analysis, the meanings that support the possibility of the National Policy of Pharmaceutical Assistance in Brazil. It is a proposal of a study with a qualitative approach, whose theoretical-methodological reference is the Discourse Analysis of French line, instituted by Michel Pêcheux. The analyzed corpus is composed of Resolution 338/2004 placed in intertextual and interdiscursive relation with other materials of analysis. The archive thus constructed is analyzed with the following objectives: to understand part of the conditions of production, and, consequently, of the historical-social determinations, which are in operation in the National Policy of Pharmaceutical Assistance. To understand the effects of meaning that are produced in the Resolution and are inscribed as evident for the orientation of the Pharmaceutical Assistance in Brazil. We consider the relation language, subject and ideology inscribed in the materiality of the Resolution. Thus, the findings of the analysis of the Resolution led us to seek to discuss discourses that question the capitalist subject-historical form related to medicalization, whose directions of meaning produce the evidence effect of the drug meaning as equivalent to health.

**Key words:** Discourse analysis. Public Health. Pharmaceutical Services. Public Health Policy

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Ciclo da Assistência Farmacêutica.....	20
Quadro 1 – Etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica.....	21
Quadro 2 – Presença da forma material “medicamento” na Ata da 142ª reunião CNS na discussão da Resolução 338/2004.....	89
Quadro 3 – Recortes das decisões aprovadas na CNMAF que se relacionam com recortes da Resolução 338/2004.....	99
Quadro 4 – Presença da forma material “medicamento” na Resolução 338/2004.....	109
Quadro 5 – Presença do sintagma: “promoção, proteção e recuperação da saúde” na Resolução 338/2004.....	115
Quadro 6 – Presença das formas materiais “setor/intersectorial” na Resolução 338/2004.....	117

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AD: Análise do Discurso

AF: Assistência Farmacêutica

Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AtenFar: Atenção Farmacêutica

CNMAF: 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica

CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS: Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS: Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

FD: Formação Discursiva

GIPS: Grupo Interdisciplinar de Pesquisa em Saúde

LABEUB: Laboratório de Estudos Urbanos da Unicamp

LOS: Leis Orgânicas da Saúde

ME: Medicamentos Essenciais

MS: Ministério da Saúde

NOAS: Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOBs: Normas Operacionais Básicas

OMS/WHO: Organização Mundial de Saúde/*World Health Organization*

OPAS: Organização Panamericana de Saúde

PNAF: Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM: Política Nacional de Medicamentos

RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SCTIE: Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

URM: Uso Racional de Medicamentos

## SUMÁRIO

CAPÍTULO 1: COMEÇO DE UM PERCURSO DISCURSIVO.....	12
1.1 Saúde Coletiva e Análise de Discurso.....	13
1.2 Objeto da pesquisa: a PNAF.....	18
1.3 Objetivos.....	22
1.4 Apresentação da Tese.....	23
CAPÍTULO 2: FUNDAMENTOS TEÓRICO-ANALÍTICOS PARA UMA ANÁLISE DISCURSIVA DA PNAF.....	25
2.1 Referencial Teórico: Análise de Discurso.....	25
2.2 Procedimentos Analíticos: Constituição do <i>corpus</i> .....	32
CAPÍTULO 3: CONDIÇÕES PARA A EMERGÊNCIA DA PNAF.....	37
3.1 Condições de Produção: definição.....	37
3.2 Saúde, sociedade e medicamento.....	40
3.3 Medicalização e Medicamentação.....	46
3.4 O Sistema Único de Saúde.....	60
CAPÍTULO 4: ANÁLISE DISCURSIVA.....	77
4.1 A Assistência Farmacêutica no SUS.....	77
4.2 A Resolução 338/2004 que institui a PNAF: condições situacionais.....	84
4.2.1 Ata da 142ª reunião do Conselho Nacional de Saúde.....	86
4.3 A Introdução da Resolução 338/2004.....	93
4.4 Um olhar para as regularidades da Resolução 338/2004.....	109
CAPÍTULO 5: CONCLUSÃO DE UM PERCURSO DISCURSIVO.....	120
REFERÊNCIAS.....	126
ANEXO 1: Resolução 338/2004.....	137
APÊNDICE 1: Artigo publicado: “Medicalização, Diagnóstico Clínico e Queixa-Condução”.....	139

## CAPÍTULO 1: COMEÇO DE UM PERCURSO DISCURSIVO

“Basta uma nova palavra para desembaraçar o espaço duma pergunta, aquela que não tinha sido posta. A nova palavra abala as antigas, e faz o vazio para a nova pergunta. A nova questão põe em questão as antigas respostas, e as velhas questões adormecidas debaixo delas. Ganha-se aí uma nova visão da coisa”.

(ALTHUSSER, Filosofia e filosofia espontânea dos cientistas, 1979)

A trajetória desta pesquisa começou a ser delineada a partir da confluência da Análise de Discurso com a Saúde Coletiva em minha caminhada acadêmica. Desde a graduação em Letras tenho interesse em Análise de Discurso e o mestrado em Estudos Linguísticos, com ênfase em Análise de Discurso, foi a oportunidade para aprender mais e tornar-me analista.

Quando tive a oportunidade de conhecer o Professor Doutor Carlos Silveira Corrêa, no ano de 2014 – por intermédio do Professor Doutor Gastão Wagner de Sousa Campos –, conversamos sobre as pesquisas que ele vinha orientando até então e sobre minha trajetória acadêmica. Descobrimos o interesse comum de olhar para questões discursivas e começamos a pensar possibilidades de objetos de pesquisa. Havia uma pesquisa sobre Assistência Farmacêutica sendo concluída (sob orientação do professor Carlos) naquele período: “Preços de Medicamentos Adquiridos na Assistência Farmacêutica Básica: Um Foco nas Regiões do Projeto QUALISUS-REDE”(1), dissertação de mestrado defendida por Brunna Raphaelly Amaral da Silva e o professor Carlos colocou questões outras, de ordem discursiva e referentes à Assistência Farmacêutica, que talvez pudéssemos explorar, para além dos aspectos que já tinham sido contemplados na referida dissertação.

Após eu ter passado pelo processo seletivo do Doutorado em Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, o professor Carlos, meu orientador, apresentou-me a professora Claudia Pfeiffer, minha co-orientadora, pesquisadora do Laboratório de Estudos Urbanos (Labeurb), e apresentaram-me o Grupo Interdisciplinar de Pesquisas em Saúde (GIPS), do qual passei a fazer parte. O GIPS é liderado pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Claudia Regina Castellanos Pfeiffer e pelo Prof. Dr. Carlos Corrêa. Desde o ano de 2004, o Grupo trabalha discursivamente questões do campo da saúde coletiva, no âmbito das políticas públicas e das práticas de saúde.

## 1.1 Saúde Coletiva e Análise de Discurso

Ao empreender esta pesquisa, situada no campo da Saúde Coletiva, com o referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso (doravante AD), enfrentamos o desafio de compreender a Saúde Coletiva com os deslocamentos epistemológicos propostos pela AD.

A produção científica de nosso grupo de pesquisa tem como objetivo marcar a importância da linguagem e do discurso como uma questão para a Saúde Coletiva, pensada enquanto um campo que, contemporaneamente, ocupa-se da saúde e que, por relações multidisciplinares ou interdisciplinares, leva em consideração as Ciências Sociais para suas reflexões e práticas (2).

Orlandi (3) (p. 23) afirma que as ciências se constituem a partir de pressupostos relacionados a uma certa noção de linguagem e de sujeito. Assevera ainda que é na transformação dessas noções que também está o deslocamento dos limites delas e, conseqüentemente, de suas relações. A autora ressalta que, especificamente no caso da AD, que se afirma como uma disciplina feita no “entremeio”, esse deslocamento resulta sobretudo dos deslocamentos produzidos sobre a noção de ideologia. A respeito da noção de “entremeio” – desenvolvida pela própria autora – Orlandi discorre:

Uma disciplina de entremeio é uma disciplina não-positiva, ou seja: ela não acumula conhecimentos meramente, pois discute seus pressupostos continuamente (...) Essas são disciplinas de entremeio que se configuram em sua especificidade nos anos 1960, fundamentalmente. Ao falarmos da AD e de seu modo de constituição, estaremos aí representando o processo de construção dessas disciplinas, em geral (...) Tomamos a AD para falar desta questão, porque a noção de discurso – tal como ela se especifica nos anos 60 – é crucial para este estado de coisas nas ciências humanas e sociais (3) (p. 23-24).

Pêcheux (4) (p. 16) afirma que o discurso introduz um deslocamento na própria linguística. Essa mudança não reside, como ele diz (4), num outro modo de abordar seu objeto (o discurso), dentro de novas necessidades impostas pela pesquisa, etc. A especificidade da AD está no fato de o discurso que ela se propõe a analisar não ser um objeto de natureza linguística, mas um objeto sócio-histórico, em que a perspectiva linguística intervém como pressuposto. Nessa perspectiva, Orlandi explicita a relação da AD com as demais ciências:

A Análise de Discurso se faz na contradição da relação entre as outras ciências. De início, entre – no interior das ciências da linguagem – as

tendências formalistas (gerativismo), sociologista (sócio, etnolinguística) e da fala (teorias da enunciação, conversacional). Ela não se apresenta, no entanto, como uma quarta tendência, mas se constitui no lugar produzido pela relação contraditória entre as três existentes (3) (p. 24-25).

Vale ressaltar que a AD não é mera aplicação da linguística às ciências sociais ou vice-versa. Pressupõe que a linguagem deva ser referida necessariamente à sua exterioridade, para que se apreenda seu funcionamento, enquanto processo significativo. Orlandi resalta essas particularidades da Análise de Discurso, quando afirma que:

**a AD é uma espécie de antidisciplina, uma desdisciplina**, que coloca questões da linguística no campo de sua constituição, interpelando-a pela historicidade que ela apaga, do mesmo modo que coloca questões para as ciências sociais em seus fundamentos, interrogando a transparência da linguagem sobre a qual elas se assentam (3) (p. 26).

Orlandi (3) (p. 28) explica que, ao inscrever-se no campo da reflexão sobre a linguagem, a AD questiona o que é desconsiderado no campo da linguística: o sujeito e a situação. Prossegue, destacando que a Análise de Discurso vai redefinir isso em função da constituição de seu objeto. Redefine porque a situação – tal como ela é concebida pelas ciências sociais – é incompatível com a concepção de linguagem em sua ordem própria. A autora resalta ainda que, em relação à noção de sujeito, ela reaparece sob duas formas: o sujeito empírico e o sujeito psicológico. Ambas o colocam na origem, como sendo onipotente e determinado pelas suas intenções: ora tendo o controle do sistema, ora plenamente identificado a ele. Em nenhuma das formas, porém, é considerado em sua relação contraditória com o sistema.

Do lugar teórico da AD reafirmamos a importância desses deslocamentos que constituem seu quadro teórico: **não se objetiva desvelar intencionalidades e a concepção de sujeito não é empiricista**. Quando afirmamos que a concepção de sujeito não é empiricista, queremos explicitar que, numa perspectiva discursiva, buscamos compreender as redes de sentido a que se filiam as posições-sujeito dos discursos que analisamos. Significa que o que nos interessa não é encontrar o sentido verdadeiro, o ou que quis dizer o “fulano de tal” ou especular as intenções das pessoas (sujeitos considerados empiricamente).

Conforme Orlandi (3) (p. 31), ao mesmo tempo que introduz as noções de sujeito e situação, a AD as transforma, da forma como são compreendidas nas

ciências sociais, que desconsideram a relação constitutiva entre linguagem e social. A autora acrescenta que a relação com a exterioridade ganha destaque para a Análise de Discurso, que a considera essencial, assim como o entremeio e a contradição. Ela conclui afirmando que, numa perspectiva discursiva, podemos afirmar que o mundo existe, mas no discurso ele é apreendido pela linguagem. Destaca-se, então, a construção discursiva do referente: trata-se do mundo **para** (e não do mundo **em si**). A linguagem é assim concebida pela autora:

Discursivamente, a linguagem é considerada como prática: mediação, trabalho simbólico, ação que transforma, que constitui identidades e não somente como instrumento de comunicação. Do ponto de vista discursivo, sujeito e sentido não podem ser tratados como já existentes em si, como *a priori*, daí afirmarmos que discursivamente o sujeito não é o empírico (3) (p. 42).

Consideramos que essa seja uma importante contribuição trazida pela AD ao campo da Saúde Coletiva: colocar em questão os sentidos institucionalizados, naturalizados, suspendendo seus efeitos de evidência<sup>1</sup>.

A Análise de Discurso compreende que, por causa do funcionamento constitutivo da ideologia, naturaliza-se o que é produzido pela história. Orlandi (3) (p. 45) explicita esse funcionamento da ideologia, afirmando que “a evidência do sentido – que na realidade é um efeito ideológico – não nos deixa perceber seu caráter material, a historicidade de sua construção”. Ainda segundo a autora:

o fato de que não há sentido sem interpretação, atesta a presença da ideologia (...) Nesse movimento da interpretação o sentido aparece-nos como evidência, como se ele estivesse já sempre lá. (...) Naturaliza-se o que é produzido na relação do histórico e do simbólico. Por esse mecanismo – ideológico – de apagamento da interpretação, há transposição de formas materiais em outras, construindo-se o efeito de transparência – como se a linguagem e a história não tivessem sua espessura, sua opacidade – para serem interpretadas por determinações históricas que se apresentam como imutáveis, naturalizadas. Este é o trabalho da ideologia: produzir evidências, colocando o homem na relação imaginária com suas condições materiais de existência (3) (p. 45-46).

---

<sup>1</sup> Consideramos importante trazer um exemplo de efeito de evidência e de como um gesto de análise pode mostrar esse funcionamento e explicitar a heterogeneidade que têm as relações de força, com diferentes direções de sentido que constituem o discurso. Elucidativo é o gesto de Orlandi (22) (p. 45): “por exemplo, a palavra “terra” não significa o mesmo para um índio, para um agricultor sem-terra e para um grande proprietário rural. Ela significa diferente, se a escrevemos com letra maiúscula (Terra) ou com minúscula (terra) etc. Todos esses usos se dão em condições de produção diferentes e podem ser referidos a diferentes formações discursivas. E isso define em grande parte o trabalho do analista: observando as condições de produção e verificando o funcionamento da memória, ele deve remeter o dizer a uma determinada formação discursiva para compreender o sentido do que ali está dito”.

Numa perspectiva discursiva, compreende-se que o ideológico funciona produzindo evidências imaginárias de sentido para o que chamamos de realidade. O funcionamento da ideologia é assim explicitado por Pêcheux:

É a ideologia que fornece as evidências [...] que fazem com que uma palavra ou um enunciado “queiram dizer o que realmente dizem” e que mascaram, assim, sob a “transparência da linguagem”, [...] o caráter material do sentido das palavras e dos enunciados (5) (p. 160).

Redefinindo, assim, a ideologia discursivamente, podemos dizer que “não há discurso sem sujeito, nem sujeito sem ideologia”, de acordo com Pêcheux (5). Ela é interpretação de sentido em certa direção, que por sua vez, é determinada pela relação da linguagem com a história em seus mecanismos imaginários. Por isso, Orlandi assim a define:

**A ideologia não é, pois, ocultação**, mas função da relação necessária entre a linguagem e o mundo. Linguagem e mundo se refletem, no sentido da refração, do efeito (imaginário) necessário de um sobre o outro. Na verdade, é o efeito da separação e da relação necessária mostrada nesse mesmo lugar. **Há uma contradição entre mundo e linguagem e a ideologia é trabalho desta contradição.** Daí a necessidade de **distinguirmos entre a forma abstrata (com sua transparência e o efeito de literalidade) e a forma material, que é histórica (com sua opacidade e seus equívocos)** (grifos nossos) (3) (p. 48).

A concepção discursiva da noção de ideologia é uma virada significativa, que caracteriza fortemente o mirante teórico-metodológico da AD e coloca questões epistemológicas para as ciências positivas. Um desdobramento importante, que impõe um deslocamento para a Saúde Coletiva, e que advém do fato de que a Análise de Discurso, como já afirmamos, não é tributária das ciências positivas – no que se refere à noção de “dado” – uma vez que a própria existência da AD, como disciplina de entremeio, atesta essa contradição:

a que regula a relação entre processos e produtos, criando a ilusão de que é possível separá-los e trabalhar apenas os produtos (os dados) em si, autonomamente. Ela vai contestar que, pela observação dos dados empíricos, se possa atingir diretamente a interpretação de seus sentidos, somando-se o linguístico ao social, ao histórico, etc. (3) (p. 84).

Essa noção – a de dado –, conforme nos mostra Orlandi (3) (p. 84), não tem um valor operatório positivo, porque em Análise de Discurso não se trabalha com as evidências, mas busca-se compreender o processo de produção das evidências. Assim, para a AD a noção de dado é um efeito ideológico do qual a Análise de Discurso procura desconstruir a evidência, explicitando seus modos de produção.

Outra questão igualmente importante nesse domínio discursivo, e da qual já começamos a tratar na tese, é a concepção de sujeito. É essencial destacar – para o campo da Saúde Coletiva, sobretudo – que **para a AD o sujeito não é aquele psicológico, empiricamente coincidente consigo mesmo**. Por isso, Orlandi afirma que:

**O sujeito é uma “posição”, entre outras**. O modo pelo qual ele se constitui em sujeito, ou seja, **o modo pelo qual ele se constitui enquanto posição não lhe é acessível, não se dá de modo consciente**. Esse é o efeito ideológico elementar. Conseqüentemente, **a linguagem também não é transparente, nem o sentido, evidente**. Esse sujeito que se define como “posição” **é um sujeito que se produz entre diferentes discursos**, numa relação regrada com a memória discursiva, **definindo-se em função de uma formação discursiva na relação com as demais** (grifos nossos)(3) (p. 84-85).

Assim, para a AD, a concepção de sujeito tem relação direta com a de formação discursiva. Pêcheux & Fuchs (6) (p. 162) definem formação discursiva como aquilo que determina **“o que pode e deve ser dito** (articulado sob a forma de uma arenga, um sermão, um panfleto, uma exposição, um programa etc.) **a partir de uma posição dada numa conjuntura”** (negritos nossos)(6).

Nessa perspectiva, o analista de discurso trabalha com os movimentos (gestos) de interpretação do sujeito do discurso (sua posição), na determinação da história, tomando o discurso como “efeito de sentido entre locutores” (5) (p. 160).

Quanto a isso, Orlandi (3) (p. 40) recorda que é importante ressaltar a distinção entre: a) o gesto de interpretação do analista, que se realiza por meio de um dispositivo teórico e, b) o gesto de interpretação do sujeito comum, que se dá em um dispositivo ideológico, com seu efeito de evidência. A autora resalta ainda que esse efeito é o que nega a interpretação no momento mesmo em que ela ocorre. Para a AD, não é possível não interpretar.

Prosseguindo, a autora (3) (idem) explica que o gesto do analista é determinado pelo dispositivo teórico, enquanto o gesto do sujeito comum é determinado pelo dispositivo ideológico. Em ambos temos mediação. Orlandi adverte, porém, que a mediação da posição construída pelo analista considera a questão da alteridade. Ela alerta que a mediação instalada pelo dispositivo teórico deve produzir um deslocamento que permita ao analista identificar as fronteiras das formações discursivas. Conclui que o objetivo é que o analista não se inscreva em uma

determinada formação discursiva, mas coloque-se em uma relação crítica com o conjunto complexo das formações.

A AD não pressupõe uma posição neutra do analista ou de qualquer cientista em relação aos sentidos. Compreendemos que ele sempre é afetado pela interpretação e que seu dispositivo teórico marca uma posição em relação a outras. Em nosso caso, o dispositivo da Análise de Discurso situa-nos numa posição distinta da hermenêutica, por exemplo. Portanto, discursivamente, diz-se que o dispositivo é capaz de deslocar a posição do analista, considerando a opacidade da linguagem, a sua não-evidência, e, com isso, relativizando (mediando) a relação do sujeito com a interpretação. A posição do analista é assim descrita por Eni Orlandi:

A possibilidade de contemplar o movimento da interpretação, de compreendê-lo, que caracteriza a posição do analista. Nem acima, nem além do discurso, ou da história, mas deslocado. Numa posição que entremeia a descrição com a interpretação e que pode tornar visíveis as relações entre diferentes sentidos (3) (p. 40).

E é desse lugar teórico que nos propomos realizar esta pesquisa, enfrentando os desafios de empreender uma leitura e uma escrita discursiva em nosso gesto de analisar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (doravante PNAF).

É assim que tomaremos a textualidade da PNAF, “enquanto um gesto de formulação que consuma o imaginário no sujeito, perguntando-nos sobre o imaginário construído de modo evidente” – Orlandi (3) citado por Pfeiffer (7) – nessa política,

levando em consideração que o sujeito é sempre uma posição-sujeito para a Análise de Discurso; sujeito que não se confunde com o indivíduo, não se trata de uma relação empírica, mas sim simbólica, política, histórica e, portanto, nos termos da Análise de Discurso, ideológica (7).

Tendo feito breve exposição de conceitos e noções da Análise de Discurso que permitam situar as perspectivas e deslocamentos operados por esta disciplina, bem como situar nosso lugar teórico nesta empreitada, passamos a apresentar o objeto desta pesquisa: a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

## **1.2 Objeto da pesquisa: a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**

Nos últimos anos, a implantação do SUS tem redesenhado os contornos da atenção à saúde no País. Nesse sentido, a PNAF, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui instrumento importante para a implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência sanitária à população.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica foi aprovada por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, de 6 de maio de 2004 (8) (ver anexo 1).

Dentre as diretrizes da PNAF, fomos sendo capturados por algumas pistas discursivas que destacaremos em seguida e que marcaram nosso gesto de análise: a garantia de acesso e de equidade às ações de saúde incluindo, necessariamente, a **assistência farmacêutica**<sup>2</sup>; o desenvolvimento, a valorização, a formação, a fixação e a capacitação de recursos humanos; a promoção do **uso racional de medicamentos**<sup>3</sup>, por intermédio de ações que disciplinem a **prescrição**<sup>4</sup>, a **dispensação**<sup>5</sup> e o **consumo**; a manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção<sup>6</sup>, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS e a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção (11).

Estas pistas marcadas em negrito (no corpo do texto e nas notas de rodapé) serão retomadas mais adiante enquanto recortes que serão analisados. O que queríamos de início era demarcar por onde fomos capturados enquanto analistas em

---

<sup>2</sup> De acordo com a Resolução no 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, Assistência Farmacêutica (AF) é: “Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo **o medicamento como insumo essencial e visando ao 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**” (negritos nossos) (8).

<sup>3</sup> A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe que para o **uso racional de medicamentos** ser praticado é preciso: em primeiro lugar, estabelecer a necessidade do uso do medicamento; a seguir, que se receite o medicamento apropriado, a melhor escolha, de acordo com os ditames de eficácia e segurança comprovados e aceitáveis. Além disso, é necessário que o medicamento seja prescrito adequadamente, na forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento; que esteja disponível de modo oportuno, a um preço acessível, e que responda sempre aos critérios de qualidade exigidos; que se dispense em condições adequadas, com a necessária orientação e responsabilidade, e, finalmente, que se cumpra o regime terapêutico já prescrito, da melhor maneira possível (negritos nossos) (9).

<sup>4</sup> Cf. descrição na Figura 1.

<sup>5</sup> Cf. descrição na Figura 1.

<sup>6</sup> O atendimento pelo SUS acontece em três níveis de atenção: no primeiro, estão as Unidades Básicas ou Postos de Saúde, a “porta de entrada” ao SUS, onde são marcadas consultas e exames e realizados procedimentos menos complexos, como vacinação e curativos; no segundo, entendido como de média complexidade, estão as Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escolas, que dão conta de alguns procedimentos de intervenção, bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças; e no terceiro, de alta complexidade, estão os Hospitais de Grande Porte, onde são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida (10).

nosso trajeto de pesquisa no qual o acesso e o uso racional passaram a nos demandar escuta.

Continuando a delinear nosso objeto de pesquisa, enfatizamos que, segundo a referida Política (8), a AF é a área do SUS responsável pelo **acesso ao medicamento e pelo seu uso racional** nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual ou coletiva, abrangendo todo o ciclo de vida do medicamento, desde a pesquisa e produção até o monitoramento dos resultados de sua utilização. Para cumprir com o objetivo de **ofertar os medicamentos necessários e garantir seu uso adequado**, a AF se concretiza por meio de um conjunto de etapas organizadas em um ciclo, que pode ser visualizado na ilustração a seguir:

Figura 1 – Ciclo da Assistência Farmacêutica



Fonte: Remondi e Grochocki (12)

Ainda de acordo com Remondi e Grochocki (12) as etapas do ciclo podem ser descritas sinteticamente no quadro seguinte:

Quadro 1 – Etapas do Ciclo da Assistência Farmacêutica

<b>ETAPA</b>	<b>DESCRIÇÃO DA ETAPA</b>
Pesquisa & Desenvolvimento	Identificação de novas substâncias e desenvolvimento de medicamentos a serem utilizados para o tratamento de seres humanos
Registro Sanitário	Aprovação dos órgãos de controle sanitário para a produção e comercialização de novos medicamentos, atentando-se para a garantia da segurança de pacientes.
Produção	Como o próprio nome diz, esta etapa refere-se à produção industrial e comercialização dos medicamentos, novos ou não.
Seleção	Escolha dos medicamentos a serem ofertados e financiados pelo SUS, de acordo com dados científicos e necessidade de saúde da população.
Programação	Definição das quantidades a serem ofertadas de cada medicamento para atendimento da população em tempo oportuno.
Aquisição	Compra dos medicamentos conforme a programação para a oferta no SUS.
Armazenamento	Garantia do adequado armazenamento para preservar a qualidade do produto adquirido até sua utilização.
Distribuição	Distribuição de medicamentos para as unidades assistenciais de modo a abastecê-las, visando possibilitar o acesso do usuário ao medicamento.
Prescrição	Definição do tratamento pelo prescritor com base na história clínica e necessidades do paciente.
Dispensação	Ato farmacêutico que consiste na checagem da prescrição, entrega dos medicamentos e, o mais importante, prestar as orientações para garantir seu uso correto e seguro.
Utilização, Seguimento e Farmacovigilância	Acompanhamento do uso do medicamento conforme a prescrição médica para obter os melhores resultados. A ocorrência de eventos adversos e queixas técnicas deve ser notificada à Vigilância Sanitária com vistas à minimização dos riscos.
Descarte e Logística Reversa	Destinação correta dos resíduos e medicamentos inutilizados de forma a não ocasionar contaminação do meio ambiente e danos à saúde da população.

Fonte: Remondi e Grochocki (12)

O conceito de Assistência Farmacêutica (AF) preconizado pela PNAF (8) incorpora o Ciclo da Assistência Farmacêutica (13) que envolve diversas atividades

(descritas acima) que devem ser desempenhadas de forma coordenada para assegurar o acesso a medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.

Um importante aspecto a destacar nesse conceito é que a AF requer um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, para que as etapas do ciclo se realizem e os objetivos supra mencionados sejam alcançados. A PNAF regulamenta a AF no SUS, ou seja, o trabalho de todos os profissionais da saúde envolvidos nas etapas que compõem o ciclo da AF.

Vale destacar igualmente que o papel norteador dessa política para o setor da AF foi confirmado em 2006, com o Pacto pela Saúde (15), e em 2017, com a publicação da Portaria de Consolidação (16).

Antes de fechar essa seção, enfatizamos que o que nos move em nossos gestos de análise é a nossa posição de que “devem ser compreendidos os jogos tensos e contraditórios” (14) que estruturam a AF e a atuação dos profissionais concernidos e

seus percursos projetivos para que possamos – dentro das políticas públicas que envolvem sempre tomadas de decisão e, portanto, escolhas – dar uma maior visibilidade para quais direções essas escolhas estão seguindo e em que região de sentidos estão se sedimentando (14).

### **1.3 Objetivos**

#### **Objetivo Geral:**

- O presente estudo tem como objetivo geral compreender, por meio de uma análise discursiva, alguns dos sentidos que sustentam a possibilidade da instituição da Política Nacional de Assistência Farmacêutica no Brasil.

#### **Objetivos Específicos:**

- Compreender parte das condições de produção que estão em funcionamento na Política Nacional de Assistência Farmacêutica.
- Compreender efeitos de sentido que se produzem na Resolução 338/2004 (8) e que se inscrevem enquanto evidentes para a orientação da Assistência Farmacêutica no Brasil.

## 1.4 Apresentação da Tese

Consideramos relevante explicitar também – ainda que brevemente – a trajetória que temos percorrido ao realizar a pesquisa, mostrando o processo de constituição do arquivo.

Partimos da análise discursiva da Resolução 338/2004 (8), que institui a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, em 2004 no Brasil. A linha central do *corpus* analisado é composta pela referida Resolução e servem como demais fontes de análise materialidades discursivas cujas direções de sentido relacionam-se às condições de produção desta.

Com o objetivo de compreender como funciona contemporaneamente a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), elegeu-se como eixo norteador a Resolução 338/2004 (8). A partir dela e em função dela, procuramos compreender as condições de produção da PNAF e os modos de injunção que se configuram na e para a Resolução, isto é, as injunções que a configuram em uma determinada direção de sentidos. Ao mesmo tempo, visamos compreender o funcionamento das injunções produzidas por essa política, afetando os modos por meio dos quais os sujeitos, inseridos nas práticas de promoção, proteção e cuidado, naturalizam determinados sentidos.

Organizado em cinco capítulos, este trabalho percorre um caminho teórico-analítico a fim de compreender algumas questões, como: parte das condições de produção que estão em funcionamento na Política Nacional de Assistência Farmacêutica e alguns dos efeitos de sentido por ela produzidos.

No primeiro capítulo deste trabalho apresentamos nossa pesquisa, situada no campo da Saúde Coletiva, com o referencial teórico-metodológico da Análise de Discurso, explicitando os desafios com os quais nos deparamos ao empreender uma escrita discursiva, com os deslocamentos epistemológicos propostos pela AD. Apresentamos ainda o objeto desta pesquisa: a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e os objetivos do presente estudo.

Abordamos no segundo capítulo, mais propriamente, os fundamentos teórico-analíticos de nossa análise discursiva da PNAF com o intuito de apresentar a Análise do Discurso como lugar de sustentação desta tese.

Trazemos, no terceiro capítulo, as condições de produção da Política Nacional de Assistência Farmacêutica que estão na base da formulação da Resolução 338/2004 (8) que a instituiu. Nesse capítulo, explicitamos a definição da noção discursiva de condições de produção.

O quarto capítulo, denominado “Análises Discursivas”, contém as análises que realizamos: da Resolução 338/2004 (8), a ata da 142ª reunião do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (17) que aprovou a referida Resolução e A PNAF na Portaria de Consolidação de 2017 (16), com o intuito de compreender as condições de produção da política e como se dá a estabilização de sentidos no material em análise.

Tecemos as considerações finais desta pesquisa no quinto capítulo da tese.

## CAPÍTULO 2: FUNDAMENTOS TEÓRICO-ANALÍTICOS PARA UMA ANÁLISE DISCURSIVA DA PNAF

Este capítulo é dedicado à caracterização da Análise de Discurso como referencial teórico desta pesquisa. Neste capítulo também apresentaremos os procedimentos metodológicos para o desenvolvimento da pesquisa. Explicitaremos com maior aprofundamento as noções e conceitos mobilizados para a realização das análises no capítulo 4 desta tese.

### 2.1 Referencial Teórico: Análise de Discurso

Conforme explicitamos e adiantamos parte de nossa discussão teórica, no capítulo anterior, nesta tese trabalhamos com o referencial teórico e metodológico da AD, uma teoria que se constrói pela articulação de três campos disciplinares: o da Linguística, o do Materialismo Histórico e o da Psicanálise, o que implica o deslocamento da noção de transparência da língua, da história e do sujeito. Nossa unidade de análise é o texto, no qual observamos, no batimento entre descrição e interpretação (18) sua relação com outros textos – intertextualidade – e, igualmente, a relação do dito com o não-dito, também com um já dito – interdiscurso: uma memória discursiva de ordem não-cronológica e inconsciente. Nosso intuito é assim explicitado por Pfeiffer:

Nossa tarefa é a de explicitar os processos de significação presentes em um texto, buscando compreender como eles se constituem, explicitando como o texto organiza as interpretações, deixando pistas e vestígios. Ao analista cabe formular questões para desencadear a análise, mobilizar conceitos do dispositivo teórico, constituir um *corpus* e fazer a descrição de gestos de interpretação que sustentam o texto (19) (p. 71-72).

Assim como La-Rotta et al. (20), consideramos a AD como possibilidade de compreender os diferentes sentidos inscritos no discurso<sup>7</sup>, portanto como forma de relação indireta com as **formações ideológicas** que constituem todo e qualquer dizer,

---

<sup>7</sup> Discursivamente, visamos a compreensão de diferentes **interpretações possíveis** e buscamos os não-ditos, que seriam as **relações de sentido silenciadas**. Como exemplo, podemos mencionar o artigo “Medicalização, diagnóstico clínico e queixa-conduta – **redes de significação em jogo**” (99) em que abordamos o atendimento queixa-conduta, no qual a posição-sujeito médico se insere em condições de produção para que o fármaco possa assumir o lugar da enunciação na relação médico-paciente. Resulta que esse funcionamento do diagnóstico na prática clínica implica num **silenciamento** do laço social e político pressuposto na prática clínica, o que permite o estabelecimento do fármaco como lugar de enunciação dos procedimentos que visem à saúde do paciente.

por meio da interpretação da linguagem, pois é, no terreno da linguagem, que compreendemos a determinação sócio-histórico-ideológica dos sentidos, sendo a palavra uma espécie de ponte lançada entre um ou mais locutores e um ou mais interlocutores. Nas palavras de Pfeiffer (19) (p. 72): “trabalhamos com o caráter material do sentido em sua dependência constitutiva das **formações ideológicas**”, dependência essa especificada por Pêcheux da seguinte forma:

[...] o sentido de uma palavra, de uma expressão, de uma proposição, etc., não existe “em si mesmo” (isto é, em sua relação transparente com a literalidade do significante) mas, ao contrário, é determinado pelas posições ideológicas que estão em jogo no processo sócio-histórico no qual as palavras, expressões e proposições são produzidas (isto é, reproduzidas). Poderíamos resumir essa tese dizendo: **as palavras, expressões, proposições, etc. mudam de sentido segundo as posições sustentadas por aqueles que as empregam, o que quer dizer que elas adquirem seu sentido em referência a essas posições, isto é, em referência às formações ideológicas (no sentido definido mais acima) nas quais essas posições se inscrevem** (grifos nossos) (5) (p. 160).

A partir da observação do funcionamento das formações ideológicas veremos que nosso gesto de empreender uma análise que leve em conta o discurso nos possibilita apreender um encontro entre língua e ideologia no texto da PNAF. Segundo La-Rotta et al.:

“Podemos considerar que a **língua é um modo por meio do qual as relações sociais se estabelecem, configurando-se por um funcionamento ideológico por excelência** (...) Logo, acreditamos que a organização e a estruturação das palavras na língua são da ordem do discurso e possibilitam a compreensão dos efeitos de sentidos dos textos analisados. A língua expõe as contradições e os conflitos existentes em uma dada realidade” (20) (p. 1368).

Essa perspectiva nos permite colocar em questão alguns dos efeitos de evidências produzidos pelas materialidades em análise, assim como situar algumas relações de poder em jogo a cada tomada de palavra da **discursividade** da PNAF. A perspectiva discursiva leva em conta a discursividade. La-Rotta et al. (20) retomam as proposições de Pêcheux e Orlandi a respeito:

**Os sentidos sempre são determinados ideologicamente, e isto não está na essência das palavras e sim na discursividade, ou seja, na maneira como, no discurso, a ideologia produz seus efeitos, materializando-se nele.** Discursividade é a inscrição dos efeitos linguísticos materiais na história, é a forma como a língua, como sistema sintático, passível de equívoco e falhas, se inscreve na história (cf. Pêcheux (21) (p. 198) e Orlandi (22) (p. 42-45) grifos nossos).

Nesse excerto, os referidos teóricos apontam que a discursividade é constituída pelas dimensões linguística e histórica, e por isso a linguagem está sujeita aos equívocos, às contradições e às relações de poder de uma formação social, em um determinado momento histórico. No processo discursivo, estão em jogo os dizeres formulados e que circulam sustentados pela eficácia material do imaginário (5) em sua produção do efeito de obviedade dos sentidos e, de outro lado, aquilo que – por meio do silenciamento (23) – deixa de ser dito, mas que continua repercutindo naquilo que está dito. De acordo com Lunkes (24) (p. 35), “a discursividade permite situar tais processos discursivos e a partir da análise dessa trama o analista pode colocar em suspenso o que é construído historicamente e se estabiliza, a partir de efeitos de sentidos de evidência”.

A autora afirma também que, para que a Análise de Discurso, enquanto disciplina, produzisse um movimento de re-territorialização dos conceitos em uso no interior das ciências humanas e sociais, nos anos 1960, foi necessário estabelecer uma série de deslocamentos, com base na teoria desenvolvida por Pêcheux, na França, e por Orlandi<sup>8</sup>, no Brasil: para Pêcheux (25) (p. 53), o discurso é a materialização da ideologia e a língua é a materialização do discurso. O autor (*idem*) diz ainda, retomando Althusser – que asseverou que o indivíduo é interpelado em sujeito pela ideologia –, que não há língua sem sujeito e não há sujeito sem ideologia (cf. Henry (26) (p. 319) e Pêcheux (18)).

Assim, língua e sujeito constituem-se mutuamente, afetados – desde sempre – pela ideologia. Um sujeito compreendido como disperso, fissurado pelo inconsciente e uma língua entendida como apenas relativamente fechada enquanto sistema, por ser fissurada pela história (20). Resulta daí que o sentido de e para sujeitos é, ao mesmo tempo, uma materialidade linguística e histórica (cf. Henry (26) (p. 319) e Pêcheux (16)).

---

<sup>8</sup> Eni Orlandi é professora, pesquisadora e orientadora no espaço teórico da AD. Ela foi a responsável pela institucionalização e pelos desdobramentos heurísticos dessa teoria no Brasil, construindo possibilidades para que a AD se formulasse como teoria, como disciplina e como área de conhecimento. Com fôlego invejável, configurou mais duas áreas sob a sustentação teórica da análise de discurso: História das Ideias Linguísticas e Saber Urbano e Linguagem. Formou quadros espalhados por todo o território brasileiro; foi fundamental na configuração do Instituto de Estudos da Linguagem da Unicamp e responsável pela criação do Laboratório de Estudos Urbanos da Unicamp, nessa mesma universidade, e pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Linguagem da Univás (27).

Vamos discorrer sobre o que está em questão para a teoria discursiva diante de tais deslocamentos operados: a concepção de língua como sendo não mais somente um sistema fechado, mas afetado pela história e pela ideologia. A partir deste ponto de vista, é possível lançar-se à análise do discurso da PNAF, entendendo que os dizeres não estão dispostos nela enquanto mensagens transparentes e objetivas. Discursivamente, ela não é compreendida como uma materialidade na qual se inscreve o dizer óbvio, normativo e objetivo. Isto justamente porque, para a AD a linguagem não tem caráter de transparência, já que inscreve as tensões históricas das relações entre sujeitos.

Lunkes (24) (p. 35) propõe que “se a linguagem se constitui pela opacidade, é possível, deste modo, compreender que ela funciona a despeito da ilusão de controle do sujeito, que acredita produzir efeitos de sentidos de evidência em seu dizer”. Ela postula que se torna possível analisar discursivamente o sujeito, cuja concepção também sofre deslocamentos:

Prosseguindo em nosso trajeto a partir de Mariani (28), a perspectiva da Análise de Discurso se afasta da ideia de um indivíduo centrado e dotado de unidade. Destituído desta constituição ilusória, é de outro modo que se constitui o sujeito teoricamente: um sujeito cindido, atravessado inconsciente e ideologicamente. Deste modo, a entrada do sujeito no simbólico é trabalho inconsciente e ideológico, embora o sujeito faça essa entrada funcionando justamente pela ilusão de completude de si e do dizer (24) (p. 35).

Lunkes afirma ainda que esse processo de assujeitamento, que funciona à revelia do desconhecimento do sujeito, é explicitado por Pêcheux e Fuchs (6) como sendo de uma ordem inconsciente, é designado pelos autores como “esquecimentos”:

Os autores explicam que há diferentes funcionamentos dos esquecimentos e os designam como esquecimento nº 1 e esquecimento nº 2. Em 1, os autores afirmam que fica recalcada para o sujeito sua inscrição em uma formação discursiva, produzindo o efeito de que é a origem do dizer e de que o sentido só pode ser um (aquele —evidentell para o sujeito). O recalcado, no entendimento dos autores, é inacessível ao sujeito, é inconsciente. O esquecimento 2, por sua vez, já ocorre em um nível pré-consciente/consciente, a partir do qual o sujeito retifica, corrige, reformula seu dizer. De modo algum, no entanto, pode-se imaginar que aqui o sujeito comanda a situação, haja vista a relação entre os esquecimentos 1 e 2 e considerando que 1 é opaco ao sujeito (24) (p. 35).

A autora recorda ainda que Pêcheux e Fuchs explicam que:

[...] o sujeito **pode penetrar conscientemente** na zona do nº 2 e que ele o faz em realidade constantemente por um retorno de seu discurso sobre si, uma antecipação de seu efeito, e pela consideração da defasagem que aí introduz o discurso de um outro. Na medida em que o sujeito se corrige para explicitar a si próprio o que disse, para aprofundar “o que pensa” e formulá-lo mais adequadamente, pode-se dizer que esta zona nº 2, que é a dos

**processos de enunciação**, se caracteriza por um funcionamento do tipo pré-consciente/consciente. Por oposição, o esquecimento nº 1, cuja zona é inacessível ao sujeito, precisamente por esta razão, aparece como constitutivo da subjetividade na língua. Desta maneira, pode-se adiantar que este recalque [...] é de natureza **inconsciente**, no sentido em que a ideologia é constitutivamente inconsciente dela mesma [...] (grifos do original) (6) (p. 163-252).

Lunkes (24) (p. 35) conclui que, se no esquecimento 2 está em jogo aquilo que permite uma ilusão de controle do sujeito sobre a formulação de seu dizer, é necessário considerar que há um atravessamento anterior, inacessível ao sujeito: o esquecimento nº 1, que impossibilita ao sujeito considerar que, mesmo na reformulação, não está em questão um processo de desidentificação com uma determinada tomada de posição.

Em outras palavras, no processo de reformulação do sujeito em seu discurso, portanto, está em questão uma inscrição ideológica anterior, impedindo uma conclusão de que neste processo poderia haver um rompimento do sujeito com o seu dizer. Ele reformula no interior da formação discursiva com a qual está identificado (24) (p. 36).

A referida autora (24) (p. 36) recorda que os esquecimentos funcionam igualmente dissimulando para o sujeito o fato de que os sentidos estão determinados pela filiação a uma ou mais formações discursivas que predominam sobre todo o seu dizer. Ela destaca que esse processo discursivo permite que os sentidos sejam compreendidos como evidentes pelo sujeito. De acordo com Lunkes (24) (idem), “as formações discursivas fornecem ao sujeito os efeitos desta evidência”. A autora ressalta, porém, que está em jogo uma posição-sujeito ocupada em um determinado momento; essa posição que muda, varia.

As formações discursivas são sustentadas pelas formações ideológicas que consistem, de acordo com Pêcheux e Fuchs (6), no

elemento suscetível de intervir como uma força em confronto com outras forças na conjuntura ideológica característica de uma formação social em dado momento. [...] **cada formação ideológica constitui um conjunto complexo de atitudes e de representações que não são nem “individuais” nem “universais”** [...] (6) (p.177).

Lunkes (24) assegura que desse modo compreende-se que – no complexo processo de formulação do dizer – o sujeito, dividido, acredita ser origem de seu dizer e crê na evidência dos sentidos. Ela reitera que os processos de formulação se dão a partir do desconhecimento (inconsciente e ideologicamente) para o sujeito de que em tais processos há o recorte do dizer, a partir da formação discursiva na qual se filia a

memória do dizer, o que foi dito “antes, em outro lugar e independentemente” (6) (p. 166).

O sujeito também deve ser considerado em sua forma-sujeito, que é, de acordo com Orlandi (29) (p. 18), em sua leitura de Pêcheux (5), “a forma de existência histórica de qualquer indivíduo, agente das práticas sociais” (29). Orlandi (29) (idem) retoma Althusser (30) para explicar a forma-sujeito capitalista, que é aquela em ato em nossa formação social.

Na forma-sujeito capitalista “a interpelação do sujeito faz intervir o direito, a lógica, a identificação”(31), e tal interpelação resulta em uma forma-sujeito em que está em questão a produção de um sujeito

[...] **livre e submisso, determinado (pela exterioridade) e determinador (do que diz): essa é a condição de sua responsabilidade (sujeito jurídico, sujeito a direitos e deveres)** e de sua coerência (não contradição) que lhe garantem, em conjunto, sua impressão de unidade e controle de (por) sua vontade. Não só dos outros, mas até de si mesmo (negritos nossos) (31) (p. 104).

A partir da proposição de Orlandi (29), Lunkes (24) (p. 39) propõe que compreendamos que a forma-sujeito capitalista põe em cena uma vontade do sujeito na linguagem. Ela explica que se trata de “uma relação contraditória em que o sujeito tem a liberdade para tudo dizer e, ao mesmo tempo, é submetido às coerções que o responsabilizam por tudo o que diz”. A autora afirma ainda que o que o sujeito diz e o modo como diz passam a se inscrever no domínio de sua vontade e passam a ser consideradas como questões pragmáticas que encerram o sujeito em seu discurso.

Orlandi (32) assevera que em tal formação social o reconhecimento social do sujeito passa pela via consumista. Lunkes (24) (p. 40) observa que “o individualismo ganha força neste cenário econômico, de maneira que o sujeito que não está consumindo, não está produzindo esse efeito de consumo, também produz efeitos de fracasso”. Orlandi salienta: “Pessoas em dificuldade são definidas por uma falta, que se torna o elemento principal de sua identidade social” (32) (p. 16). Essas questões apontadas por Orlandi (32) e Lunkes (24) são de fundamental importância para a análise discursiva que empreendemos nesta tese, uma vez que fundamentará nossa compreensão de que a falta do consumo passa a definir o sujeito nessa formação social enquanto lugar de uma ausência, que produz uma barreira social, cujos efeitos de sentidos são de intransponibilidade quando não se apresentam saídas

que não sejam dadas por outra via que não seja a do consumo – no caso de nossa análise – do medicamento.

A forma-sujeito capitalista interpela o sujeito enquanto consumidor da saúde, significando o medicamento enquanto objeto necessário<sup>9</sup>, que materializa a saúde, ou melhor dizendo, o **acesso à saúde**. O sintagma “acesso a ações e serviços de saúde” estabelece uma relação intertextual e interdiscursiva com os artigos 196 e 107 da Constituição Federal (79) e com a Lei 8.080 (80) (Artigo 2º, § 1º). Essa rede de significação, que é intertextual e interdiscursiva, sustenta a PNAF. É importante destacar que a PNAF sobredetermina o processo de significação de “acesso à saúde”. É igualmente relevante ressaltar que não estamos afirmando que na enunciação “o acesso a ações e serviços de saúde é direito de todos” – presente na Lei 8.080 (80) – o acesso à saúde está sendo significado como acesso ao medicamento. Essa sobredeterminação acontece no funcionamento da PNAF que, por sua vez, ancora-se numa memória discursiva em que o acesso à saúde constitui o pré-construído do SUS. Na discursividade da PNAF, o acesso à saúde é significado enquanto acesso a medicamento, em função das condições de produção, da forma-sujeito capitalista, dos processos de medicalização e medicamentação. Essas são questões que estão na base da formação social contemporânea. Por isso, vamos explaná-las no capítulo 4, em que trataremos das análises da Resolução (8).

As considerações feitas permitem compreender que a Análise de Discurso tem em seu arcabouço teórico um sujeito atravessado pelo inconsciente e interpelado ideologicamente, cindido por esquecimentos, ocupando uma determinada posição a cada tomada da palavra. A interpelação, segundo Pêcheux (21) (p. 30), resulta de um processo a partir do qual “[...] os indivíduos são interpelados em sujeitos falantes (em

---

<sup>9</sup> Compreendemos que é possível afirmarmos que as práticas discursivas produzem efeitos sobre o medicamento como um **objeto necessário** a partir da contribuição feita pela professora Fernanda Lunkes durante a Defesa desta tese (no dia 28/2/2019), no momento da arguição. Ela o fez a partir de Lefèvre (43) (p. 71), que afirma que “o medicamento é uma mercadoria simbólica” e compara o medicamento ao alimento. Para o referido autor “viver, nessas sociedades, implica num permanente e ininterrupto cumprimento de tarefas: trabalhos, relatórios, dormir, comer, receber amigos. Adoecer, nesse contexto, configura como um parêntese”. Para Lunkes “pode-se pensar no sujeito pragmático citado por Pêcheux (18) e a necessidade de um “mundo semanticamente normal”, cujo processo de normatização – aponta o autor – inicia com o próprio corpo. Em diferentes conjuntos nos quais Pêcheux aponta para os indícios da “imperiosa necessidade de homogeneidade lógica” que se coloca ordinariamente, Lunkes compreende – e concordamos com ela – que o cuidar da saúde insere-se nessa lista. Adoecer é um parêntese pois se relaciona, por exemplo, às grandes decisões que “devemos” tomar em nossa vida, como cuidar da saúde. Essa foi uma importante contribuição no sentido de demarcar nossa filiação teórica ao materialismo histórico e compreender o medicamento enquanto um objeto que se faz necessário pelas injunções político-ideológicas na história.

sujeitos de seu discurso) [...]”. Ao se abordar o sujeito na Análise de Discurso já se está, portanto, considerando os efeitos da interpelação ideológica. Trata-se de um sujeito que a cada investimento de interlocução o faz a partir de determinadas formações imaginárias, que têm relação com a imagem que se faz de si, do outro e do referente. Um sujeito afinal que em seu assujeitamento, condição essa qualitativa e não quantitativa (33) (p. 19), não tem a possibilidade de não dizer a partir de uma determinada posição ideológica, o que desconstrói uma perspectiva que possibilitaria um dizer neutro e transparente.

Estas reflexões sobre o funcionamento das formações imaginárias, da ideologia, do sujeito como posição e dos sentidos em seu não fechamento nos levam a afirmar que, por mais que o discurso da PNAF se apresente enquanto o resultado de um determinado posicionamento de um grupo de pessoas que lutam por uma política, o funcionamento discursivo do que se materializa está para além do controle das vontades e das lutas, instaurando efeitos de sentido que não são da ordem da boa ou da má vontade dos interlocutores, mas da ordem do que escapa ao sujeito, do que fala antes, alhures e independentemente (21) (p. 156).

## **2.2 Procedimentos analíticos: constituição do *corpus***

Iniciamos pela construção do *corpus*, que se deu a partir da Resolução 338/2004 (8), que instituiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica em 06 de maio de 2004. Já em sua introdução, a referida Resolução<sup>10</sup> faz referência: à 142ª Reunião do Conselho Nacional de Saúde (realizada nos dias 05 e 06 de maio de 2004), à Lei nº 8.080 (de 19 de setembro de 1990), à Lei nº 8.142 (de 28 de dezembro de 1990), à 12ª Conferência Nacional de Saúde (que aconteceu nos dias 7 a 11 de dezembro de 2003) e à 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (doravante CNMAF), realizada no período de 15 a 18 de setembro de 2003. Portanto, passaram a fazer parte do material de análise: a Ata da 142ª Reunião do Conselho Nacional de Saúde (17), as Leis 8.080 (BRASIL, 1990a) e 8.142 (BRASIL, 1990b) e os Relatórios Finais da 12ª Conferência Nacional de Saúde (CNS, 2004) e da CNMAF (CNS, 2005).

Com o objetivo de compreender como funciona contemporaneamente a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) trabalhamos com a Resolução

---

<sup>10</sup> Que será analisada no quarto capítulo desta tese.

338/2004 (8) que a instituiu, procurando compreender suas condições de produção<sup>11</sup> e os modos de injunção que se configuram na e para essa Resolução, isto é, as injunções que a configuram em uma determinada direção de sentidos. Ao mesmo tempo, visamos compreender o funcionamento das injunções produzidas por essa política, afetando os modos por meio dos quais os sujeitos, inseridos nas práticas de saúde, naturalizam determinados sentidos.

O procedimento de levantamento desse material foi o de busca dos referidos documentos na internet. De posse desses textos, seguimos os procedimentos analíticos postulados por Orlandi (29):

Em um primeiro passo da análise, [o analista] toma o material bruto linguístico como tal (o *corpus*, os textos) e por um primeiro lance de análise ele procederá à de-superficialização desse material, sua de-sintagmação. Obterá assim o que chamamos objeto discursivo. O objeto discursivo corresponde ao material analisado, mas já resulta de um passo de análise. Nele já começamos a pressentir o desenho das formações discursivas que presidem a organização do material. Em um segundo passo da análise, agora o analista trabalha sobre o objeto discursivo, procurando determinar que relação este estabelece com as formações ideológicas. Chegamos assim ao processo discursivo. Passamos, pois, do material bruto da análise ao objeto discursivo e deste ao processo discursivo. Quando conhecemos o processo discursivo podemos dispensar o material de análise inicial, pois estaremos de posse do funcionamento discursivo que pode ser generalizado para outros conjuntos de materiais, outros textos. O processo discursivo é definido por Pêcheux (21) (p. 42) como o sistema de relações de substituição, paráfrases, sinonímias etc. que funcionam entre elementos linguísticos – significantes – em uma formação discursiva dada (29) (p. 19).

Observando os referidos procedimentos, fizemos leituras exaustivas do material que constituirá o *corpus*, por meio das quais procedemos à de-superficialização desse material. Chegamos assim ao objeto discursivo, quando conseguimos “pressentir o desenho das formações discursivas<sup>12</sup> que presidem a organização do material” (29) (p. 22). Trabalhando já com o objeto discursivo, buscamos explicitar as relações estabelecidas com as formações ideológicas<sup>13</sup>. Conhecemos, então, o processo discursivo e compreendemos o funcionamento discursivo. Assim, chegamos em nosso gesto de análise a explicitar (no capítulo 4 desta tese) as “relações de substituição, paráfrases, sinonímias etc. que funcionam entre elementos linguísticos – significantes – em uma formação discursiva dada” (21) (p. 40).

---

<sup>11</sup> Noção que será explicitada no próximo capítulo.

<sup>12</sup> A noção de formação discursiva já foi explicitada no primeiro capítulo desta tese.

<sup>13</sup> A noção de formação ideológica também já foi explicitada no primeiro capítulo.

No que se refere às relações que funcionam entre elementos linguísticos, Orlandi (33) (p. 22) recorda que “a produção do discurso se faz na articulação de dois grandes processos, que seriam o fundamento da linguagem: o processo parafrástico e o processo polissêmico”. A autora (idem) (33) define o processo parafrástico como aquele que permite a produção do mesmo sentido, de maneiras variadas, enquanto que o processo polissêmico seria o responsável pela existência de múltiplas possibilidades de sentidos diversos. No capítulo 4, demos visibilidade a esses processos, analisando a Resolução 338/2004 (8).

Prosseguindo na descrição de nossos procedimentos, em um primeiro momento, consideramos necessário verificar as relações interdiscursivas e intertextuais<sup>14</sup> estabelecidas entre o texto da referida Resolução (8) e os demais textos que constituem o material do *corpus*. A fim de facilitar a compreensão do leitor, estabelecemos que nossa entrada se daria a partir de uma ordem cronológica (considerando a data de publicação de cada Lei ou dos Relatórios Finais dos eventos em questão). Por isso, a análise empreendida **não** seguiu a ordem em que os referidos textos são mencionados (na sequência discursiva que introduz a Resolução), mas a ordem cronológica dos textos referenciados, para então estabelecer os recortes que foram compondo o *corpus* discursivo.

Tendo realizado essa etapa, passamos à seguinte: organizar nosso gesto de análise dos textos. Para Orlandi (33) (p. 21), o texto é a unidade de análise em uma análise discursiva. A noção de texto, segundo a autora, desloca a “noção de informação”, “não é a soma de frases e não é fechado em si mesmo” (idem) (33). Fundamentando-se nessa noção, procede-se ao recorte, ou nas palavras da autora, “passa-se da distribuição de segmentos para a relação das partes com o todo, em que se procuram estabelecer, através dos recortes, unidades discursivas” (ibidem) (33). A autora afirma ainda que a extensão do texto pode variar: pode ser “uma palavra, um sintagma, um conjunto de frases (escrito ou oral), o que importa é que funciona como unidade de significação em relação à situação” (33). Para nossa análise, nos valem os recortes que apresentavam determinadas marcas linguístico-discursivas: as formas materiais (“medicamento” e “setor/intersetorial”) e os sintagmas (“universalidade, integralidade, igualdade” e “promoção, proteção e recuperação”).

---

<sup>14</sup> Os conceitos de memória discursiva e memória institucional são explanados no quarto capítulo.

Veremos que essas marcas compõem regularidades significativas no funcionamento da PNAF. Isto é, nossos recortes constituem-se de unidades de dimensões variadas, que trazem efeitos de sentidos sobre o funcionamento do pré-construído<sup>15</sup> nos referidos sintagmas e sobre medicamentos em diferentes processos de textualização, nos quais também explanamos os movimentos de sentidos em que comparecem a “memória discursiva” e a “memória de arquivo” (29) (p. 17).

Em nosso gesto de análise compreendemos que um forte imaginário é construído pela circulação da forma material “medicamentos”, que comparece com expressiva regularidade no material analisado. Portanto, assim como Lunkes (24) (p. 24), nossa preocupação direciona-se principalmente aos medicamentos, uma vez que está em jogo uma tensa relação de forças no discurso, que se inscreve também na produção de efeitos de sentidos sobre saúde (e sobre doença) e aquilo que pode e deve ser feito, em uma relação de significação com a PNAF – e demais textos analisados – e também aquilo que fica silenciado nesses processos de produção de sentidos.

A partir dos recortes buscamos compreender os processos de textualização que permitem apontar algumas das filiações ideológicas do discurso da Resolução e das diferentes textualidades em análise. Por isso, fez-se necessário refletir sobre algumas discursividades que possibilitaram os movimentos de sentidos de medicamento, do Sistema Único de Saúde e da Assistência e seus efeitos de sentidos de evidência, que apontam, enfim, para a sedimentação de certos processos de significação.

A respeito dos processos de significação, Orlandi (33) observa que:

**a sedimentação de processos de significação se faz historicamente, produzindo a institucionalização do sentido dominante.** Dessa institucionalização decorre a legitimidade, e o sentido legitimado fixa-se então como centro: o sentido oficial, literal. **O produto dessa sedimentação, dessa institucionalização, é observado na história da língua: a história dos sentidos cristalizados é a história do jogo de poder da/na linguagem** (grifos nossos) (33) (p. 21).

Nesse excerto a autora coloca a necessidade de compreendermos duas importantes questões: 1) a rede de sentidos que constitui discursos hegemônicos se faz historicamente e 2) que as tensões advindas das disputas pelo sentido constituem

---

<sup>15</sup> A noção será explanada no capítulo 4, no decorrer da análise.

todo e qualquer discurso. Essas são relações de poder que sedimentam dizeres e simultaneamente são deslocadas quando emergem outros dizeres. Vamos compreender algumas dessas questões nos capítulos que se seguem.

## CAPÍTULO 3: CONDIÇÕES PARA A EMERGÊNCIA DA PNAF

### 3.1 Condições de produção: definição

Neste capítulo vamos abordar algumas das condições de produção do discurso da Resolução 338/2004 (8). A respeito dessa noção, Pêcheux (4) explica que:

**os fenômenos linguísticos de dimensão superior à frase podem efetivamente ser concebidos como um funcionamento, mas com a condição de acrescentar imediatamente que esse funcionamento não é integralmente linguístico, no sentido atual deste termo e que somente podemos defini-lo em referência ao mecanismo de colocação dos protagonistas e do objeto do discurso, mecanismo que chamamos “condições de produção do discurso” (...) é necessário referi-lo ao conjunto de discursos possíveis a partir de um estado definido das condições de produção (grifos nossos) (4) (p. 16).**

Nesse excerto, Pêcheux ressalta que a análise de um determinado discurso não deve ser feita tendo em vista somente os fenômenos linguísticos. Deve-se colocá-los em relação a outros discursos possíveis, a partir das condições de produção. A noção de condições de produção também é explicada por Orlandi (22) quando afirma que essas fazem parte da exterioridade constitutiva da língua e podem ser entendidas como **condições de produção em sentido estrito** (circunstâncias de enunciação, contexto imediato) **e em sentido amplo** (contexto sócio-histórico ideológico). Ainda segundo a autora, elas compreendem fundamentalmente os sujeitos e a situação, bem como a memória, que é constituída pelas possibilidades de significação de um dizer (22).

Para a autora (idem) (22), o texto é uma unidade de análise que – assim como a língua – é dotada de uma exterioridade constitutiva. Ou seja, discursivamente, não é possível analisar um texto, concebendo-o como uma unidade fechada nela mesma. É preciso referi-lo aos discursos que o constituem. No excerto que introduz este capítulo, Pêcheux (4) (p. 16) refere-se também às condições de produções em sentido estrito (quem fala, onde fala, para quem fala, sobre o que fala, quando fala) naquilo que ele chama de “mecanismo de colocação dos protagonistas” (4). Quando o teórico fala do “objeto do discurso” (4), refere-se àquilo que se fala no discurso em análise. Ao se estabilizar essa relação empírica entre os protagonistas e o objeto, ele faz referência às condições de produção em sentido amplo (que podem ser chamadas também de condições sócio-histórico-ideológicas). Para compreender o

funcionamento das condições de produção, assim como são postuladas pelo referido autor, é preciso considerar a materialidade da língua. Isso significa que, discursivamente, ela não é transparente e possui uma espessura (constituída pela exterioridade, que por sua vez, possui as dimensões: histórica, política e ideológica).

Nessa perspectiva, questões relativas ao sujeito e à situação – que tinham sido desconsideradas pela análise linguística – são fundamentais para a Análise de Discurso. Segundo Orlandi (29) (p. 17), sujeito e situação são redefinidos discursivamente, considerados como partes das condições de produção do discurso. A autora explica ainda que, por isso, na AD não deixamos de relacionar o discurso com elas, com sua exterioridade (29) (idem). Por esse motivo ela assevera, em relação ao discurso, que:

**É preciso referi-lo às condições de produção**, estabelecer as relações que ele mantém com sua memória e remetê-lo a uma formação discursiva – e não outra – **para compreendermos o processo discursivo que indica qual seria esse posicionamento político. Os sentidos não estão nas palavras elas mesmas.** Estão aquém e além delas (grifos nossos) (22).

Por isso, Orlandi (22) afirma que a análise é importante, uma vez que com ela podemos atravessar essa memória que interpela os sujeitos e, explicitando o modo como os sentidos estão sendo produzidos, compreender melhor o que está sendo dito. A autora destaca que não é no dizer em si mesmo que o sentido é associado ao posicionamento político, nem tampouco pelas intenções de quem diz. É preciso relacioná-lo a essas condições.

Considerando a importância delas para nossa análise da Resolução 338/2004 (8), destacamos que neste 3º capítulo trabalharemos com as **condições de produção** da referida Resolução **em sentido amplo**, estabelecendo um recorte dessas condições que nos interessa sobremaneira: o processo de construção das relações de sentido entre saúde, sociedade e medicamento, compreendendo a medicalização como um dos efeitos de sentido desse processo de significação.

Vamos iniciar este capítulo analisando algumas das condições que permitiram a emergência de uma sociedade medicalizada na contemporaneidade, e como essa vem produzindo efeitos de determinação do que significa o medicamento em relação a ser ou não saudável. Essas condições são observadas em nossos gestos de leitura, nos discursos sobre o medicamento.

Explanaremos algumas pesquisas que abordam o processo de medicalização. O que nos interessou foi compreender – ao empreender uma leitura discursiva dessa produção acadêmica – como são estabelecidas relações de memória entre **saúde, sociedade e medicamento**.

Mostraremos, em seguida que, sendo a PNAF uma política do Sistema Único de Saúde, ela estabelece com ele uma relação intertextual e interdiscursiva, justamente porque no Brasil as políticas de saúde compõem necessariamente o ordenamento jurídico do SUS. Procuraremos explicar como – no funcionamento da intertextualidade e interdiscursividade entre a PNAF e o SUS – se dão relações que implicam em determinadas produções de sentido sobre medicamento.

Além das condições de produção institucionais<sup>16</sup> da PNAF, faz parte constitutiva da possibilidade da sua formulação o processo de medicalização que constitui a sociedade na contemporaneidade. Quanto a isso, autores como Foucault, Illich e Freidson já apontaram consistentemente um conjunto de críticas a esse processo, que retomaremos na medida do necessário. Um dos pontos que normalmente é levantado para explicar a consistência desse processo de medicalização encontra-se na descoberta dos antibióticos. É a partir disso que começaremos nossa discussão.

De acordo com Nascimento (34) (p. 28) a descoberta dos antibióticos, no começo do século XX, foi um marco importante para o desenvolvimento da farmacologia atual. A autora afirma ainda que o êxito obtido com o emprego de antibióticos no tratamento de diversos tipos de infecção conduziu a um período de euforia na medicina.

Almeida (35) e Sayd (36) defendem que o êxito incontestado obtido com o emprego de medicamentos no tratamento de doenças infecciosas, que encabeçavam as taxas de mortalidade na população, encontra-se na base da construção da hegemonia farmacológica na terapêutica contemporânea.

Nascimento (34) recorda também que, depois da Segunda Guerra Mundial, houve um aumento espetacular na variedade da produção de medicamentos,

---

<sup>16</sup> De acordo com Orlandi (22) “as condições de produção implicam o que é material (a língua sujeita a equívoco e a historicidade), o que é institucional (a formação social, em sua ordem) e o mecanismo imaginário”. Essas questões serão melhor explicitadas no capítulo a seguir, no qual fazemos a análise da Resolução 338/2004 (8).

dando início a um período de grande desenvolvimento para a indústria farmacêutica, transformando-a em um dos segmentos mais lucrativos da produção industrial contemporânea. Nas palavras da autora, “a saúde, enquanto valor e desejo, também se integrou à lógica do mercado, tendendo a ser identificada, na prática, a mercadorias propiciadoras de saúde. O medicamento é uma delas” (34) (p. 28).

A referida autora (34) atribui o incremento do consumo de medicamentos à crescente diversificação no catálogo de produtos da indústria farmacêutica, além de às sucessivas vitórias de antibióticos cada vez mais poderosos na corrida contra as bactérias resistentes. Ela reconhece, porém, que outros fatores colaboraram para esse aumento expressivo do consumo: o desenvolvimento econômico, a formação de sistemas de previdência social e a pressão dos fabricantes, cujos interesses passaram a influenciar as propostas do Estado na área da saúde (34) (p. 28).

Consideramos relevante trazer autores que discutem essas questões, porque elas nos permitem compreender a memória discursiva que está na base das relações entre saúde, sociedade e medicamento. Essas relações, por sua vez, constituem as condições de produção da PNAF.

### **3.2 Saúde, sociedade e medicamento**

Nesta parte deste trabalho teceremos uma relação entre os autores, salientando aquilo que vai mostrando o funcionamento da relação entre saúde, sociedade e medicamento. Faremos isso a partir de uma reflexão que já está disponibilizada por diversos autores e que vai explicitando que há uma memória discursiva que estabelece os efeitos de evidência dessa relação, que sustenta, por sua vez – em termos de condições de produção – a possibilidade de a PNAF ser formulada numa determinada direção de sentido.

Para Campos (37) (p. 39), a concepção de saúde moderna (bastante influenciada pelo discurso médico), centralmente, define condições para que o sujeito consiga sobreviver, subestimando o atendimento a aspectos do seu desejo. Por isso, o autor considera importante destacar que:

**Contudo, saúde é vida, por um lado**, continuar vivo, anos de vida, quantidade, **condições sociais e individuais para a sobrevivência** (o que se convencionou denominar de qualidade de vida, condições externas favoráveis); **por outro lado, saúde implica também intensidade, modos de como se gasta a própria vida, possibilidades de gozo, de prazer, de**

**felicidade.** Note-se que desejo (viver intenso) e interesse (longevidade) têm aspectos complementares, mas também produzem forças em sentidos diferentes, são motores que impulsionam o ser humano em direções diversas. O desejo, em geral, diz respeito ao consumir-se; o interesse, ao preservar-se. O desejo refere-se à intensidade da vida; o interesse, ao ganho em anos de sobrevivência. **A Medicina e a Saúde Pública tendem para um discurso estoico, valorizando a sobrevivência em detrimento do prazer** (37) (p. 40, grifos nossos).

Campos (37) observa que em quase todas as sociedades criaram-se instituições – e frequentemente, organizações concretas – encarregadas de vigiar a saúde individual e coletiva. Segundo o referido autor, a medicina e a saúde pública são parte da cultura contemporânea, mas são, ao mesmo tempo, aparelhos encarregados de intervir ativamente sobre a cultura, ou seja, sobre os modos de exercício do desejo e do interesse das pessoas.

De acordo com Campos (37) (p. 40), qualquer cultura é constituída por valores com traços abstratos, porém, na maioria das sociedades a preservação e reprodução cultural dependem de Organizações concretas que lhe assegurem a sobrevivência. Para o autor, a Saúde constitui-se de conceitos, mas também de aparelhos especializados que interagem com as pessoas, procurando regular o que seria relativo à saúde e à doença.

As concepções sobre saúde e doença seriam, conforme Campos (37) (p. 41), uma síntese singular (específica) resultante destas distintas influências: a da política, das instituições e organizações, e a das práticas sociais em geral. Segundo o autor, o estilo de vida, as condições de vida e de saúde são uma mescla do que cada sujeito faz com sua vida e do que as instituições e organizações fazem da vida dele.

Álvaro Nascimento (38) (p. 41), por sua vez, recorda que os avanços científicos e tecnológicos da segunda metade do século XX levaram à alteração da forma de enfrentamento terapêutico das doenças, que até a primeira metade do século passado eram tratadas sem necessariamente se utilizar elementos químico-industriais. O autor (38) afirma que essa nova lógica de combate ao sofrimento humano faz com que os medicamentos representem para o doente não apenas substâncias químicas com um conjunto de indicações terapêuticas. Segundo o referido autor (38), eles passam a significar uma possibilidade de solução de um problema, que o indivíduo, por si só, não conseguiria resolver.

Para Álvaro Nascimento (38) (p. 42), essa relação de confiança nos produtos farmacêuticos foi gerada e fortalecida num ambiente extremamente favorável à elevação de seu consumo, no qual as descobertas viabilizadas pela síntese química elevaram o medicamento a um *status* jamais imaginado. De acordo com o autor (38), o papel do medicamento foi exacerbado e ele passou a incorporar expectativas e representações relacionadas a fatores como confiança em quem faz a prescrição ou o valor atribuído à eficiência científica e tecnológica. A esse respeito, Schenkel (39) afirma que algumas vezes, o uso de um medicamento não é apenas a busca de um auxílio para resolver um problema, mas confunde-se com a própria solução do problema.

Esse processo de indistinção pode ser melhor compreendido se observarmos o papel da propaganda. Dantas (40) (p. 132) recorda que a propaganda direcionada aos médicos, após a década de 1940, com o fim da Segunda Guerra Mundial, fala do aperfeiçoamento tecnológico da indústria farmacêutica e se estrutura a partir de uma linguagem científica, a fim de demonstrar a eficácia de seus produtos. De acordo com Temporão (41), esse modelo é adaptado à propaganda de medicamentos feita ao público em geral. A publicidade destinada a promover a venda de medicamentos ganhou respaldo científico, que passou a ser direcionado para obter aceitação e conquistar a credibilidade do público consumidor. Dantas (40) afirma também que, por meio dessas estratégias, a propaganda criou um forte elo entre medicina, saúde, medicamento e sociedade, na medida em que promove uma relação direta entre sofrimento e cura pelo consumo do medicamento. Para a referida autora, tais mudanças instauraram uma nova forma de a sociedade conceber o medicamento e dele fazer uso: essa forma é caracterizada pela incorporação da saúde à cultura do consumo.

A partir dessas compreensões, retomamos Nascimento (34) (p. 29) que aponta importantes desdobramentos: o campo de pressão da indústria farmacêutica não parou de crescer desde então, afetando não apenas as políticas públicas, mas também os médicos (com estímulo à prescrição), os usuários (pelo incentivo ao consumo), e os pesquisadores (em decorrência desse ramo industrial ser um importante agente financiador na investigação e no desenvolvimento de novos fármacos). A autora ressalta que, conseqüentemente, instaurou-se uma tensão entre a necessidade de medicamentos para o controle de enfermidades, por um lado, e, por

outro, a necessidade de a indústria farmacêutica continuar expandindo sua atuação no mercado e seus lucros. Diversos autores têm se ocupado, no Brasil, do tema, em muitos casos aprofundando um ou outro aspecto da complexa cadeia que vai da produção ao consumo dos medicamentos e que permeiam as relações entre saúde, sociedade e medicamento.

Temporão (41), por exemplo, afirma que a indústria farmacêutica – para ampliar cada vez mais sua atuação no mercado e o número de vendas – fundamenta-se numa prática de cura, que valoriza a patologia em detrimento da saúde. O autor ressalta que o mercado brasileiro consumidor de medicamentos basicamente é constituído por numerosas instituições de saúde dos setores público e privado. Contemplando as estratégias de propaganda da indústria de medicamentos enquanto objeto de análise, o referido autor estabeleceu relações entre a indústria farmacêutica, as práticas médicas, as agências publicitárias, o saber médico e os meios de comunicação em massa, enquanto estratégia de ampliação do consumo de medicamentos na sociedade. A respeito dessas relações, ele afirma que:

Entendemos que **consumimos concreta e (ou) simbolicamente, os medicamentos e seus anúncios, através dos conteúdos publicitários, claramente alienantes e biologicistas, [que] ajudaram a construir e estruturar uma determinada ‘consciência’ urbana sobre a saúde, a medicina e a terapêutica** (41) (p. 68, grifos nossos).

Como se pode observar, trata-se de um complexo processo de construção de uma direção de sentido para o medicamento na sociedade contemporânea que passa, necessariamente, pela estabilização de um sentido para a saúde que atravessa ao mesmo tempo as práticas cotidianas e as especializadas – ou seja, a sociedade como um todo e o discurso científico, em particular. Isso significa dizer que o discurso científico não está fora desse processo – isto é, ele não é apenas promotor de evidências na sociedade, mas também é, dialeticamente, afetado por essas evidências. Mais do que isso, o discurso científico não é neutro nem homogêneo. Assim há, na transparência de sua univocidade, disputas de sentidos. Em nosso caso, disputas sobre os sentidos de saúde e de medicamento.

Assim é que todo trabalho científico – especialmente aqueles do campo da Saúde Coletiva – tem uma concepção implícita ou explícita do que seja saúde. Abriremos um parêntese para explicitar que nosso trabalho adota uma visão ampla de saúde, que permite indicar, por contraste, o que acreditamos ser o caráter restritivo

das visões hegemônicas de Saúde, vigentes, na prática, nas formações sociais capitalistas e em nosso país. Em conformidade com o referencial teórico adotado, esta pesquisa concebe o medicamento não como um fato positivo – uma vez que o materialismo se opõe a uma perspectiva positivista – mas como um campo tensional em que coexistem diferentes funções do medicamento. Trazemos, neste momento, algumas abordagens do medicamento enquanto objeto de pesquisas.

Para Renovato (42) (p. 64), o medicamento industrializado moderno é um objeto científico híbrido que deve ser considerado tanto nas suas dimensões de instrumento terapêutico, como de bem de consumo. Segundo o autor, o uso de medicamentos é um fenômeno cultural que se articula com os campos da economia e da política, uma vez que, para ele, o medicamento não é apenas um recurso terapêutico, pautado no modelo tecno-biomédico, mas também um fenômeno vinculado e subordinado às necessidades de produção e reprodução da força de trabalho, assumindo a forma de mercadoria.

Já para Lefèvre (43) (p. 71), o medicamento é uma mercadoria simbólica, uma vez que existir, na nossa sociedade capitalista contemporânea, é o resultado de um esforço permanente para todas as categorias sociais. A reprodução física e social é uma tarefa constante. Segundo o autor, o medicamento faz parte integrante deste esquema. Ele compara o alimento – a mercadoria que se encarrega de satisfazer a exigência diária de reprodução física – ao medicamento, a mercadoria que entra em ação para reestabelecer as condições de normalidade, quando estas são afetadas por situações conjunturais (doenças agudas) ou estruturais (doenças crônicas). Nas palavras do autor:

**Viver, nessas sociedades, implica num permanente e ininterrupto cumprimento de tarefas**, que inclui até coisas que não são habitualmente vistas como tarefas. É preciso não apenas trabalhar (preencher relatórios, inspecionar obras, terminar um romance etc.) mas também dormir, ir a festas, receber amigos, comer e exercer a sexualidade etc. **Adoecer, nesse contexto, figura como um parêntese nessa exigência** (43) (p. 71, grifos nossos).

Segundo Lefèvre (43), aquele que adoecer não pode permanecer muito tempo doente, porque ficar doente implica em não cumprir tarefas, e isso não é admissível ou é negativamente sancionado. Conforme o autor, daí decorre o fato de que ou o doente ignora a sua doença, quando a considera banal – questão também estudada por Boltanski (44) – e segue cumprindo normalmente suas tarefas, ou se

dedica à tarefa específica de eliminar doenças que representariam um obstáculo ao pleno cumprimento das outras tarefas.

Para que essa ou qualquer outra relação entre a sociedade e a saúde/doença se estabilize, há todo um trabalho político sobre os sentidos. Uma das formas de se compreender isso, encontra-se em Campos (37) (p. 43) para quem as culturas são construções sociais e históricas, influenciáveis, portanto. Ele afirma que a humanidade descobriu isso e vem procurando, de distintas maneiras, interferir na estrutura cultural dos povos. A propaganda, a educação, as religiões, a mídia, a literatura, a ciência seriam, conforme o autor, instituições interessadas em alterar o padrão cultural das pessoas. Campos (37) recorda ainda que, quando a saúde se tornou uma instituição e organizou-se em aparelhos especializados, essa forma de organização propulsionada pela medicina assumiu essa dinâmica: durante o século XX, chegou a pretender exclusividade na definição do que seria ou não vida saudável.

Nos trabalhos de Foucault, Ilich e Freidson, são feitas críticas a esse posicionamento do campo da Medicina. A posição dos referidos autores é a de que esse seria o processo da medicalização, que se dá a partir do nascimento de uma medicina moderna, da legitimação da corporação médica a partir de sua associação com o Estado e, principalmente, de uma expansão do poder hegemônico da racionalidade biomédica em diversas áreas da vida social.

As críticas feitas pelos referidos teóricos divulgaram-se justamente em um momento histórico – segunda metade do século XX – em que houve uma grande expansão da medicina, com a utilização de novos exames diagnósticos (especialmente de imagem), de novas classes de medicamentos, de novas técnicas e de materiais cirúrgicos e com o surgimento de novas áreas de pesquisa: a genética, a imunologia, a virologia, entre outras. A medicina tornou-se, cada vez mais, parte do dia-a-dia da maioria das pessoas e passou a oferecer uma explicação e uma intervenção para as mais diversas questões da vida humana (o sono, o sexo, a alimentação, as emoções, entre outras).

Nesse mesmo período em que houve expressiva valorização da medicina, da ciência, dos avanços tecnológicos em um crescimento do poder global da corporação médica, aumentaram também as críticas à medicina. Ocorreu um (re)surgimento de outras práticas de cura e de cuidados com o corpo, um maior

número de processos judiciais contra médicos e uma maior contestação desse poder médico.

É sob essas condições de produção que a noção de medicalização passa a circular no campo da saúde coletiva e das ciências sociais em saúde, fazendo ver – de modo crítico – a maior participação da medicina na existência das pessoas.

É importante ressaltar que, se essa noção de medicalização produz este efeito consensual de colocar relevo sobre o fato de uma maior presença da medicina enquanto lugar explicativo e normativo da existência das pessoas, há também, no entanto, diferentes enfoques de aspectos relativos a essa noção.

Uma avaliação da bibliografia sobre o tema pode nos mostrar que há uma diversidade de questões contempladas quando se fala de medicalização: crescimento em número de estabelecimentos médicos (hospitais, indústrias farmacêuticas, laboratórios) ou em profissionais médicos; maior produção, variedade e distribuição de medicamentos; a incorporação de temas pela racionalidade biomédica; o controle dos indivíduos por meio da medicina, entre outras.

### **3.3 Medicalização e Medicamentação**

Moysés e Colares (45) (p. 42) afirmam que nas sociedades ocidentais é crescente a translocação para o campo médico de problemas inerentes à vida, com a transformação de questões coletivas, de ordem social e política, em questões individuais, biológicas. Para as autoras, tratar questões sociais como se biológicas iguala o mundo da vida ao mundo da natureza. Isentam-se responsabilidades de todas as instâncias de poder, em cujas entranhas são gerados e perpetuados tais problemas:

A medicalização (...) cumpre uma tarefa fundamental para a manutenção de tudo o que já está posto no mundo dos homens. Ao se biologizar um problema, transformando-o em algo “natural, inevitável”, isenta-se todas as instâncias nele envolvidas. A sociedade, com suas desigualdades, os governantes e suas opções, tudo é escamoteado pelo fato – talvez seja melhor falar em azar – de que existem defeitos que incidem como se aleatoriamente, sem determinação social. Um ideário perfeito para que tudo permaneça como está (46) (p. 165-166).

As autoras (46) narram que a medicina constituiu seu estatuto de ciência moderna, na transição entre os séculos 18 e 19, atribuindo-se a competência para legislar e normatizar o que seja saúde ou doença – o que significa definir o “homem

modelo” – e, honrando suas raízes positivistas, passa a reger todos os aspectos da vida dos seres humanos a partir de um olhar biologizado, que reduz as pessoas a corpos.

Segundo as autoras (46), a expressão medicalização foi difundida por Ivan Illich em seu livro “A Expropriação da Saúde: Nêmesis da Medicina” (47) (p. 79), no qual ele afirma que “a medicalização da vida aparece como parte importante da institucionalização industrial da medicina”. Ao contrário da ideia de uma rede de micropoderes, o referido teórico enfatiza uma relação vertical de poder, de uma medicina que – a partir da sociedade industrial – continuamente gera dependência e, portanto, prejudica a autonomia dos indivíduos. A geração de dependência dos produtos médicos (medicamentos, intervenções, saber médico) aconteceria com a divulgação e internalização desse discurso médico legitimado cientificamente, o que forçaria as pessoas a desacreditarem dos próprios conhecimentos sobre saúde e doença, a chamada medicina popular, conforme explica Boltanski (44). O paradoxo que Illich procura demonstrar é o da contraprodutividade imbricada na medicalização: a sociedade promete a resolução de todos os problemas com a tecnologia, porém, de fato, resolve menos do que o grau de dependência que gera em relação à própria tecnologia. No caso da medicina, Illich afirma que a geração da dependência de medicamentos e de procedimentos diminui a saúde e a capacidade das pessoas de cuidarem de si mesmas, não havendo necessariamente um desenvolvimento qualitativo em saúde com a industrialização.

Para Barros (48) (p. 76), Ivan Illich foi um dos pioneiros em apontar os descaminhos da moderna medicina e sua sofisticação tecnológica. Barros atesta que o livro de Illich (47) suscitou profícuo debate e, apesar de eventuais equívocos, contribuiu para evidenciar as distorções do 'complexo médico industrial' e a necessidade de redirecionamento na forma como estavam sendo estruturados os serviços de saúde. Navarro (49), em 1975, mesmo ano da publicação do texto de Illich, em crítica a algumas das teses do mencionado autor, chama a atenção para o fato de que a industrialização e seus reflexos no campo da medicina, são apresentados como causa dos prejuízos à vida dos indivíduos e não como um elo no contexto mais geral do sistema capitalista de produção e consumo (49).

Campos (37) (p. 59) também tece algumas críticas ao trabalho de Illich. Afirma que há contextos socioeconômicos específicos que podem exercer uma determinação tão absoluta sobre a prática clínica, que a mesma teria sua potencialidade para resolver problemas de saúde diminuída. Nesses contextos, ocorreria o que Campos (37) denomina de clínica degradada, que faz referência a limites externos impostos à potência da clínica médica. Para o autor, Illich (47) estaria entre os

**muitos críticos da medicina que têm-se valido dessas degradações decorrentes de interesses econômicos corporativos ou de políticas de saúde muito deficientes para criticar a clínica como instituição; este expediente lhes tem simplificado a tarefa, gerando, contudo, bastante confusão. Quando uma empresa médica dificulta o livre-arbítrio dos médicos, ou lhes impõe restrições independentemente da gravidade de cada caso, a baixa eficácia das práticas não poderia ser atribuída à clínica em si, mas à clínica degradada por aquelas condições específicas** (37) (p. 59, grifos nossos).

Queremos fazer referência ainda à medicalização tal como foi estudada por Michel Foucault, autor fundamental quando se discute o tema. O teórico afirma que haveria, a partir do século XVIII, a separação da doença em relação ao doente – o que Foucault (50) chama “especializações da doença”. Com esta separação, possibilita-se uma outra organização do saber médico que passa a se dar em torno de uma teoria das doenças e da anatomoclínica. Para ele, antes não havia especialização da doença – quando não havia a separação entre a doença e o doente – ou seja, não havia ainda locais específicos para tratamento da saúde (os doentes eram tratados em casa, com a família, e não isolados em instituições hospitalares). O nascimento da clínica inaugura, então, a especialização da doença.

Para o teórico, a medicalização é expressão da eloquência social da medicina na medida em que esta seria um dos poderes disciplinares que teriam se modificado no século XVIII para auxiliar o Estado no controle das pessoas, por meio da **anatomopolítica**, que

**“centrou-se no corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade e da biopolítica, que se ocupa do corpo-espécie, a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida”** (50) (p. 131, grifos nossos).

De acordo com Foucault (50), este exercício do poder médico, tal como é pensada a medicalização, é tolerado porque produz positivities, resolve problemas

médicos, possui certa eficácia curativa, permite prolongar a vida. É essa positividade que permite que seja criada uma rede de micropoderes médicos que percorre a vida das pessoas. Ou seja, pode-se tolerar a interferência dessa rede de saber-poder que redistribui os corpos, reorganiza os espaços, introduz reformas na vida cotidiana (normas claras nas intervenções dos higienistas), porque esta mesma rede, com a força da positividade que configura as relações sociais, instaura, imaginariamente, normalidade e conforto para as relações higienizadas, esterilizadas. O que está fora, produz ruído e, portanto, precisa de intervenção.

Para Campos (37) (p. 61), Foucault (50) é um dos numerosos autores que demonstraram as limitações ontológicas e as debilidades de constituição da Clínica, assim como Canguilhem (51). Campos (37) afirma ainda que, recentemente, com a crise de custos e de eficácia – e sem nenhuma citação a estes críticos originais – constata-se alguma abertura entre alguns epígonos da Instituição Médica. Ele recorda que as faculdades de medicina admitem rever seu modelo pedagógico, por exemplo. O autor assevera que, de qualquer forma, produziu-se abundante literatura criticando a Medicina Oficial:

Pode-se até mesmo afirmar que **nas últimas três décadas importante parcela da pesquisa em Saúde Coletiva teve como objeto o estudo crítico das práticas médicas**. Demonstrou-se que a Medicina opera com um objeto de estudo e de trabalho reduzido, o que traria implicações negativas tanto para seu campo de saberes quanto para seus métodos e técnicas de intervenção (52). Além dos mais, poder-se-ia constatar hoje que essa redução autorizaria a Clínica Oficial a se desresponsabilizar pela integralidade dos sujeitos. Mesmo a Clínica somente se responsabiliza pela enfermidade, nunca pela pessoa do enfermo (37) (p. 61, grifos nossos).

De seu lado, Freidson (53), no livro *Profession of Medicine*, afirma que a medicalização é consequência da legitimação e da institucionalização da profissão médica, que permite sua autorregulação e o controle dos temas relacionados à saúde. O autor apresenta sua teoria sobre a construção das profissões a partir do processo de profissionalização na medicina, ocupando-se em percorrer o caminho que levou a medicina a mudar de status: deixar de ser uma ocupação e tornar-se uma profissão, estado em que, “por virtude de sua posição autoritária na sociedade, vem a transformar ou mesmo a criar a substância do seu próprio trabalho” (53). Para o autor, a partir do momento em que se define oficialmente o objeto da medicina – isto é, com a permissão concedida pelo Estado a determinadas profissões definirem os objetos de seu trabalho – abre-se espaço para que interesses corporativos interfiram nesse

processo. Além disso, a determinação de profissões “oficiais” impede que outras ocupações tenham a oportunidade de viabilizar a exposição empírica, da experimentação do erro e do acerto, da sua aplicação, em grande número de casos.

Em nosso país, uma das primeiras autoras a discutir a medicalização foi Cecília Donnangelo, socióloga, professora da Faculdade de Medicina da USP, que se dedicou a pesquisar as relações entre saúde e sociedade. Em sua tese de doutorado, ainda atual, decorridos mais de 30 anos, analisa as consequências desse projeto de medicalização da sociedade, iniciado há quase dois séculos; aponta as formas pelas quais ele se concretiza nos tempos atuais, destacando a extensão da prática médica como elemento primordial.

Cumprir destacar que o que a autora designa por extensão da prática médica tem pelo menos dois sentidos que merecem atenção: 1) a ampliação quantitativa dos serviços de saúde e a incorporação crescente das populações ao cuidado médico e 2) a extensão do campo da normatividade da medicina por referência às representações ou concepções de saúde e dos meios para se obtê-la, bem como às condições gerais de vida (54) (p. 33).

Para Donnangelo (54) o processo de extensão da prática médica não correspondeu a um fenômeno simples e linear de aumento de um consumo específico, mas se deu por meio de uma rede complexa, que por sua vez, envolveu os mais variados âmbitos da sociedade e seus respectivos interesses.

Segundo a autora (55), o processo terapêutico incorporou, ao longo dos anos, novos elementos materiais, que incluíram desde produtos inovadores da indústria farmacêutica, até uma enorme variedade de equipamentos, artefatos e instrumentos de alta tecnologia produzidos por muitos setores industriais, cujo consumo se realiza por meio da medicina, ainda que a produção não seja incumbência dela. Ela conclui que assim, o monopólio da prática médica assegura-lhe uma posição central na distribuição e consumo dessas mercadorias e, portanto, na realização de seu valor, permitindo que se complete o processo de valorização do capital aplicado na produção industrial (55).

Seguindo para uma outra perspectiva nesse campo de discussão, trazemos Madel Luz (56) que faz uma distinção entre uma visão ampla de saúde e uma visão

restrita – que segundo a autora, fundamentaria o discurso hegemônico – estabelecendo uma oposição entre “Saúde e saúde”:

**Saúde como sinônimo de medicalização e que remete às Instituições Médicas e a saúde que remeteria**, nas formações sociais capitalistas, diretamente **às condições globais de vida** (alimentação, habitação, repouso, educação e participação decisória nos vários níveis da vida social) (...) portanto, às condições em que se dá a produção social (55) (p. 61-62, grifos nossos).

Para a autora (56), a Saúde aparece, no discurso hegemônico como um produto a ser consumido. Assim, ela assumiria a forma – na sociedade capitalista – de um produto que pode propiciar a saúde: plano de saúde, medicamento, consulta médica e procedimento cirúrgico ou de exame, por exemplo. Com base nessa compreensão, Luz (56) questiona o papel do Estado na área da Saúde, em nosso país:

**Quais as propostas, em termos políticos, de saúde do Estado?** Responderá de acordo com os interesses sociais que o constituem. E entre esses interesses **salientam-se os das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos** (...) Desta maneira, incentivam-se as consultas ambulatoriais médicas, por um lado e o consumo de medicamentos, por outro (56) (p. 19, grifos nossos).

A autora compreende que a visão de saúde na qual se assenta o Estado corresponde àquela em que a “Saúde é sinônimo de medicalização e remete às Instituições Médicas” (56) (p. 61). Para ela, decorreria dessa perspectiva o incentivo a consultas médicas e ao consumo de medicamentos nas formulações de políticas da área da saúde em nosso país.

A respeito dessa questão, Magaldi (57) apresenta uma perspectiva diferente. Ela observa que:

A saúde não pode ser reduzida ao conjunto de intervenções de natureza médica, preventivas, curativas e reabilitadoras ofertadas por serviços de saúde. É, antes de tudo, o resultado de formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes dificuldades nos níveis de vida (...) Essa dimensão real da saúde não nega (...) o componente de serviços de saúde que devem ser objeto de mudanças urgentes para a melhoria da qualidade de vida (56) (p. 78, sublinhado no original).

De acordo com a autora, o campo de atuação da saúde na sociedade compreende o conjunto de intervenções de natureza médica, quer sejam preventivas, curativas e reabilitadoras; no entanto, abrange sobretudo as formas de organização social da produção, que repercutem nas condições de vida da população. Nessa

perspectiva, a importância do componente de serviços de saúde é reconhecida pela autora.

Para Campos (37) (p. 61-62), esse componente de serviços de saúde é central. A Clínica, mais especificamente, é objeto das reflexões do autor, que afirma que esse objeto de estudo e de intervenção estaria reduzido em múltiplas dimensões: por um lado, um enfoque desequilibrado para o lado biológico, esquecendo-se das dimensões subjetiva e social das pessoas. O que, segundo o autor, acarretaria em saberes e práticas marcados pelo mecanicismo e pela unilateralidade de abordagem. Por outro lado, aborda-se mais a doença que o indivíduo, e mesmo quando este é considerado, pensa-se em um indivíduo fragmentado, um ser composto de partes que, apenas teoricamente, guardariam alguma noção de interdependência. O autor conclui que:

Tal reducionismo tem inúmeras consequências negativas: abordagem terapêutica excessivamente voltada para a noção de cura – frequentemente confundida com a simples eliminação de sintomas e, no melhor dos casos, com a correção de lesões anatômicas ou funcionais – ficando em segundo plano tanto as possibilidades de promoção da saúde, ou de prevenção e até mesmo de reabilitação. Além do mais, esse objeto reduzido autorizaria a multiplicação de especialidades, que terminariam por fragmentar, em grau insuportável, o processo de trabalho em saúde. Em decorrência, vem reduzindo-se a capacidade operacional de cada Clínico, estabelecendo-se uma cadeia de dependência quase impossível de ser integrada em projetos terapêuticos coerentes (37) (p. 61-62).

Campos (37) (p. 59) ainda traz um outro exemplo do que ele chama de reducionismo da Clínica: o modelo de pronto-atendimento praticado em milhares de instituições públicas brasileiras e que já foi brilhantemente criticado por Ricardo Bruno, que o denominou de sistema de trabalho queixa-conduta (58). Segundo Campos (37), esse estilo de trabalho viola princípios básicos dos próprios manuais da Clínica Oficial; a degradação existente resulta de mescla de uma política de saúde inadequada com um comportamento alienado de médicos que a praticam, atendem os casos de forma padronizada, quase que independentemente da gravidade e das necessidades de cada um dos seus pacientes. Portanto, para o autor

**há uma Clínica Degradada por interesses econômicos ou por desequilíbrios muito pronunciados de poder.** Toda vez que a racionalidade estritamente clínica é atravessada por outras racionalidades do tipo instrumental ou estratégica, há degradação de sua potencialidade teórica e perde-se a oportunidade de resolver problemas de saúde. **Toda ação de saúde é uma prática sempre submetida a determinantes sociais, políticos e econômicos.** Entretanto, as organizações de saúde podem criar ambientes e situações mais ou menos protegidos de todas essas

determinações. Instituições mais ou menos permeáveis a essas múltiplas forças e interesses em jogo (37) (p. 59, grifos nossos).

Campos (37) (p. 62) compreende que todo esse sistema vem produzindo relações bastante paradoxais com a sociedade. Para ele, em certa medida, a Medicina nunca perdeu a capacidade de exercer controle social sobre a maioria das pessoas, seu papel de árbitro e seu discurso competente sobre temas ligados à vida continuam vigentes. Campos (37) observa, no entanto, que é perceptível, no dia-a-dia, grau cada vez maior de alienação de seus agentes em relação aos sujeitos concretos dependentes de seus cuidados. Segundo o autor, isso poderia ser atribuído a fatores como: alienação, afastamento, desinteresse, fixação em procedimentos técnicos padronizados, dificuldade para escutar queixas, impossibilidade de comunicar qualquer coisa além da sequência automática de procedimentos e, no entanto, grande capacidade de influenciar o imaginário social. O autor levanta ainda alguns determinantes para esse cenário: articulação da Clínica com a Mídia e com o Complexo Médico-Industrial; função social dos médicos como adversários da morte e do sofrimento; capacidade da clínica de resolver uma série de problemas de saúde e de aliviar muitos sofrimentos, mesmo quando degradada. Por isso, para ele, a Clínica segue sendo uma instituição importante e influente.

Ao concluirmos esta parte do trabalho, consideramos válido recordarmos ainda que os autores mencionados teceram reflexões sobre as questões contempladas neste capítulo, a partir de diferentes recortes, com variadas especificidades teóricas e, por vezes, mesmo epistemológicas. Quisemos trazer esse “solo discursivo” que fundamenta dizeres científicos sobre questões relacionadas à medicalização porque isso nos permite perceber a força – em termos de memória discursiva e de condições de produção – para que a PNAF se configure de determinado modo.

Nesse momento, queremos trazer duas pesquisas contemporâneas, com as quais nos identificamos – Lunkes (24) pela proximidade teórica e temática; e Corbanezi (59) em função de apontar questões importantes e que têm relação com aquilo que pensamos em termos de formação ideológica capitalista – para nos adentrarmos um pouco mais nesse solo discursivo em que a PNAF se assenta.

A pesquisa de Lunkes (24) (p. 1), que se filia à Análise do Discurso francesa, analisa os processos de produção de sentidos sobre depressão no discurso

jornalístico de *Veja*, de 1968 a 2010. Para tanto, foram analisadas a textualidade e as imagens das matérias a fim de compreender o imaginário que vem sendo posto em circulação sobre depressão, sobre sujeito deprimido (enquanto posição discursiva construída no discurso jornalístico) e sobre medicamentos (antidepressivos, tranquilizantes e ansiolíticos). Os gestos de leitura feitos pela pesquisadora são de que – tanto nas materialidades verbais como nas não-verbais – é recorrente a construção de uma imagem valorativa sobre medicamento. Ela afirma que:

Está em questão no discurso jornalístico de *Veja* um triunfo na produção de efeitos de sentidos de medicalização, que aponta amplamente para o que de mais hegemônico compareceu em nossas análises: o discurso sobre depressão no discurso jornalístico de *Veja* se faz pautado, sobretudo, em uma discursividade sobre medicamentos; estes comparecem com regularidade e sobre os medicamentos são produzidos efeitos de sentidos de um triunfo, solapando até mesmo uma discursividade sobre depressão (24) (p. 1).

Segundo Lunkes (24) (p. 23), a depressão, ao ser construída, circular e discursivamente em uma dada formação social, como doença, passa a constituir um dos processos de subjetivação na contemporaneidade. A autora faz referência a Pêcheux (5) (p.139), para quem “os processos de subjetivação atuam como evidências subjetivas que não podem ser consideradas enquanto questões que ‘afetam’ o sujeito, mas que o ‘constituem’”. Considerando a pesquisa em questão, trata-se dos modos pelos quais uma dada formação social produz significações – nos efeitos de sentidos de produção de evidência – sobre depressão e sobre seu tratamento.

Ainda conforme a pesquisadora, a revista *Veja* pode ser considerada o que se convencionou chamar de “imprensa de referência” (28, 60) pela abrangência enquanto publicação impressa, por ocupar a quarta posição dentre as maiores revistas com periodicidade semanal em todo o mundo e por ser uma publicação impressa de longa data (em 2013 completou 45 anos). A expressão “imprensa de referência” permite que compreendamos, a partir de Mariani, “tratar-se de uma instituição de imprensa que “exerce uma função social e política não apenas porque seu poder discursivo atua na emissão de opiniões, mas também porque serve na mediatização de opiniões” (28) (p. 240).

Por outro lado, temos a pesquisa de Corbanezi (59) (p. 9), no campo da sociologia, que investiga a função política que se depreende da articulação de duas

noções científicas contemporâneas: saúde mental e depressão. O pesquisador aborda o nascimento da psiquiatria associado à “doença mental”, considerando que é mediante o processo sistemático de sua desinstitucionalização que emerge o conceito de “saúde mental”. Ele assevera que tal conceito contemporâneo – não mais restrito ao domínio do patológico –, divulgado pela OMS desde os anos 1950, incita, ao menos tacitamente, os indivíduos à autorrealização constante, sobretudo após a tendência à neoliberalização das sociedades ocidentais.

No contexto de produção do bem-estar, em que a própria normalidade se constitui gradativamente como problema médico, Corbanezi (59) investiga a evolução da nosologia psiquiátrica da depressão nos sucessivos Manuais Diagnósticos e Estatísticos de Transtornos Mentais, concentrando-se principalmente nas três últimas edições. O autor descreve e analisa a progressiva ramificação e flexibilização dos transtornos depressivos nos manuais psiquiátricos, sustentando que o estabelecimento da depressão como patologia, sobretudo em suas formas mais tênues, corresponde à lógica de desempenho que fundamenta a biopolítica da saúde mental cuja estratégia consiste – entre outros objetivos – em otimizar e potencializar capacidades específicas dos indivíduos. A respeito do interesse por essas questões, sobre as quais reflete em sua tese, ele assim o justifica:

A nosso ver, problematizar a “saúde mental” e a “depressão” a partir de uma perspectiva histórico-conceitual implica subtrair-lhes a área de verdade científica desinteressada e desnaturalizá-las, o que constitui tarefa fundamental da sociologia. Daí por que ocupar-se da questão: **é que o discurso da saúde mental e o estabelecimento da depressão como doença podem operar como sintoma social, fazendo ver o que a sociedade projeta em termos de saúde e o que ela persegue enquanto patológico** (59) (p. 18-19, grifos nossos).

O pesquisador (59) (p. 10) conclui que a ideia de epidemia de depressão adquire relevância para a cultura ocidental especialmente quando relacionada a discursos médicos, científicos, institucionais e econômicos que estimulam permanentemente o indivíduo a produzir bem-estar, a otimizar determinadas capacidades e a realizar-se em todas as dimensões da sociabilidade.

Diante do que foi exposto por cada um dos teóricos, cujas reflexões sobre medicalização trouxemos nesta parte do trabalho, consideramos importante ressaltar, por fim, que em nossa análise vamos nos fundamentar numa determinada compreensão de medicalização. Para nós, a medicalização constitui a apropriação pelo discurso médico dos funcionamentos da sociedade como um todo, fazendo

referência à presença constante e crescente do emprego da racionalidade biomédica, ou, melhor dizendo, do discurso biomédico em outras áreas do conhecimento e da vida social, produzindo a evidência e a possibilidade da unicausalidade – a busca da causa e do *locus* específicos para cada problema, o diagnóstico e terapia apropriada – que configura discursos econômicos, sociais, etc.

Levando isso em consideração, julgamos conveniente nos determos um pouco mais à discussão sobre o uso de medicamentos na atualidade, trazendo estudos que referenciam a **medicamentalização**. Em nossa pesquisa, nos deparamos também com trabalhos sobre **medicamentalização** e consideramos relevante explorar também essa noção.

Para Faraone et al. (61), a medicamentalização é o tratamento farmacológico decorrente da medicalização, entendida como transformação de problemas de vida em problemas médicos. Também para Caliman (62), o processo de medicalização está associado ao uso de medicamentos, o que, segundo a autora, fomenta também um processo de medicamentalização.

Conforme Rosa & Winograd (63), a medicamentalização se refere à oferta de produtos que prometem o alívio ou a melhora do estilo de vida e são veiculadas por meios de comunicação diversos, servindo como manuais de autoajuda e atendendo a uma crescente demanda de cuidado. Para Azevedo (64), esse nível social do uso de medicamentos parece ser induzido por meio do apelo da indústria farmacêutica. Nesse sentido, a medicamentalização versa sobre um fenômeno amplo que inclui a expansão do processo de medicalização para campos extracientíficos.

Ngoundo-Mbongue et al. (65) propõem o termo medicamentalização para descrever o uso não médico de produtos medicinais para tratar problemas ou situações da vida, os quais não requeriam “tratamento farmacológico”, como por exemplo: envelhecimento, distúrbios do sono, alimentares e perda da libido. Afirmam que o uso de medicamentos em “nível social” parece estar induzido não só pela ocorrência de doenças, mas, sobretudo, pela disposição e apelo da indústria farmacêutica e sua expansão para domínios que vão além da ciência.

Os autores acrescentam, ainda, que esse consumo exacerbado de medicamentos se relaciona com a produção social hegemônica e mercadológica da

saúde, e que envolve diferentes atores, dentre os quais: médicos, pacientes, indústria farmacêutica e agências reguladoras da saúde.

Diante do que foi exposto por cada um dos teóricos – cujas reflexões sobre medicamentação contemplamos neste trabalho – julgamos relevante ressaltar que nos fundamentamos numa determinada compreensão do que seja a medicamentação. Para nós, a medicamentação constitui a abordagem farmacológica decorrente da medicalização.

De acordo com Amarante (66), a medicamentação é consequência de outro fenômeno mais amplo: a medicalização social. Esta se refere à incorporação de aspectos sociais, econômicos e existenciais da condição humana, tais como: sono, sexo, alimentação e emoções, sob domínio do medicalizável, como o diagnóstico, a terapêutica, a cura, entre outros. O uso do medicamento está inserido nesse âmbito, e, quando se dá de forma desnecessária, representa a medicamentação. Concordamos com o autor e consideramos importante destacar que esta é uma das relações fundamentais de sustentação da PNAF.

Em relação aos investimentos maciços do setor de medicamentos em comunicação, Barros (67) (p. 48) aponta que uma grande quantidade de estudos realizados dá conta de que “a indústria farmacêutica gasta em média 25% de seu faturamento global em publicidade e atividades correlatas”. O autor prossegue dizendo que outros dados fazem referência a gastos que “oscilam entre 20 e 40% do faturamento”, e que, seja qual for o caso, “essas despesas representam cerca do dobro ou do triplo do montante destinado à investigação e desenvolvimento de novos fármacos”.

Bermudez et al. (68) asseveram que o Brasil se situa entre os dez maiores mercados consumidores de produtos farmacêuticos do mundo, com faturamento anual que gira em torno de 10,3 bilhões de dólares. Para Oliveira et al. (69) esse perfil diferencia o Brasil das demais nações em desenvolvimento e faz despertar o interesse das empresas transnacionais pelo domínio desse vasto mercado. Hasenclever (70) e Gadelha (71) destacam que o mercado brasileiro tem características oligopólicas, em que chamam a atenção a concentração por classes terapêuticas e o domínio de empresas transnacionais. Afirmam ainda que as atividades de produção, desenvolvimento e comercialização de medicamentos têm sido realizadas,

principalmente, por companhias farmacêuticas transnacionais, geralmente de grande porte, com estrutura integrada com sua base mundial.

A indústria farmacêutica integra o chamado complexo médico-industrial, uma das atividades econômicas privadas mais expressivas da atualidade. Um estudo do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) mostra que os produtos e serviços de saúde constituem o grupo que mais aumenta os preços, mais que o dobro da inflação. A maior parte desse aumento corresponde aos medicamentos (72). Para termos uma noção dos valores monetários em questão, apenas o desenvolvimento de uma nova droga tem o custo de inovação aproximado de 403 milhões de dólares (73). No mundo, o mercado farmacêutico movimentou, em 2006, aproximadamente 643 bilhões de dólares. Esses valores demonstram o poderio econômico desse segmento e do volume de recursos que tem para investir em estratégias para aumentar cada vez mais os lucros (73).

Em relação a essas estratégias, Nascimento (38) (p. 30) diz que algumas das técnicas mercadológicas mais utilizadas são a multiplicação de similares que não contribuem para a melhoria dos recursos farmacêuticos disponíveis, a farta propaganda nos meios de comunicação de massa e junto aos médicos e o convencimento dos consumidores nos balcões das farmácias, a chamada “empurroterapia”.

Para Pinheiro (74) uma característica peculiar da indústria farmacêutica no Brasil é a existência de um parque público de laboratórios, de abrangência nacional, voltado para a produção de medicamentos primordialmente destinados aos programas de saúde pública em assistência farmacêutica. De acordo com o Ministério da Saúde (75), o conjunto de laboratórios públicos – também chamados de Laboratórios Farmacêuticos Oficiais – é capaz de produzir, aproximadamente, 11 bilhões de unidades farmacêuticas/ano, com 195 apresentações farmacêuticas, abrangendo mais de 107 princípios ativos. Ainda conforme o Ministério da Saúde (75), a produção desses laboratórios representa cerca de 3% da produção nacional em valor e 10% em volume equivalente a cerca de 10% do total de compras em medicamentos do Ministério da Saúde (MS).

Bermudez (76, 77, 78) argumenta que um parque público estatal de produção de medicamentos, instalado em várias regiões do território nacional constitui

um importante patrimônio público, uma vez que vem contribuindo no abastecimento de medicamentos ao setor público, especialmente daqueles destinados a importantes doenças endêmicas que afligem a população, sem grande interesse comercial para o setor privado.

Um outro marco importante para os Laboratórios Farmacêuticos Oficiais foi o diagnóstico do setor público de produção de medicamentos, realizado em julho de 2003, sob o patrocínio da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do MS e da Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil (ALFOB). De acordo com o Ministério da Saúde (75), o evento constituiu uma primeira reunião da área para aprimorar o diagnóstico de situação sobre o setor e subsidiar a formulação de políticas públicas nesse campo. Foi elaborado um relatório dessa reunião subdividido em temas. Um dos temas foi a disponibilização de medicamentos como fator limitante na implementação de políticas públicas de saúde. Nesse sentido, propôs: (i) recuperar e ampliar os serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, qualificar os serviços existentes, descentralizar as ações e estabelecer mecanismos para avaliar custo/efetividade de programas, produtos, tecnologias e procedimentos em saúde; (ii) utilizar a RENAME enquanto instrumento racionalizador; e (iii) modernizar e ampliar a capacidade instalada de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais com vistas ao suprimento do SUS e ao cumprimento do seu papel como referência de custo e qualidade da produção de medicamentos. Todas essas propostas (i), (ii) e (iii) constituem a formulação da Resolução 338/2004 (8), mais especificamente os eixos estratégicos III, VI e VII, postulados no Artigo 2º da referida Resolução – formulada no interior do SUS – que é objeto de análise desta tese e será retomado no próximo capítulo.

Para essa parte em que tecemos reflexões sobre as condições de produção dos sentidos que se estabilizam entre sociedade, saúde e medicamentos, pensando especificamente sobre a relação entre Estado e sociedade, no que diz respeito à saúde, é preciso ainda fazer referência à instituição do SUS no final da década de 1980. Essa instituição se dá sob bases em que o remédio, a saúde e a sociedade são significados a partir de determinado lugar discursivo.

Cumpra destacar que na parte seguinte da tese o nosso objetivo não é somente falar do SUS *per se*. O que nos interessa é compreender quais são as injunções da PNAF que o SUS estabelece/institui. Por isso recortamos o que vamos falar sobre o SUS em função da PNAF. Considerando que o SUS segue o que a Constituição Federal (79) determina – que a saúde é direito de todos e dever do Estado – desejamos compreender como é significada a saúde, na relação com os medicamentos, na Resolução 338/2004 (8).

### **3.4 O Sistema Único de Saúde**

Nas atuais condições de produção, no Brasil, nenhuma lei, norma ou resolução sobre saúde está fora de um processo de significação já posto pelo SUS. Portanto, nosso intuito nesta parte não é o de explicar como o SUS foi feito, mas o de explicitar que há uma injunção já posta à PNAF, que é a do próprio SUS. Ela já é sobressignificada pelo SUS que, por sua vez, ao ser instituído, já está dentro de determinadas injunções. Por isso, não vamos abordar o processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde. Vamos nos referir exclusivamente ao seu ordenamento jurídico naquilo que comparece também na formulação da PNAF, uma vez que a questão mais relevante para a tese é analisar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

Portanto, pretendemos explicitar a articulação entre o SUS e a PNAF – mais especificamente, as condições da enunciação da PNAF. Faremos nossas considerações explicitando como essa articulação constrói um solo discursivo para a PNAF se instituir. Para tanto, faremos um movimento de ir-e-vir, que permita ao leitor ver como o SUS faz parte das condições de produção da PNAF.

O SUS é o sistema de saúde oficial brasileiro, estabelecido formalmente a partir da Constituição Federal de 1988 (79). Sua inscrição na Carta Magna acatou as proposições da sociedade civil organizada, incorporando mudanças no papel do Estado e alterando de forma significativa o arcabouço jurídico-institucional do sistema público de saúde brasileiro, que passou então a ser pautado por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional. É composto pelo conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde integrantes das organizações públicas de saúde das esferas municipal, estadual e federal, além dos serviços privados, considerados como complementares.

A Constituição Federal (79) traz um título inteiro (o Título VIII), referente à Ordem Social, cujo Capítulo II – o da Seguridade Social – apresenta quatro seções, sendo uma delas (a seção II) dedicada à saúde. O SUS, portanto, está descrito oficialmente no capítulo da Seguridade Social, especificamente, nos artigos 196 a 200 dessa seção.

- O artigo 196 explicita que a saúde é direito de todos e dever do Estado, que deve garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Em nosso gesto de análise, que explicitaremos no próximo capítulo, mostraremos que “acesso a ações e serviços de saúde” é uma discursividade a respeito do SUS – que comparece na Constituição Federal (79) e na Lei 8.080 (80) – que legitima a PNAF. Explanaremos que as condições de produção da Política Nacional de Assistência Farmacêutica – sustentadas de um lado pelo SUS e do outro pela medicalização e pela medicamentação – ressignificam o “acesso à saúde” de modo que seja possível que “acesso a medicamento” seja uma metáfora do “acesso à saúde”. Julgamos relevante destacar, desde já, que esse processo de significação se dá na formulação da PNAF, e não se refere à totalidade do ordenamento jurídico do SUS.

- O artigo 197 define as ações e serviços de saúde como sendo de relevância pública;
- O artigo 198 constitui o Sistema Único de Saúde, referido como uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, cuja organização deve pautar-se nas diretrizes: descentralização, com direção em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas e sem prejuízos das atividades curativas; e participação da comunidade. Define ainda que o financiamento do sistema de saúde brasileiro será feito com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes;
- O artigo 199 mantém a assistência à saúde livre à iniciativa privada, explicitando, porém, que as instituições privadas poderão participar do SUS de forma complementar, segundo diretrizes do SUS e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos;

- O artigo 200 apresenta as competências do SUS, detalhando as suas atribuições. Essas atribuições foram mantidas na Lei Orgânica da Saúde que veremos adiante.

Em agosto de 1990 o Congresso Nacional aprovou a primeira versão da Lei Orgânica da Saúde, a Lei 8.080 (80), que sofreu vários vetos por parte do executivo, especialmente nos itens relativos ao financiamento e ao controle social. Somente em dezembro de 1990, como resultado de negociações, é que foi aprovada a Lei 8.142 (81) que recuperou alguns vetos da Lei 8.080, recebendo essas duas leis (8.080 e 8.142) (80, 81) a denominação de Leis Orgânicas da Saúde (LOS).

Cumprir destacar que as leis 8.080 e 8.142 (80, 81) são referenciadas na Resolução 338/2004 (8), que institui a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Por isso, julgamos importante trazer algumas das discursividades que compõem as referidas Leis, com o intuito de fundamentar nossa compreensão e nosso gesto de análise.

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde ancora-se nas LOS para enunciar a Resolução 338/2004 (8) quando, em sua introdução, afirma que o faz “no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990” (8).

A Lei 8.080 (80) dispõe sobre as condições para a **promoção, proteção e recuperação da saúde** e ainda regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo o país. Na Resolução 338/2004 (8) a Política Nacional de Assistência Farmacêutica coloca-se como “parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à **promoção, proteção e recuperação da saúde**” em referência ao que é postulado pelo Artigo 196 da Constituição Federal (79) e pela Lei 8.080 (80). O artigo 4 dessa Lei explicita que o novo sistema de saúde compreende: “o conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público”, além da **participação da iniciativa privada de maneira complementar** (80). Conforme a Resolução 338/2004 (8) a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida “como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais (...) cuja implantação envolve **tanto o setor público como privado de atenção à saúde**”, referindo-se ao que é demandado, tanto pelo Artigo 199 da Constituição Federal (77),

quanto pela Lei 8.080 (80). Noronha, Lima e Machado (82) ressaltam que – assim como previsto na Constituição Federal (79) – a Lei 8.080 (80) explicita que o SUS pode recorrer à iniciativa privada (preferencialmente as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos) como complementar, quando a disponibilidade de seus serviços for insuficiente para garantir o acesso e a integralidade da assistência aos cidadãos, desde que mantenham os seus princípios e mediante contrato de direito público ou convênio.

De acordo com essa Lei, a saúde passa a ser compreendida como um direito fundamental do ser humano. Cabe ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e outros agravos, além do estabelecimento de condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (80).

De acordo com Noronha, Lima e Machado (82) estão incluídas no conjunto das ações e serviços do SUS referidos pela Lei 8.080 (80):

- Atividades dirigidas às pessoas, individual ou coletivamente, voltadas para a promoção da saúde e prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de agravos e doenças;
- Serviços prestados no âmbito ambulatorial, hospitalar e nas unidades de apoio diagnóstico e terapêutico geridos pelos governos (quer seja pelo governo federal, quer seja pelos governos estaduais ou municipais) bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar;
- Ações de distintas complexidades e custos, que variam desde a aplicação de vacinas e consultas médicas nas clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia-obstetrícia) até cirurgias cardiovasculares e transplantes;
- Intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as condições sanitárias nos ambientes onde se vive e trabalha, na produção e circulação de bens e serviços, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento ambiental;
- Instituições públicas voltadas para o controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, sangue e hemoderivados, além de equipamentos para a saúde (82) (p. 36).

Como os dois últimos itens elencados por Noronha, Lima e Machado (82) referem-se às atividades realizadas pela Vigilância Sanitária, que é abordada também na Resolução em análise nesta tese, julgamos relevante abrir um parênteses para explanar brevemente questões relativas à Vigilância Sanitária.

O serviço de Vigilância Sanitária está ligado ao serviço de saúde de um país. No caso do Brasil, é o Sistema Único de Saúde. No artigo 7 da Lei 8.080 (80)

estão descritos os princípios e as diretrizes do SUS, que são os mesmos que regem o trabalho da Vigilância Sanitária. A referida Lei Orgânica da Saúde define a vigilância como o conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir riscos e problemas decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e serviços de interesse da saúde.

Dentre os eixos estratégicos a serem englobados pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica, há um que se refere à Vigilância Sanitária: “construção de uma Política de **Vigilância Sanitária** que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade” (8). Conforme o portal oficial do Governo Federal<sup>17</sup>, a Vigilância Sanitária é uma das áreas de atuação do governo no que diz respeito à saúde da população. O Estado, por meio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), controla a qualidade, segurança e eficácia de produtos e serviços.

Desde a sua criação, em 1999, a Anvisa, em conjunto com os estados e municípios, implementa o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), por meio de políticas que fortalecem e ampliam o papel dos estados e municípios nas ações de vigilância sanitária. Os produtos e serviços regulados pela Anvisa são: medicamentos, alimentos, cosméticos, agrotóxicos, produtos para a saúde, laboratórios e a vigilância de portos, aeroportos e fronteiras, além de regulação referente à sangue, tecidos, células e órgãos. Saneantes, serviços de saúde e tabaco completam a lista, assim como bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde; e a prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

A vigilância sanitária é essencial para a proteção de qualquer cidadão. Ela garante a venda de medicamentos genéricos de qualidade, produtos industrializados seguros para o consumo humano, ou mesmo a liberação de vacinas que seguem à risca todas as exigências internacionais. Todos esses produtos e milhares de outros precisam ter registro e seguir regras e normas determinadas pela Anvisa.

Cabe aos municípios a execução de todas as Vigilâncias Sanitárias, desde que assegurados nas leis federais e estaduais. Esse é o processo chamado de municipalização das ações de Vigilância Sanitária. O Estado e a União podem atuar

---

<sup>17</sup> Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2018/08/entenda-melhor-o-papel-da-vigilancia-sanitaria>. Acesso em: 5 de janeiro de 2019.

em caráter complementar quando houver risco epidemiológico, necessidade profissional e tecnológica.

A vigilância sanitária nos estados, municípios e Distrito Federal assegura a qualidade do sangue coletado, acondicionado e distribuído pela rede de hemoderivados brasileira, bem como de órgãos e tecidos para transplantes. Também há forte e importante atuação nas áreas de fronteiras, funcionando como uma tela de proteção sanitária, evitando a entrada e saída de produtos fora dos padrões de qualidade exigidos mundialmente.

Prosseguimos abordando a outra Lei Orgânica da Saúde – a Lei 8.142 (81) – que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais dos recursos financeiros na área da saúde. Consolidou-se por meio dela um importante espaço público de controle social, mediante a participação da sociedade, por meio das conferências e dos conselhos de saúde em todas as esferas de governo (81).

As Conferências de Saúde são fóruns importantes para o processo de democratização da política de saúde brasileira garantida pela Lei 8.142 (81) para regulamentar a participação social no SUS. Na Resolução 338/2004 (8) há menção a duas: “1) as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde e 2) as deliberações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica” (8).

A Lei 8.142 (81) estabelece que as conferências nacionais de saúde devem acontecer a cada quatro anos, com a representação dos vários segmentos (usuários, trabalhadores, gestores e prestadores de serviços) para “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes” (81).

As conferências de saúde e os conselhos de saúde constituem espaços institucionais importantes para o exercício do controle social – que abordaremos mais detalhadamente adiante, quando explanarmos os princípios organizativos do SUS – possibilitando à população participar das decisões, propor ações e programas para a resolução dos problemas de saúde, fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros e avaliar a qualidade da assistência oferecida pelos serviços do SUS.

Para garantir a participação da sociedade por meio de seus representantes legais, as instituições públicas de saúde têm o dever de fornecer informações necessárias à população, de modo a possibilitar-lhe o posicionamento e a tomada de decisão nas questões referentes à política de saúde.

Além disso, a Lei 8.080 (80) explicita o direito das pessoas assistidas à informação sobre sua saúde individual e acerca dos riscos e condicionantes que afetam a saúde coletiva. Assevera ainda que cabe aos profissionais e aos gestores a viabilização desse direito (80).

É importante destacar que a normatização do SUS vem sendo implementada por uma série de legislações que incluem as Leis Orgânicas da Saúde (80, 81) e outras leis, emendas, decretos normas e portarias que foram editadas posteriormente, além das leis orgânicas estaduais e municipais necessárias em cada instância, previstas na legislação federal, que orientam o funcionamento do sistema. A operacionalização do SUS, desde os anos 90, orienta-se pelas Normas Operacionais (Normas Operacionais Básicas – NOBs e Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS) que foram editadas pelo Ministério da Saúde, com base nos acordos entre os gestores do SUS (federal, estadual e municipal), além das resoluções dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo. A Resolução 338/2004 (8) – que institui a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, em análise nesta tese – foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Após termos abordado as LOS e a importância delas enquanto condições de produção da PNAF, prosseguimos explanando mais questões inerentes ao funcionamento do SUS que constituem solo discursivo das condições para enunciação da PNAF.

O Sistema Único de Saúde norteia-se por princípios doutrinários e organizativos (80, 81). De acordo com Roncalli (83), os princípios doutrinários expressam as ideias filosóficas que permeiam a criação e implementação do SUS e personificam o conceito ampliado de saúde e princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam o funcionamento do sistema, de modo a contemplar seus princípios doutrinários.

**Os princípios doutrinários do SUS** são três e incluem: a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção.

**Universalidade:** é a garantia constitucional de acesso de toda a população aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (79, 80). De acordo com a Lei 8.080 (80) a saúde é um direito fundamental do ser humano, que deve ser garantido pelo Estado. O direito à saúde vai além do acesso à assistência médica e aos serviços de saúde e engloba o conjunto de políticas públicas que visam à melhoria de condições de vida da população.

Na Resolução 338/2004 (8) o acesso aos serviços de saúde é significado como equivalente à assistência farmacêutica – “a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, inclui, necessariamente, a Assistência Farmacêutica” (8) – que por sua vez, tem “o medicamento como insumo essencial e visa ao acesso e ao seu uso racional” (8). Assim, na PNAF a universalidade é invocada enquanto princípio doutrinário do SUS para sustentar discursivamente o acesso universal ao medicamento.

**Equidade:** De acordo com a Lei 8.080 (80), a equidade significa “assegurar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que o caso requeira, more o cidadão onde morar, sem privilégios e sem barreiras”. É definida como igualdade no acesso a serviços e ações de saúde no artigo 196 da Constituição Federal (79). O princípio da equidade assegura que a disponibilidade de serviços de saúde considere as diferenças entre os grupos populacionais e indivíduos, de modo a priorizar aqueles que apresentam maior necessidade em função de situação de risco e das condições de vida e saúde. Nesse sentido, significa um princípio de justiça social buscando corrigir iniquidades sociais em saúde.

O princípio doutrinário da equidade é mencionado duas vezes na Resolução 338/2004 (8): 1ª) “A Política Nacional de Assistência Farmacêutica é parte integrante da Política Nacional de Saúde (...) garantindo os princípios da universalidade, integralidade e **equidade**” e 2ª) a garantia de acesso e **equidade** às ações de saúde, inclui, necessariamente, a Assistência Farmacêutica”.

A partir de uma perspectiva discursiva, entendemos que os três princípios doutrinários do SUS configuram ao mesmo tempo uma memória discursiva para a PNAF e sua legitimação-estabilização-evidência. Explicitaremos mais detalhadamente no capítulo a seguir – quando empreendermos a análise da PNAF – o funcionamento da memória discursiva no que se refere aos princípios do SUS.

**Integralidade:** é um princípio do SUS compreendido a partir da Lei 8.080 (80), “como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Na PNAF, o princípio da Integralidade comparece juntamente com os demais princípios doutrinários do SUS, a serem garantidos pela referida política: “a Política Nacional de Assistência Farmacêutica é parte integrante da Política Nacional de Saúde (...) garantindo os princípios da universalidade, **integralidade** e equidade” (8). A integralidade também comparece na PNAF na definição do que seria a atenção farmacêutica: “Esta interação [do farmacêutico com o usuário] também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da **integralidade** das ações de saúde” (8).

Compreendemos que – no que se refere à integralidade – a PNAF se filia a uma rede de sentidos que é explicitada por Paim (84) (p. 69), para quem a integralidade constitui um dos princípios e uma diretriz para a organização do SUS, em acordo com a Constituição Federal (79). O autor rememora também que a integralidade deriva de uma noção proposta pela chamada Medicina Integral (*Comprehensive Medicine*), que por sua vez, vincula-se a um movimento de ideias que gerou a proposta da Medicina Preventiva nas escolas médicas norte-americanas na passagem da década de 1940 para a de 1950 – discutido por Arouca (85) (p. 54). Arouca baseia-se em Foucault para apontar uma inconsistência no discurso da medicina preventiva numa sociedade capitalista: é o que ele chama de dilema preventivista. De acordo com essa perspectiva, as condições de produção da doença são sócio-historicamente determinadas pelo capitalismo.

Macedo e Martin (86) (p. 648) afirmam que o princípio doutrinário da Integralidade – assentado na Constituição Federal (79) – é articulador dos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS): aglutinando ações assistenciais e preventivas em quaisquer dos âmbitos de prestação de cuidado, do primário ao terciário. A organização do SUS sob os moldes de redes de atenção tem sido apontada – em estudos como os de Mendes (87) e o da OPAS com a OMS (88) – como estratégia para consolidação de todos os seus princípios doutrinários: universalidade, integralidade e equidade.

O Artigo 2º da Resolução 338/2004 (8) faz três referências aos níveis de atenção, quando afirma que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica deve englobar os seguintes eixos estratégicos: “II – manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, **nos diferentes níveis de atenção (...)**”; “III – qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, **nos diferentes níveis de atenção**”; “VIII – pactuação de ações intersetoriais que visem à internalização e o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS, **nos diferentes níveis de atenção**” (8).

De acordo com Mendes (87), os níveis de atenção são arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade (atenção primária à saúde), ao de densidade tecnológica intermediária (atenção secundária à saúde), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária à saúde). O autor defende que os níveis de atenção são fundamentais para o uso racional de recursos e economia de escala<sup>18</sup>.

Vamos nos deter um pouco mais na discussão sobre a integralidade, considerando que há uma dispersão de sentidos para essa noção constituindo a produção acadêmica da Saúde Coletiva, que conseqüentemente, contempla uma diversidade de sentidos atribuídos à integralidade. Nesse sentido, consideramos relevante trazer também discursividades acadêmicas que levantam questões e tecem críticas a determinadas concepções de integralidade, que entendemos serem pertinentes às condições de produção da PNAF.

Paim (84) (p. 143) constata na literatura recente um esforço de reflexão teórica, bem como pesquisas empíricas voltadas para o estabelecimento de critérios que contemplem a integralidade da atenção. Ele afirma que é possível perceber que os sistemas de serviços de saúde organizados na perspectiva da integralidade da atenção adotariam certas premissas: primazia das ações de promoção e prevenção;

---

<sup>18</sup> **Economia de escala:** ocorre quando os custos médios de longo prazo diminuem, à medida que aumenta o volume das atividades, e os custos fixos são distribuídos por um maior número dessas atividades. Assim, a concentração de serviços em determinado local racionaliza os custos e otimiza resultados quando os insumos tecnológicos ou humanos relativos a estes serviços inviabilizam sua instalação em cada município isoladamente. Na prática, os serviços de menor densidade tecnológica, como as Unidades Básicas de Saúde, são ofertados de forma dispersa, uma vez que se beneficiam menos da economia de escala. Por outro lado, os serviços com maior densidade tecnológica, que se beneficiam mais da economia de escala, tendem a ser mais concentrados (87).

garantia de atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica; a articulação das ações de promoção, prevenção, cura e recuperação; a abordagem integral do indivíduo e das famílias (84) (p. 110). Paim (84) adverte, porém, que caberia certa precaução e visão crítica no sentido de evitar que o redimensionamento conceitual possa resultar no esvaziamento teórico do próprio conceito, pois “se a integralidade fosse tudo, perderia seu potencial heurístico” (84) (p. 144).

Segundo Camargo Júnior (91) (p. 220), pode-se identificar, *grosso modo*, um conjunto de tradições argumentativas que desembocam nesse agregado semântico em torno da integralidade: de um lado, um discurso propagado por organismos internacionais, ligado às ideias de atenção primária e de promoção da saúde; de outro, a própria demarcação de princípios identificados em pontos esparsos da documentação oficial das propostas de programas mais recentes do Ministério da Saúde em nosso país; por fim, nas críticas e proposições sobre a assistência à saúde de alguns autores acadêmicos em nosso meio.

Camargo Júnior (91) (p. 221) afirma ainda que, em meio ao aglomerado de significados atribuídos à integralidade, ideias sedutoras como a “integralidade dos cuidados” e a similar preocupação com a “totalidade” trazem implicações indesejáveis para as quais usualmente não se atenta. Ele alerta que se deve interrogar se é possível, ou mesmo desejável, um tipo de atenção que se dirija à totalidade das necessidades do ser humano. Nesse sentido, segundo o autor, a contrapartida seria o risco de um grau de controle sem precedentes, de perda de autonomia, uma medicalização também integral. Para ele, o termo Integralidade deve ser tomado não como um conceito, mas como um ideal regulador, um devir. Algo como o ideal de objetividade para a investigação científica, impossível de ser plenamente atingido, mas do qual constantemente buscamos aproximar-nos.

O referido autor (91) (p. 223) aponta uma contradição entre a integralidade das ações de saúde e o interior dos elementos constituintes do Complexo Médico-Industrial. Segundo o autor (91), o modelo teórico-conceitual que articula o Complexo Médico-Industrial – o da biomedicina – é um obstáculo epistemológico claro às propostas de integralidade. Assim, para ele, a ênfase nos aspectos biológicos, a perspectiva fragmentada e fragmentadora, a hierarquização explícita de saberes são quase que programaticamente opostos às ideias agregadas sob o rótulo “integralidade”. Além disso, Camargo Júnior (91) (p. 224) faz referência também aos

obstáculos sociais e institucionais. Ele cita os médicos como exemplo, uma vez que eles têm uma formação profissional que ainda supõe a prática liberal individual, privada, como horizonte maior. Em decorrência desse horizonte, o trabalho nas áreas ambulatoriais não especializadas e/ou programas de saúde da família são vistos como tarefas “menores”, desvalorizadas pela corporação. Práticas concretas, portanto, também se opõem aos modelos ideais de integralidade, de acordo com essa perspectiva. Finalmente, nos perguntamos se nesse embate de significações, a integralidade não permitiria a estabilização do acesso a todo e qualquer medicamento de modo a garantir o acesso integral à saúde.

Prosseguimos em nossa reflexão sobre questões constitutivas do SUS que fundamentam a enunciação da PNAF. Outro aspecto importante que julgamos relevante explicar é o conjunto de princípios organizativos do SUS, que comparecem também na formulação da Resolução (8).

**Os princípios organizativos do SUS** incluem: a descentralização, a regionalização e hierarquização do sistema e a participação e o controle social. Esses princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde, possibilitando o direito a todos, independentemente de contribuir ou não para a previdência ou outros pré-requisitos, organizando-se de modo descentralizado, de modo a facilitar o acesso e a participação dos cidadãos nas decisões e nos rumos da política de saúde. Voltamos a enfatizar, quanto a isso, o **acesso** aos medicamentos como um lugar discursivo estruturante e, ao mesmo tempo e por isso mesmo, a universalidade funcionando de forma constitutiva; ao lado de nossa ênfase sobre o controle social, a participação, as articulações dentro da sociedade, as relações de força e de sentido, que promovem determinadas direções de sentido ao SUS e, em nosso caso particular, à PNAF.

Consideramos relevante recordar que “acesso a ações e serviços de saúde” é uma formulação que se estabilizou como fundadora do SUS, como um pré-construído do SUS – que comparece na Constituição Federal (79) e na Lei 8.080 (80) – e que, portanto, legitima a PNAF. As condições de produção da Política Nacional de Assistência Farmacêutica – fundamentadas de um lado pelo SUS e do outro pela medicalização e pela medicamentação – ressignificam o “acesso à saúde”, possibilitando que “acesso a medicamento” seja uma metáfora do “acesso à saúde”.

Cabe ressaltar, mais uma vez, que esse processo de significação comparece na formulação da PNAF e não se estende à totalidade do ordenamento jurídico do SUS.

**Descentralização:** este princípio organizativo do SUS é entendido como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os três níveis de governo: federal, estadual e municipal (81).

A Lei 8.080, referenciada na Resolução 338/2004 (8), estabelece a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na municipalização e na regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (81). Na própria Resolução 338/2004 (8) o princípio da descentralização comparece em um dos eixos estratégicos que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica deve englobar: “**descentralização** das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados”.

Segundo Vasconcelos e Pasche (92) essa descentralização busca superar

a desarticulação entre os serviços e construir a coordenação das ações sob direção de um único gestor em cada espaço político-institucional – o secretário municipal no âmbito do município, o secretário estadual no âmbito do estado e o ministro da saúde no âmbito da União (92) (p. 135).

Roncalli (83) (p. 156) afirma que a descentralização – com ênfase na municipalização da gestão dos serviços de saúde – constitui-se em uma mudança significativa do sistema de saúde proposto pelo movimento da reforma sanitária brasileira e parte do pressuposto de que a realidade local é a determinante principal para o estabelecimento de políticas de saúde. Aguiar (93) (p. 210) destaca, entretanto, que a descentralização não se esgota na municipalização e que deve ser seguida de uma organização regionalizada e hierarquizada para maior integração da rede de serviços, levando-se em consideração as necessidades e realidades locais e regionais.

**Regionalização e hierarquização do sistema:** A regionalização refere-se à forma de organização do sistema de saúde com base territorial e populacional proposta pela Constituição Federal (79) e pela Lei 8.080 (80) e visa a uma adequada distribuição de serviços para a promoção da equidade de acesso, otimização dos recursos e racionalidade dos gastos (92).

Na Resolução 338/2004 (8) o princípio da regionalização comparece em outro eixo estratégico que a Política Nacional de Assistência Farmacêutica encampa: “manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, **considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS**”.

O princípio da hierarquização diz que o sistema de saúde deve organizar-se por níveis de atenção de complexidade crescente com fluxos assistenciais estabelecidos entre os serviços, de modo a garantir assistência integral e resolutiva à população. De acordo com a Lei 8.080 (80), o acesso da população à rede deve iniciar-se pelo serviço de atenção básica que deve estar qualificado para atender e resolver os principais problemas de saúde que chegam nesse nível. Os casos que não forem resolvidos nesse nível devem ser referenciados para outros serviços que possuam maior complexidade tecnológica.

**Participação e controle social:** Segundo a mesma Lei (80), é a garantia constitucional de que a população – por meio de suas entidades representativas – participará do processo de formulação das políticas públicas de saúde, do controle e de sua execução, em diversos níveis, desde o local até o federal. Essa participação pressupõe a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e dos serviços, estimulando a comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema (80).

De acordo com Roncalli (83) (p. 205), o controle social representa a corporificação do processo de redemocratização brasileira no que diz respeito às políticas públicas e foi o princípio constitucional mais combatido após a aprovação da Carta Magna que culminou no seu veto pelo Presidente Fernando Collor de Mello na Lei 8.080 (80), que regulamentaria esse princípio. Somente com a Lei 8.142 (81), que resultou do enfrentamento e articulação da sociedade civil, é que a questão da participação social no SUS foi regulamentada. A partir da referida Lei, o SUS passou a contar – em cada esfera do governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo – com as seguintes instâncias colegiadas: a conferência de saúde e os conselhos de saúde (80). De acordo com Bernardes (95), essa Lei consolida a garantia de um importante espaço público de controle social, mediante a participação da sociedade nos conselhos e nas conferências de saúde de modo a influenciar na gestão pública

em relação à elaboração, ao controle e à fiscalização das políticas públicas (95) (p. 323).

Os Conselhos de Saúde representam instâncias de participação popular de caráter deliberativo sobre os rumos das políticas públicas de saúde nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal). De acordo com a Lei 8.142 (81), os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo, com a função de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros; suas decisões devem ser homologadas pelo poder executivo, em cada esfera de governo (81).

A composição paritária do Conselho de Saúde não foi definida pela Lei 8.142 (81). Esse aspecto foi proposto pela Resolução 333/1992 do Conselho Nacional de Saúde e ratificada pela Resolução 333/2003 e nas recomendações da 10<sup>a</sup> e 11<sup>a</sup> Conferências Nacionais de Saúde. A paridade estabelecida preconiza que 50% dos conselheiros devem ser representantes do segmento dos usuários e os outros 50% dos conselheiros devem ser constituídos por representantes do segmento dos trabalhadores da saúde (25%) e do segmento dos gestores e prestadores de serviços (25%) (96) (p. 48).

Frutuoso (97) (p. 98) ressalta que em nenhum momento o conselho substitui as funções operacionais de gestão. Segundo o referido autor (97) a ausência de definição clara dessas competências tem ocasionado conflitos entre gestores e conselheiros, fragilizando o controle social e o próprio SUS. Frutuoso (97) (p. 97) lembra ainda que os Conselhos e as Conferências de Saúde têm sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovado pelos respectivos Conselhos. O autor adverte que aos conselhos cabe, portanto, avaliar e aprovar os planos de saúde e as condições objetivas para seu cumprimento, de acordo com as diretrizes expressas pela respectiva Conferência de Saúde:

**A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde (81) (grifos nossos).**

O referido autor (97) afirma que há análises que indicam a necessidade de revisão do processo de Conferências. Ele assevera que, embora mantendo a

regularidade das suas realizações, a complexidade da sociedade e a mudança de alguns paradigmas, aliadas à necessidade crescente, em quantidade e complexidade, da sociedade, revelam perda de identidade das propostas com os reais interesses do coletivo social e, cada vez mais, representam a vontade de determinados grupos sociais ou políticos. Segundo o referido autor, a comparação entre a VIII e a XIII Conferência corrobora essa afirmação, pois aquela, com apenas 49 resoluções/recomendações, teve importância histórica, ao contrário da última, com suas 857 resoluções/recomendações.

O estudo feito pelo CONASS (98) oferta a possibilidade de compreender a dimensão do problema:

**Essa crescente pulverização das deliberações**, que abrange praticamente todo o espectro de ações implementadas pelo sistema, **torna difícil a identificação das diretrizes que devem orientar a política de saúde e não permite identificar as prioridades** (98) (grifos nossos).

Até o ano de 2005 todos os municípios brasileiros tinham criado seus conselhos de saúde totalizando, aproximadamente, 70.000 conselheiros, dos quais cerca de 35.000 participantes eram representantes dos usuários do SUS, formalizando assim a mais abrangente rede de instâncias participativas do país (96) p. 53). Aguiar (93) ressalta que apesar dos avanços consideráveis, o funcionamento dos conselhos de saúde ainda representa um grande desafio, especialmente devido a prática autoritária e clientelista que marca a gestão das políticas no Brasil, inclusive do SUS, implicando dificuldades e obstáculos que comprometem sua legitimação e eficácia (93) (p. 87). A nosso ver, o princípio organizativo do controle social – com os conselhos, conferências e suas composições – promove, em termos de objetivo, a democratização das decisões em torno da saúde pública. Simultaneamente, permite o *lobby*, as relações de força desiguais se instalarem de modo legítimo.

Já havia uma relação de força desigual da indústria farmacêutica que impunha o medicamento ao SUS. Tanto que, segundo Sancho et al. (99), a importância do fármaco, no âmbito do SUS, pode ser percebida neste recorte em que Sônia Fleury aborda a importância dos medicamentos nos debates parlamentares que antecederam a 8ª Conferência Nacional de Saúde<sup>19</sup>:

---

<sup>19</sup> Frutuoso (97) (p. 92) recorda que em 1986, com o fim da ditadura, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco histórico da Reforma Sanitária Brasileira, que segundo Paim (102) foi estruturada sob três eixos –

(...) na área de medicamentos nós não conseguimos avançar nada. Todos os grupos que participavam da Plenária eram favoráveis a incluir maior controle, a questão dos genéricos, e eu me lembro que o relator da Constituição retirou o item sobre os medicamentos, alegando que havia recebido um telegrama da Abifarma e considerou que isso não tinha importância. Ou seja, **esses que eram os mais poderosos sequer nós os enfrentávamos (...) nem apareciam, mandavam telegrama ou faziam o lobby deles sequer nos enfrentando – os grandes poderosos da área de medicamentos, saúde do trabalhador – tudo isso nós perdemos (100) (p. 123, grifos nossos).**

Tendo contemplado as questões que consideramos atinentes ao funcionamento do SUS que permitem a formulação da PNAF, passaremos, então, ao próximo capítulo em que analisaremos a Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

---

saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde –, que consolidou as ideias da reforma sanitária e definiu as bases do novo sistema de saúde para o Brasil. Frutuoso (97) (p. 92) lembra ainda que a Constituição de 1988 (77) amparou as propostas consistentes do ponto de vista doutrinário e estratégico e fez nascer o SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população.

## CAPÍTULO 4: ANÁLISE DISCURSIVA

### 4.1 A Assistência Farmacêutica no SUS

Nesta parte da tese, queremos trazer questões específicas sobre a Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde que constituem a Resolução 338/2004 (8). Ao fundamentar nosso gesto de análise, consideramos relevante explicitar conceitos que comparecem na Resolução, tais como: Assistência Farmacêutica, Atenção Farmacêutica, Medicamentos, Uso Racional de Medicamentos, Medicamentos Essenciais e Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Neste ponto de nosso trabalho fazemos uma transição: partimos das condições de produção da PNAF (que abordamos no capítulo anterior) e voltamos nosso olhar para o modo como a Assistência Farmacêutica é textualizada enquanto uma política do SUS, iniciando já nosso gesto de análise, sustentado na materialidade da Resolução (8).

De acordo com a Resolução, a **Assistência Farmacêutica** deve ser compreendida como “**política pública norteadora para a formulação de** políticas setoriais, entre as quais destacam-se as **políticas de medicamentos**” (8).

Segundo Alencar (101) (p. 20), no final da década de 1980 – e como resultante das discussões produzidas pela categoria farmacêutica em articulação aos debates do movimento sanitário – houve um movimento para que a questão do medicamento fosse entendida como um componente mais amplo, definido como assistência farmacêutica. Segundo a autora (idem), essa passou a ser, então, uma questão mais abrangente que agregou – além dos aspectos relativos à produção, distribuição, qualidade e disponibilidade – elementos relativos ao uso racional e às atividades farmacêuticas. Alencar (101) (p. 20) ressalta que a expressão assistência farmacêutica aparece na Lei Orgânica nº 8.080 (80). A referida autora observa que ao longo do tempo essas expressões passaram a ser referidas ora como sinônimas, ainda que se restringissem a ações voltadas exclusivamente ao componente medicamento, ora no sentido mais amplo, conforme defendido naquele momento. Ela compreende que essa distinção não é meramente técnica, mas também política. Por esse motivo, a autora optou por utilizar em sua tese a expressão “questão medicamentos/assistência farmacêutica” (questão MAF) e não apenas uma ou outra.

O item IV do 1º artigo da Resolução 338/2004 (8) estabelece uma relação entre a **Assistência Farmacêutica** e a **Atenção Farmacêutica**: “as ações de **Assistência Farmacêutica** envolvem aquelas referentes à **Atenção Farmacêutica**, considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da **Assistência Farmacêutica** e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde” (8).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (103), a mudança de foco dos serviços farmacêuticos nos últimos anos oportunizou o surgimento – na década de 1990 – do conceito de **atenção farmacêutica**, que prioriza as necessidades do paciente no desenvolvimento de práticas profissionais. Jaramillo e Cordeiro (104) (p. 32) afirmam que o alcance da atenção farmacêutica tem sido objeto de muita controvérsia nos países da região das américas, havendo aqueles que consideram que ela só é exercida quando o farmacêutico atende a um paciente de forma individual para resolver problemas relacionados com medicamentos, e aqueles que, conforme recomendação da OMS, preferem estender o caráter de beneficiário das ações do farmacêutico ao conjunto de usuários do sistema de saúde.

Ev e Gonçalves (105) (p. 125) recordam que na década de 1980, muitos farmacêuticos sentiam que as mudanças desencadeadas pelo movimento da farmácia clínica – no sentido de buscar novas formas de aplicar o conhecimento em benefício da sociedade e minimizar os problemas acarretados pelo uso incorreto de medicamentos – não tinha sido suficiente. Compreenderam então que seria necessário promover um padrão de prática que incluísse a determinação das necessidades medicamentosas de determinado indivíduo e a provisão não somente do medicamento, mas também de serviços necessários para assegurar um tratamento efetivo, tendo em vista a qualidade de vida do paciente sob a responsabilidade do farmacêutico atuando junto com equipe multidisciplinar. A esse campo de prática denominou-se Atenção Farmacêutica (AtenFar) (Hepler & Strand (106), definida em dois momentos de forma complementar. Em 1990, Hepler e Strand a definiram como “a provisão responsável de terapia medicamentosa com o propósito de obter resultados definidos que melhorem a qualidade de vida dos pacientes” apud OPAS & OMS (8) (p. 13); em 2004, Cipolle, Strand e Morley a definiram como “uma prática

centrada no paciente, na qual o profissional assume a responsabilidade pelas necessidades do paciente relacionadas com os medicamentos e responde por este compromisso” (107) (p. 116).

No Brasil, em 2002 foi publicada uma proposta de consenso, posteriormente adotada na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), em que a AtenFar é definida como:

um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (108) (p. 16-17) (8).

Ev e Gonçalves (105) (p. 126) relatam que as estratégias apresentadas na proposta do Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica, na 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF) – realizada em Brasília, no ano de 2003 – foram apresentadas e aprovadas mais de vinte propostas relativas à prática da AtenFar, entre as quais a de “inserção e regulamentação da Atenção Farmacêutica no SUS”. Com essa aprovação, a definição de atenção farmacêutica apresentada no consenso passou a fazer parte da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), publicada em 2004.

A PNAF traz uma determinada definição do escopo da Assistência Farmacêutica, para a qual o medicamento é insumo essencial: “a **Assistência Farmacêutica** trata de **um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial** e visando ao acesso e ao seu uso racional” (8).

Em nosso gesto de análise compreendemos que a Resolução 338/2004 (8) filia-se a uma rede de sentidos – construída historicamente – em que o medicamento é significado como insumo essencial. Osório-de-Castro et al. (109) (p. 51) estão entre os muitos autores que compreendem que “**medicamentos são bens essenciais** porque salvam vidas e promovem a melhoria das **condições de saúde das pessoas e populações**, mediante sua ação na **prevenção, na cura ou no controle das**

**enfermidades**". Nessa perspectiva, os referidos autores defendem que "o acesso a medicamentos é um elemento chave para a realização plena do **direito à saúde e à vida**" (109). Note-se que o direito à saúde e à vida consta na Declaração Universal dos Direitos Humanos, elaborada na Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU) de 1948 (110). De nosso lugar teórico, entendemos que, historicamente, os direitos à vida e à saúde – defendidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos – foram se estabilizando como equivalentes ao acesso a medicamentos, resultando no efeito de evidência que comparece também na Resolução 338/2004 (8).

Osório-de-Castro et al. (109) (p. 52) ressaltam que, diferentemente de outras tecnologias em saúde, é bastante comum que o medicamento seja demandado fora do processo de cuidado em saúde, sendo muito frequente a busca por decisão própria – ao contrário do que ocorre com exames laboratoriais ou de imagem, por exemplo. Assim, os referidos autores afirmam – e concordamos com eles – não ser qualquer tipo de acesso aos medicamentos que deva ser promovido pelas políticas públicas, considerando que uma avaliação distorcida da necessidade pode levar o usuário a buscar um medicamento, que não só não resolverá o seu problema de saúde, como o espoliará de seus recursos ou agravará a sua condição clínica. Segundo os autores, há um hábito da população em geral: buscar a solução para sintomas, e não a abordagem de causas.

No que se refere às afirmações feitas por Osório-de-Castro et al. (109), gostaríamos de salientar que, discursivamente, não compreendemos essa questão em termos de "hábito da população" porque entendemos que esse gesto da população "buscar a solução para sintomas e não a abordagem de causas" faz parte de um processo complexo em que é preciso levar em consideração que a própria prática clínica – já afetada pelo processo de medicalização – trabalha preponderantemente numa dinâmica em que se busca solução para sintomas ao invés da abordagem de causas dos adoecimentos.

A "promoção do **uso racional de medicamentos**, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo" (8) também é um dos eixos estratégicos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

O Uso Racional de Medicamentos (URM) é assim definido na Política Nacional de Medicamentos (PNM):

o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período indicado, de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (111).

Osório-de-Castro et al. (109) (p. 60) baseiam-se nesse conceito para afirmar que estão envolvidos no URM: o Ministério da Saúde, a Anvisa (como autoridade reguladora) e a própria indústria farmacêutica, responsáveis pela disponibilidade de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade. De acordo com os autores, os gestores da área da saúde devem propiciar o acesso adequado a esses medicamentos onde sejam necessários; compete aos prescritores diagnosticar e prescrever corretamente; aos farmacêuticos, dispensar os medicamentos, orientar quanto ao seu uso e acompanhar os resultados dos tratamentos; a participação e responsabilidade dos profissionais de enfermagem e cuidadores em geral - além dos próprios usuários - são fundamentais para que os benefícios terapêuticos possam ser atingidos com menores riscos e menores custos.

Os referidos autores (109) recordam que o uso da expressão URM se inicia pela adoção do conceito de Medicamentos Essenciais (ME), estabelecido nos anos 1970, quando o mundo ocidental vivia o resultado do *boom* da indústria farmacêutica ocorrido desde a década anterior, com o número de novas moléculas, falsas inovações (moléculas semelhantes, *me too*) e especialidades variadas crescendo vertiginosamente, causando confusão e insegurança no contexto da saúde, elevando gastos e aprofundando desigualdades no acesso a medicamentos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde

**Medicamentos essenciais** são aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população. São selecionados levando-se em consideração as doenças prevalentes, a segurança e eficácia e a relação custo/efetividade comparativa, devem estar sempre disponíveis nos serviços de saúde, a todo momento, em quantidades adequadas e formas farmacêuticas apropriadas, com qualidade assegurada e a um preço que o indivíduo e a comunidade possam pagar (108).

Vale ressaltar que há uma deriva entre “ser essencial” significar ser parte de um conjunto de medicamentos que devem ser assegurados para aquilo que se sustenta em um processo de equivalência entre remédio e saúde, em que “ser essencial” significa todo e qualquer medicamento enquanto essencial à vida, à saúde. O que permite, inclusive, para muitos ser inconcebível sair de uma consulta sem um remédio prescrito.

Segundo Osório-de-Castro et al. (109) (p. 60) o desenvolvimento de critérios para a seleção de medicamentos – e a elaboração de uma lista modelo pela OMS, publicada pela primeira vez em 1975 – foi concebido como parte de uma política focalizada nos países em desenvolvimento, nos quais as dificuldades na promoção do acesso a medicamentos eram maiores. Os autores ressaltam que, desde o início, essa política sofreu o boicote da indústria farmacêutica e de grande parte dos prescritores, que argumentavam que a referida política prejudicava o acesso dos pacientes a inovações e a melhores alternativas terapêuticas.

A implementação de listas de ME é uma estratégia estruturante para a promoção de URM, conforme Osório-de-Castro et al. (109). Os referidos autores afirmam que o ideal é que a lista oriente o registro, a produção e a comercialização de medicamentos no país, e sobretudo que determine a prescrição de medicamentos, particularmente no sistema público de saúde. A “utilização da **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)**, atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica” (8) é um dos eixos estratégicos da Resolução 338/2004 (8).

À época, Bonfim (112) (p. 7) analisou a situação do registro de fármacos novos e pontuou mudanças que permitiriam a aprovação de produtos com melhor segurança e eficácia, contribuindo assim para o uso racional de fármacos em geral. O autor realizou uma pesquisa de documentos do Ministério da Saúde – em especial da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – e a bibliografia no campo da regulação relativa ao registro de produtos farmacêuticos. Ele identificou produtos farmacêuticos novos em geral registrados no país dentre os anos de 1999 a 2004, sob três categorias: produtos novos (e adicionais ao grupo terapêutico), indicações terapêuticas novas, combinações (associações) novas. O referido pesquisador concluiu que o atual sistema de registro acolheu expressivo número de indicações terapêuticas novas e de combinações, além de produtos adicionais a um grupo terapêutico, atendendo assim, aos interesses de mercado e sem que existisse necessariamente correspondência com as necessidades do Sistema Único de Saúde. Por isso, em sua perspectiva (112) é indispensável melhorar a articulação com atividades da regulação farmacêutica.

Bonfim participou da produção de um artigo mais recente, no qual Yamauti et al. (113) (p. 976) recordam que a cada dois anos a Organização Mundial da Saúde

revisa o elenco de medicamentos contido na Lista Modelo de Medicamentos Essenciais. Os autores ressaltam que, em 2012, o Ministério da Saúde (MS) do Brasil adotou um conceito de medicamento essencial diferente do proposto pela OMS e divulgou que “medicamentos essenciais são aqueles definidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para garantir o acesso do usuário ao tratamento medicamentoso” (114).

Ainda segundo Yamauti et al. (113) (p. 980) a RENAME 2013 deixou de ter características de uma lista de medicamentos essenciais e passou a ter aquelas de uma lista positiva, pois a seleção de fármacos que compunham a RENAME até 2011 – que utilizava a lógica da OMS, instituída em 1977 – foi modificada para uma seleção disposta em vários componentes de blocos de financiamento da assistência farmacêutica no SUS (115). De acordo com Yamauti et al. (113), a nova concepção de medicamento essencial, adotada pelo governo brasileiro, descaracteriza o conceito do que é essencial – uma vez que relega a segundo plano a seleção de medicamentos essenciais com base na melhor evidência disponível – e afeta também a proposta de tratamentos farmacológicos disciplinados por formulários terapêuticos nacionais, assim como protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. Por isso os referidos autores concluem – em consonância com Santos-Pinto et al. (116) – que a ideia do uso racional de medicamentos tornou-se secundária em razão da incorporação de produtos influenciada por demanda, em que o governo passou a financiar produtos para além da essencialidade.

Depois de termos explanado questões relevantes ao funcionamento da Assistência Farmacêutica no SUS que permitem a formulação da PNAF, concluímos este capítulo no qual discorremos sobre as condições que permitiram a emergência da Política Nacional de Assistência Farmacêutica.

O movimento de intertextualidade<sup>20</sup> relaciona a Resolução 338/2004 (8) com os textos que a sustentam, trazendo para o nosso arquivo os seguintes documentos (que ora apresentamos em ordem cronológica – e não na ordem em que

---

<sup>20</sup> Segundo Indursky (117) (p. 78): “As relações intertextuais relacionam um texto com outros textos. Estamos aqui face ao que já estamos habituados a nomear de intertextualidade. Entendo por intertextualidade a retomada/releitura que um texto produz sobre outro texto, dele apropriando-se para transformá-lo ou assimilá-lo. Dito de outra forma, o processo de intertextualidade lança o texto a uma origem possível. Deslocando esta noção, que nasce na literatura, para a Análise de Discurso, a intertextualidade aponta não somente para o efeito de origem de um texto, mas também para outros textos que ainda estão por surgir e que se inscrevem na mesma matriz de sentido”.

aparecem na referida Resolução – a fim de favorecer ao leitor a compreensão da análise que empreendemos): 1) as Leis Orgânicas da Saúde (8.080 e 8.142, ambas aprovadas no ano de 1990); 2) as deliberações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (que aconteceu em setembro de 2003); 3) as deliberações da 12ª Conferência Nacional da Saúde (que aconteceu em dezembro de 2003) e 4) a Ata da 142ª Reunião do Conselho Nacional de Saúde (que ocorreu em maio de 2004, quando a referida Resolução foi discutida e aprovada), que são textos que autorizam o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, inclusive para deliberar sobre a aprovação da Resolução 338/2004 (8).

#### **4.2 A Resolução 338/2004 que institui a PNAF: condições situacionais**

Pêcheux estabelece uma distinção entre as Condições de Produção em sentido amplo – consideradas enquanto um funcionamento histórico-social-ideológico e as condições de produção em sentido estrito: onde isso está sendo dito, por quem e para quem está sendo dito, quando está sendo dito. Dedicamo-nos, no capítulo anterior, às condições de produção em sentido amplo. É sobre as condições situacionais da PNAF que nos debruçamos no início deste capítulo.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica foi sancionada no início do primeiro mandato presidencial de Luiz Inácio Lula da Silva (nos anos de 2003 a 2006). Por essa razão, julgamos pertinente trazer algumas discursividades a respeito.

Segundo Paim (102) (p. 241), o início do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva foi visto com reservas por alguns segmentos do movimento sanitário, ainda que contasse com muitos dos seus quadros na equipe do Ministério da Saúde. De acordo com o autor, a área econômica mantinha a política monetarista do governo do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso e o Ministério da Saúde foi um dos setores que sofreu maior contingenciamento de recursos. Autores como Mendonça et al. (118), Teixeira e Paim (119) afirmam que, ainda assim, o primeiro ano do governo Lula (que foi o ano de 2003) encontrou no Ministério da Saúde um dos poucos espaços onde a equipe dirigente procurou construir políticas de saúde coerentes com o SUS, apesar das limitações orçamentárias.

Para Paim (102) (p. 242) o governo contemplou a gestão participativa, criando uma secretaria específica para tal função e nomeando Sérgio Arouca<sup>21</sup> como seu primeiro secretário. A expectativa era a de que a mobilização em torno da 12ª Conferência Nacional de Saúde propiciasse uma nova pactuação para o desenvolvimento do SUS, tensionando o governo a assumir propostas e compromissos mais progressistas.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde foi um evento importante que precedeu a aprovação da PNAF, pelo que consideramos digno de nota. A introdução da Resolução 338/2004 (8) faz menção direta às “deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde”.

De acordo com Paim (102) (p. 242), a realização da 12ª Conferência foi proposta por Sérgio Arouca, formulada desde o grupo de transição, ainda que ele não pudesse atuar pessoalmente em sua preparação, em virtude de seu falecimento em agosto de 2003. O autor recorda ainda que em agosto do ano anterior, ele tinha concedido uma entrevista em que afirmava:

**“Nós fizemos a Reforma Sanitária que criou o SUS, mas o núcleo dele desumanizado, medicalizado, está errado. Temos de entrar no coração desse modelo e mudar”** (120) (grifos nossos).

Noronha (121), Escorel e Bloch (122) relatam que o tema central da Conferência foi: “Saúde: um direito de todos e dever do Estado; a Saúde que temos, o SUS que queremos” e foi subdividido nos seguintes eixos temáticos: Direito à Saúde; A seguridade social e a saúde; A Intersectorialidade das ações de saúde; As três esferas de governo e a construção do SUS; A organização da atenção em saúde; Controle social e gestão participativa; O trabalho na saúde; Ciência, tecnologia e saúde; O financiamento da saúde; Comunicação e informação em saúde. Os autores recordam também que o Ministro da Saúde, Humberto Costa<sup>22</sup>, assumiu publicamente

---

<sup>21</sup> O sanitarista Sérgio Arouca foi um dos principais teóricos e líderes do chamado "movimento sanitarista", que mudou o tratamento da saúde pública no Brasil. Arouca é reconhecido por sua produção científica e a liderança conquistada na construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Foi presidente da Fiocruz em 1985, professor concursado da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), além de chefe do Departamento de Planejamento da Escola.

<sup>22</sup> Humberto Costa é quem homologa a Resolução 338/2004 (4), como Presidente do Conselho Nacional de Saúde e Ministro de Estado da Saúde. Ele foi Ministro da Saúde de 01/01/2003 a 08/07/2005.

o compromisso de acatar as recomendações da Conferência como base para as políticas de saúde.

Segundo Paim (102) (p. 242), a participação social em saúde ampliou-se no governo Lula, embora com limites e ambiguidades. O autor considera que, não obstante as conquistas na democratização do Estado no setor saúde, os conselhos parecem reproduzir os velhos problemas da política convencional, particularmente no caso em que partidos de sustentação do governo são os mesmos conselheiros: “há uma dificuldade no governo Lula, decorrente do fato de que grande parte da militância da saúde é composta por representantes de partidos que estão na base do governo” (Feghali *apud* Faleiros et al.) (123) (p. 246). O surgimento do “militante profissional de controle social”, atuando em vários conselhos para cumprir tarefas partidárias ou corporativas seria um outro sinal do mal-estar identificado na participação social do SUS. O controle social é uma questão central em nosso gesto de compreensão das condições de produção da Resolução 338/2004 (8). Por isso, vamos abordar mais profundamente essa questão do controle social, que é parte das condições situacionais da PNAF, por meio da Ata da Reunião do CNS que aprovou a Resolução.

#### **4.2.1 Ata da 142ª reunião do Conselho Nacional de Saúde**

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi apresentada pelo Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica, Norberto Rech<sup>23</sup>, e foi aprovada na 142ª reunião do Conselho Nacional de Saúde, tendo resultado na Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004 (8). Cabe recordar que – conforme explicitamos no capítulo anterior desta tese – o CNS é constituído pelo SUS (por meio das Leis Orgânicas de Saúde) e responde hierarquicamente ao Ministério da Saúde (MS); suas decisões devem ser homologadas pelo poder executivo. O Conselho deve

---

<sup>23</sup>Entre 2003 e 2004 atuou como gestor público junto ao Ministério da Saúde, nas funções de Secretário Adjunto de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos e, cumulativamente, como Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica. Entre 2004 e 2005 exerceu a função de Assessor Especial do Ministro de Estado da Saúde. Entre 2005 e 2009 exerceu a função de Adjunto do Diretor Presidente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), passando a exercer a função de Assessor Especial da Presidência da Anvisa entre os anos de 2010 e 2014. Entre os anos de 2011 e 2012 exerceu cumulativamente a função de Gerente Geral de Medicamentos da Anvisa. Possui graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1982) e mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1993). É professor do Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de Santa Catarina desde 1985. Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em Garantia e controle de qualidade de medicamentos, bem como no âmbito de políticas públicas de saúde, especialmente no campo da Assistência Farmacêutica. (Estas informações constam no Currículo Lattes de Norberto Rech, disponível em: <http://lattes.cnpq.br/4309275898498567>).

ser composto por representantes do segmento dos usuários, representantes do segmento dos trabalhadores da saúde, do segmento dos gestores e prestadores de serviços.

De acordo com a Ata da 142ª reunião do Conselho Nacional de Saúde, a referida reunião “realizou-se aos cinco e seis dias do mês de maio do ano de dois mil e quatro, no Auditório do Parlamento Mundial da Fraternidade Ecumênica, situado no SGAS 915, Asa Sul, Brasília, Distrito Federal” (17). Segundo a mesma Ata:

O Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, **Norberto Rech**, iniciou sua apresentação cumprimentando o Plenário e explicando que **apresentaria a Política de Assistência Farmacêutica**, bem como as ações do Ministério da Saúde para a sua implementação. Ressaltou que muitas das ações a serem apresentadas resultavam de processo de discussão envolvendo o Controle Social. Disse que o objetivo fundamental da Política de Assistência Farmacêutica era efetivar o acesso, a qualidade e a humanização da assistência farmacêutica com Controle Social. Além disso, **a Política de Assistência Farmacêutica deveria ser parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial**. Enfatizou que **a assistência farmacêutica** não poderia ser concebida como simples atendimento da demanda de medicamentos gerada nos serviços, mas sim como **parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo essencial**. Acrescentou que a assistência farmacêutica deveria fundamentar-se no conceito de acesso racional, sendo este uma concepção fundamentada na caracterização do **medicamento como instrumento essencial às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, desenvolvidas tanto no âmbito do setor público como privado de atenção à saúde, nos seus diferentes níveis de complexidade**. Ressaltou que **a assistência farmacêutica assumia caráter de política intersetorial que deveria nortear a formulação de políticas setoriais, dentre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, entre outras, garantindo a intersectorialidade inerente ao Sistema de Saúde do país (SUS) e cuja implantação envolvia tanto o setor público como privado de atenção à saúde**. Disse que Política foi elaborada a partir da concepção de que **a assistência farmacêutica envolvia desde o processo de pesquisa e desenvolvimento até o processo de acompanhamento das pessoas que utilizam medicamentos (...)** Prosseguiu destacando que uma das diretrizes necessárias à definição de uma política justa seria a formulação e implementação de uma **Política de Assistência Farmacêutica inserida na Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios de universalidade, integralidade e equidade (...)** Destacou a importante atuação do Ministério da Saúde no processo de realização da **1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**, que definiu as diretrizes a serem adotadas no País, a partir da busca de consensos entre os diferentes segmentos envolvidos, na perspectiva da **garantia do direito da população à assistência farmacêutica, enquanto parte integrante da política de saúde do Brasil (...)** Disse que a segunda grande diretriz da Política referia-se a necessidade de **modernizar e ampliar a capacidade instalada e de produção dos**

**Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, visando o suprimento do SUS e o cumprimento de seu papel como referências de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de fitoterápicos (...) definição e pactuação de ações intersetoriais que visem a utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com: respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados; embasamento científico; adoção de políticas de geração de emprego e renda; qualificação e fixação de produtores; envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica; e incentivo à produção nacional, com utilização da biodiversidade existente no País (...) qualificar os serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção; descentralizar ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras e superação da fragmentação em programas desarticulados.** Destacou também, como diretriz da Política de Assistência Farmacêutica, a necessidade de **construção de uma política justa de Vigilância Sanitária, que garantisse o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade e promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (...)** iniciar o processo de **revisão constante e periódica da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)** (...) Concluiu a apresentação, colocando-se à disposição para maiores esclarecimentos. (17) (linhas 290-314; 334-338; 351-355; 363-367; 394-399; 421-424; 476-479; 489-490; 554-555).

Vale ressaltar que a proposta de Rech para a PNAF foi integralmente aprovada pelo CNS. Destacamos em negrito as **palavras, expressões e sintagmas comuns entre a apresentação de Norberto Rech e a Resolução 338/2004** (recordamos que a mesma se encontra, na íntegra no Anexo 1). Optamos por utilizar esse recurso para colocar em relevo que, praticamente a totalidade do que foi apresentado por ele constituiu a formulação da Resolução.

É igualmente importante pontuarmos – em termos de condições situacionais – questões relativas à discussão da PNAF por parte daqueles que compunham o CNS. Ainda de acordo com a Ata (17), após a apresentação de Norberto Rech as questões colocadas pelos membros do Conselho referiam-se exclusivamente a medicamentos e houve somente uma abstenção na votação: “Após esses esclarecimentos, a Secretária-Executiva do CNS, Eliane Aparecida da Cruz, colocou em votação a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica foi aprovada com uma abstenção” (17) (Linhas 810-812). Assim, não houve oposição à aprovação da Resolução (8), tal qual foi apresentada.

A fim de explanarmos as questões sobre medicamentos levantadas antes da votação pelo plenário, apresentamos algumas das regularidades encontradas

nessa discussão, no quadro a seguir, em que trazemos os recortes com as colocações dos conselheiros ao discutir a Resolução. A forma material **medicamento** comparece com regularidade. Destacamos em negrito as ocorrências dessa forma material, para dar visibilidade ao fato de que ela comparece abundantemente. Também nos recortes a seguir queremos colocar em relevo a composição do CNS. Por isso, sublinhamos os segmentos/interesses representados pelos conselheiros:

<b>Quadro 2 – Presença da forma material MEDICAMENTO na Ata da 142ª reunião CNS na discussão da Resolução 338/2004 (8)</b>	
Linhas 555-560	Conselheira Neide Regina C. Barriguelli (...) Destacou que a Rede SUS distribuía os <b>medicamentos</b> da forma correta, em especial aqueles de alta complexidade. Entretanto, manifestou preocupação com o processo de revisão dos protocolos de <u>medicamentos de alta complexidade, o que poderia dificultar o acesso dos usuários a tais medicamentos.</u>
Linhas 560-568	Conselheiro Francisco Batista Júnior destacou que a falta de <b>medicamentos</b> era uma realidade de todos os estados do país e configurava-se em um dos mais graves problemas em relação à saúde da população brasileira. Citou também como graves problemas o fato de os <b>medicamentos</b> serem tratados como mercadorias, os estabelecimentos farmacêuticos serem vistos como comércios e mais de 1/3 da população ser vítima de intoxicação por <b>medicamento</b> . Endossou a Política de Assistência Farmacêutica, contudo, ressaltou a necessidade de ser melhor debatida.
Linhas 568-575	Conselheira Maria Natividade G. S. T. Santana (...) Indagou sobre quais seriam as estratégias para <u>diminuição do índice de produtos e insumos importados e como seria a taxaço dos medicamentos oriundos dos laboratórios públicos.</u> Por fim, propôs que o CNS elaborasse Resolução, manifestando apoio às diretrizes da Política de Assistência Farmacêutica e sua implementação.
Linhas 578-586	Conselheiro Carlos Alberto Ebeling Duarte destacou que o Brasil tinha condições de produzir <b>medicamentos</b> com qualidade e baixo custo no território nacional, mas, para isso seria necessário investir na área de pesquisa para produção de princípios ativos, evitando a dependência da importação de insumos. Destacou que, no momento em que a China e a Índia assinassem o Acordo da Tríplice, o Brasil não poderia mais comprar insumos, o que prejudicaria a produção de <u>medicamentos para patologias como a AIDS, hipertensão, tireoide, câncer, entre outras.</u> (...)perguntou quais seriam as estratégias para enfrentar tal questão e como se daria o debate relativo à <u>Lei de Patentes para fabricação de medicamentos de melhor qualidade e de baixo custo no Brasil.</u>
Linhas 589-593	Conselheira Nildes de Oliveira Andrade ressaltou que na 1ª Conferência de Medicamentos e

	Assistência Farmacêutica foi apresentada a proposta de <u>garantir aos portadores de doença celíaca os <b>medicamentos</b> que fazem parte do protocolo terapêutico (...)</u> perguntou qual a posição do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde sobre a questão.
Linhas 593-598	Eni Carajá Filho cumprimentou o Diretor do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/MS pela apresentação, destacando que a Política de Assistência Farmacêutica foi elaborada a partir das diretrizes da 1ª Conferência de <b>Medicamentos</b> e Assistência Farmacêutica. <u>Comentou sobre a falta de <b>medicamentos</b> para hanseníase nos municípios e, nessa linha, solicitou maior fiscalização do processo de distribuição dos <b>medicamentos</b> do exterior que chegam ao Brasil.</u>
Linhas 600-604	Conselheira Marisa Fúria solicitou maiores esclarecimentos sobre como se daria a mudança na Portaria que contempla <b>medicamentos</b> psiquiátricos, de forma a <u>garantir a destinação de <b>medicamentos</b> aos portadores de autismo.</u> Registrou, ainda, a necessidade de <u>aumentar o recurso destinado a <b>medicamentos</b> cobertos na atenção hospitalar (autorização da internação hospitalar e oncológicos).</u>
Linhas 607-611	Conselheiro Rogério Carvalho Santos chamou a atenção para a dificuldade de interação com o setor da indústria de <b>medicamentos</b> e do sistema de intermediação do comércio de <b>medicamento</b> . Nessa linha, <u>manifestou apoio à Política de Assistência Farmacêutica,</u> que tratava de forma abrangente tais dificuldades, apontando estratégias de incentivo à produção, quebra de patentes, investimento em pesquisa, entre outras.
Linhas 613-619; 624-625	Conselheira Maria Eugênia C. Cury, Presidente da Federação dos Farmacêuticos, manifestou o apoio da categoria dos farmacêuticos à Política de Assistência Farmacêutica apresentada, porque atendia a uma demanda antiga da sociedade e tinha como base as diretrizes da 1ª Conferência de <b>Medicamentos</b> e Assistência Farmacêutica. Disse que a Política apontava diretrizes estruturantes que auxiliariam na solução de problemas do cotidiano como o <u>acesso a <b>medicamentos</b> essenciais e de alto custo e, a médio e longo prazo, para a reversão da lógica do <b>medicamento</b> como mercadoria (...)</u> Por fim, perguntou como seria tratada a questão <u>dos <b>medicamentos</b> para obesidade no âmbito da Política de Assistência Farmacêutica.</u>
Linhas 625-627; 630-632	Secretário de Atenção à Saúde/MS, Jorge José Santos Pereira Solla, cumprimentou a equipe da Secretaria de Ciência e Tecnologia e do Departamento de Assistência Farmacêutica pela proposta da Política de Assistência Farmacêutica para o SUS (...) Comentou também sobre os <u><b>medicamentos</b> excepcionais, explicando que o Ministério da Saúde possuía mecanismos de atualização de protocolos e indicações, no entanto,</u>

	<u>seria necessário aumentar as ações de regulação, controle, avaliação e auditoria.</u>
Linhas 644-649	Conselheira Zilda Arns Neumann manifestou-se favorável à implementação da Política de Assistência Farmacêutica (...) <u>Perguntou se a Política previa investimentos na área de pesquisa de matéria-prima para a produção de <b>medicamentos</b>, de forma a garantir suficiência do país na produção de insumos.</u> Por fim, chamou a atenção para a importância da participação da FIOCRUZ no processo de definição da Política.
Linhas 669-674	A Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Maria Luiza Jaeger, destacou que a proposta de Política Nacional de Assistência Farmacêutica configurava-se em momento histórico na implementação do SUS. Ressaltou que a Política tratava desde a produção de <b>medicamentos</b> no país até a sua distribuição, bem como a forma de intervenção do Estado Brasileiro no setor, e <u>permitiria aos usuários o acesso à assistência farmacêutica com qualidade.</u>
Linhas 682-685	Conselheira Lílian Aliche cumprimentou a equipe responsável pela definição da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, todavia, <u>manifestou preocupação com a parcela da população portadora do mal de Alzheimer, de baixa renda, que <b>tinha de utilizar medicamentos não incluídos nos protocolos do SUS.</b></u>

Fonte: elaborado pela autora

Como podemos observar, o medicamento – estar ou não disponível, seu valor, estar ou não na lista, ser mais simples ou mais complicado obtê-lo – é o centro das preocupações expressas nas colocações. Outro aspecto relevante relacionado a essa centralidade, e que também faz parte das condições de produção, é a composição do Conselho: com notável representação de grupos de pacientes que são consumidores de fármacos para uso crônico (usuários de medicamentos de alta complexidade, usuários de produtos e insumos importados, usuários de medicamentos oriundos dos laboratórios oficiais, portadores de doença celíaca, portadores de hanseníase, usuários de medicamentos psiquiátricos, portadores de autismo, usuários de medicamentos para obesidade e portadores do Mal de Alzheimer).

Compreendemos, então, que há uma interpelação dos conselheiros enquanto consumidores de medicamentos, considerando que essa injunção está colocada para toda a sociedade contemporânea, uma vez que a forma-sujeito capitalista é interpelada em consumidor. Neste caso, os conselheiros são interpelados enquanto consumidores da saúde, significada pelo medicamento enquanto objeto

necessário e a própria materialização da saúde, de acesso à saúde. Conforme explicitamos na página 31 desta tese, compreendemos o medicamento enquanto um objeto que se faz necessário pelas injunções político-ideológicas na história. Cumpre destacar, porém, que essa interpelação dos conselheiros enquanto consumidores de medicamentos integra um processo complexo no qual é necessário considerar que a prática clínica – afetada pela medicamentação – busca primordialmente no medicamento a solução para sintomas, ao invés de visar a abordagem das causas dos adoecimentos.

Para compreender esse processo de significação, talvez uma pergunta importante seja: quais as determinações que levam o consumo a fazer sentido na relação com o **binômio saúde/doença**? Justamente **a força desse binômio deve ser pensada**. O pré-construído de saúde seria “ter exames considerados normais”, ou seja, não ter nenhuma doença diagnosticada. **É somente na oposição à doença, que a saúde se afirma. O que é ter saúde? É não estar doente**. Normalmente, quando alguém diz que não está bem, a pergunta que irrompe é: o que você tem? Outro grande binômio que funciona como pré-construído é Vida/Morte. Somos sempre lembrados – nas estatísticas, por exemplo – de quais as doenças que mais matam. O binômio saúde/doença funciona numa relação sinonímica como pré-construído na contemporaneidade. Essas são questões que estão na base da medicalização e da medicamentação, que constituem e interpelam a formação social contemporânea e ressoam fortemente no CNS<sup>24</sup>.

Prosseguimos em nosso gesto de análise, que se dá, centralmente, sobre a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 338, aprovada em 06 de maio de 2004 e que fixou os princípios e eixos estratégicos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (encontra-se, na íntegra no Anexo 1). Assim como Pfeiffer e Grigoletto (124) (p. 1), fundamentamos nosso gesto na textualidade da Resolução 338/2004 (8) e em suas relações intertextuais e interdiscursivas, verificando direções de sentido nela configuradas que assinalam divisões, conflitos e interdições.

---

<sup>24</sup> Entendemos melhor as referidas questões de ordem discursiva que constituem esse processo de significação, a partir da contribuição feita pela professora Suzy Lagazzi durante a Defesa desta tese (no dia 28/2/2019), no momento da arguição.

### 4.3 A Introdução da Resolução 338/2004

Gostaríamos de iniciar nossa análise da referida Resolução com a sequência discursiva<sup>25</sup> abaixo, em que encontramos, conforme já comentado, relações intertextuais com os seguintes documentos: 1) as Leis 8.080 (80) e 8.142 (81), também chamadas Leis Orgânicas da Saúde; 2) as deliberações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (126); 3) as deliberações da 12ª Conferência Nacional da Saúde (125) e 4) a Ata da 142ª Reunião do Conselho Nacional de Saúde (17), que são textos que autorizam o funcionamento do Conselho Nacional de Saúde, inclusive para deliberar sobre a aprovação da referida Resolução:

**SD 1: “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Quadragésima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de maio de 2004, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando: a) a competência da direção nacional do Sistema Único de Saúde de formular, avaliar e elaborar normas de políticas públicas de saúde; b) as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde; c) as deliberações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, que teve como tema: ‘Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência Farmacêutica, com controle social’, realizada no período de 15 a 18 de setembro de 2003” (BRASIL, 2004) (grifos nossos).**

Vamos retomar esta sequência discursiva por partes, estabelecendo recortes<sup>26</sup>. Começamos chamando a atenção para a enunciação da Resolução pelo Plenário do Conselho Nacional de Saúde que se ancora nas referências feitas às Leis Orgânicas da Saúde, que legitimam as **competências regimentais e atribuições conferidas pelas referidas Leis** (Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 e Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990) (80, 81). Retomando, temos o seguinte recorte:

**R1: “a competência da direção nacional do SUS de formular, avaliar e elaborar normas de políticas públicas de saúde”.**

Essa competência encontra-se no Artigo 5º da **Lei 8.080 (80)**:

<sup>25</sup> A fim de delimitar os contornos do *corpus* e adequá-lo ao propósito analítico, procedemos à escolha das sequências discursivas que se apresentam como foram definidas por Courtine: “sequências orais ou escritas de dimensão superior à frase” (127) (p. 55). **Para sequências discursivas e recortes mantivemos as referências entre parênteses, explicitadas. Não substituímos por números, como nas demais citações feitas ao longo da tese, para não tornar muito cansativa a leitura (o/a leitor/a teria de verificar constantemente as referências). Justificamos nossa opção metodológica de proceder dessa forma na identificação de sequências discursivas e de recortes porque estas constituem o *corpus*.**

<sup>26</sup> Segundo Orlandi (128) (p. 14), “O recorte é uma unidade discursiva. Por unidade discursiva entendemos fragmentos correlacionados de linguagem-e-situação. Assim, um recorte é um fragmento da situação discursiva”.

**SD 2:** “São objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS): II – a **formulação de política de saúde destinada a promover**, nos campos econômico e social, a observância do § 1º do art. 2º desta lei: (...) **Artigo 2º § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças** e de outros agravos e **no estabelecimento de condições** que assegurem **acesso universal e igualitário** às ações e aos serviços para a sua **promoção, proteção e recuperação**” (BRASIL, 1990a, grifos nossos).

A referida Lei estabelece os objetivos do Sistema Único de Saúde e, dentre eles, **“a formulação de política de saúde, destinada a promover”** (80) o cumprimento do **“dever do Estado de garantir a saúde”** (80). O inciso 1º do Artigo 2º assevera que esse dever do Estado **“consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças”** (80) e no **“estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”** (80).

Destacamos, em nosso gesto de análise, que esses enunciados mantêm uma relação intertextual com a introdução da Resolução 338/2004 (8) – que invoca **“a competência da direção nacional do SUS de formular, avaliar e elaborar normas de políticas públicas de saúde”** (8) – uma vez que há uma relação entre o texto da introdução da Resolução e os textos das Leis 8.142 e 8.080 (80, 81). Essa relação mobiliza redes de sentido relativas à atribuição do SUS de formular políticas de saúde, observando o dever do Estado de formular e executar políticas que visem a redução de doenças e a **“promoção, proteção e recuperação da saúde”** (80).

Consideramos importante ressaltar que na rede de sentidos que se estabelece na Lei 8.080, os sintagmas: **“promoção, proteção, recuperação da saúde”** (80) e **“acesso universal e igualitário”** (80) ocupam lugar de destaque, conforme também pudemos mostrar no capítulo anterior, uma vez que estabelecem relação intertextual e relações interdiscursivas<sup>27</sup> com textos relativos ao Sistema Único de Saúde (desde leis, normas, portarias, resoluções até textos das esferas da produção científica e midiática).

---

<sup>27</sup> Ainda conforme Indursky (117) (p. 78): “As relações interdiscursivas aproximam o texto de outros discursos, remetendo-o a redes de formulações discursivas tais que já não é mais possível identificar com precisão a origem de um texto; não é mais possível distinguir o que foi produzido e o que é proveniente de outros discursos, visto que o discurso está disperso em uma profusão descontínua e igualmente dispersa de textos”.

Quanto a isso, gostaríamos de lembrar Côrrea et al. (14) quando se ocupam do processo de institucionalização do profissional Agente Comunitário de Saúde e destacam que encontramos no SUS explicitados treze princípios e diretrizes, dentre eles:

**SD 3:** Título I, Capítulo II, Artigo 7º: Dos Princípios e Diretrizes a **universalidade** do acesso, a **integralidade** e a **igualdade** da assistência (BRASIL, 1990a grifos nossos).

Os referidos autores (14) observam o funcionamento de um pré-construído<sup>28</sup> (5) na relação com o SUS. Eles afirmam que: “quando o SUS é referido, é sempre sintetizado como um sistema constituído por três princípios: universalidade, integralidade, igualdade” (14). Contudo, advertem que: “na criação do SUS os princípios descritos como inerentes ao Sistema são vários outros além desses três. Mas são esses três que ficam na memória (como pré-construído) que associa o SUS a universalidade, igualdade e integralidade” (14). Os autores destacam ainda que:

O que fica de fora desse pré-construído são **outros princípios** destacados pelo artigo 7º. da Lei 8.080 como: a **participação da comunidade** (é legislada à parte na Lei 8.142 – note-se ainda que, nessa lei, a comunidade é significada pelos Conselhos); **preservação da autonomia**; **direito à informação**; **divulgação da informação**; **descentralização político-administrativa**; **integração das ações de saúde, meio-ambiente e saneamento** (artigo 7º, capítulo II da lei 8.080) (14).

Para além desse pré-construído que também funciona de modo consistente, a nosso ver, na PNAF, é preciso dizer que, nesse caso específico, o que é muito forte e funciona enquanto gesto legitimador, diferentemente do processo analisado por Côrrea et al. (14), é a participação da comunidade.

É nesse sentido que prosseguimos nossa análise, relacionando o recorte “a competência da direção nacional do SUS de formular, avaliar e elaborar normas de políticas públicas de saúde” (8) com o Artigo 2º da **Lei 8.142** (81):

---

<sup>28</sup> Segundo Pêcheux (21) (p. 99), pré-construído é um termo proposto por Paul-Henry para designar aquilo que remete a um a construção anterior e exterior, mas sempre independente, opondo-se ao que é construído pelo enunciado. É o efeito do discurso ligado ao encaixe sintático. A característica essencial do pré-construído (21) (p. 102) é a separação entre o pensamento e o objeto do pensamento, com a pré-existência deste último –o real existe independente do pensamento. O pré-construído é apresentado como o “sempre-já-aí” da interpelação ideológica que impõe a realidade e seus sentidos sob a forma de universalidade (mundo das coisas) (20).

**SD 4: § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo,** órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, **atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde** na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros (...) (BRASIL, 1990b).

A Lei 8.142 (81) dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS que – conforme mencionamos anteriormente – é instituída pelo artigo 7º da Lei 8.080 (80) enquanto um dos princípios do SUS. A participação da comunidade é apresentada nessa lei por meio de duas instâncias colegiadas: o Conselho de Saúde, que **“atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde”** e a Conferência de Saúde cuja atribuição é a de “reunir-se a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde” (81). Importante destacar o lugar central que é dado à Conferência, conforme pudemos ver na introdução da Resolução, retomada como o seguinte recorte:

**R2: “considerando as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde”.**

Uma das resoluções apresentadas pelo Relatório Final da referida Conferência (124) que traz uma referência mais específica à implementação de uma política, nomeada enquanto política de medicamentos, é a seguinte:

**SD 5: “Garantir a implementação de uma política de medicamentos** que responsabilize as três esferas de governo **pela efetiva assistência farmacêutica, envolvendo todas as etapas do seu ciclo (prescrição, dispensação, comercialização de medicamentos e farmacovigilância),** garantindo:  
 V. vigilâncias sanitária e epidemiológica eficientes pelos órgãos responsáveis; II. financiamento, fornecimento com rigoroso cumprimento do prazo de entrega e garantia de distribuição dos medicamentos, respeitando as características locais e todos os programas efetivamente implantados, inclusive os de média e alta complexidade; III. Existência de profissional habilitado nas unidades de saúde; IV. Vigilância dos efeitos adversos dos medicamentos em toda a rede do SUS; V. estímulo ao uso racional de medicamentos;  
 VI. mecanismos que inibam a dispensação e venda de medicamentos a menores de 16 anos” (CNS, 2004, p. 81-82).

A resolução em questão mantém uma relação interdiscursiva com a Resolução 338/2004 (8) inserindo-a em redes de formulações discursivas tais que

autorizam, em um mundo semanticamente estável, falar em termos de uma política de assistência farmacêutica como se todos já soubessem a que se refere essa política. Cumpre destacar que, inicialmente, a referência é feita a “uma política de **medicamentos**” e não a uma política nacional de assistência farmacêutica. Quando, em seguida, é feita remissão à “efetiva assistência farmacêutica, envolvendo **todas as etapas do seu ciclo**”, paradoxalmente **não são elencadas todas as etapas** do ciclo da AF. Somente 4 são mencionadas na referida diretriz da 12ª Conferência Nacional de Saúde: Prescrição (9ª etapa), Dispensação (10ª etapa) e, por último, “Comercialização de medicamentos e farmacovigilância” – uma formulação diferente do que seria a 11ª etapa – que originalmente é denominada: “Utilização, seguimento e farmacovigilância”(12).

De acordo com Remondi e Grochocki (12), e já indicado no capítulo 1º, as etapas do ciclo da AF são 12: 1) Pesquisa e desenvolvimento; 2) Registro sanitário; 3) Produção; 4) Seleção; 5) Programação; 6) Aquisição; 7) Armazenamento; 8) Distribuição; 9) Prescrição; 10) Dispensação; 11) Utilização, seguimento e farmacovigilância e 12) Descarte e logística reversa. Recordamos que a descrição de cada etapa consta no Quadro 1, na página 21 desta tese.

Vamos pregar cada uma das etapas do ciclo da AF. Por que a pregação é necessária? Para perceber se há alguma regularidade. Passamos então ao exercício de pregação – observando o Quadro 1 – sublinhando o predicado em cada etapa: 1) Pesquisa de novas substâncias e desenvolvimento de **medicamentos**; 2) Registro sanitário de novos **medicamentos**; 3) Produção industrial e comercialização de **medicamentos**; 4) Seleção dos **medicamentos** a serem ofertados e financiados pelo SUS; 5) Programação da quantidade de cada **medicamento** para atendimento da população; 6) Aquisição dos **medicamentos** conforme a programação para oferta do SUS; 7) Armazenamento adequado de produtos; 8) Distribuição de **medicamentos** para as unidades assistenciais; 9) Prescrição do tratamento; 10) Dispensação dos **medicamentos** com orientações para seu uso correto; 11) Utilização, seguimento e farmacovigilância consistem no acompanhamento do uso do **medicamento** conforme a prescrição médica e 12) Descarte e logística reversa dos resíduos e **medicamentos** inutilizados de forma a não ocasionar a contaminação do meio ambiente.

A partir da predicação é possível verificar a regularidade da forma material **medicamento**. Cada etapa do ciclo se refere sempre ao medicamento. Assim, é possível compreender que está em funcionamento a evidência de que a Assistência Farmacêutica é centrada no medicamento. Essa evidência funciona fortemente na formulação da PNAF. Pode parecer, a princípio, que o ciclo diz respeito a várias coisas, mas quando se predica, fica claro que o tempo todo está se falando do medicamento. É possível substituir “Ciclo da Assistência Farmacêutica” por “Ciclo do Medicamento”, sem prejuízo semântico, justamente porque é a evidência do medicamento que funciona.

O que queremos enfatizar é que não é trivial o fato discursivo de a assistência farmacêutica ser, em um primeiro gesto, formulada enquanto uma política de medicamentos, o que coloca o medicamento em primeiro plano e não todo o ciclo que envolve a assistência. Isso se articula à elencagem de alguns dos processos e não à sua totalidade que estão pressupostos em uma política de assistência farmacêutica. O nome que ficou é o de uma política farmacêutica, no entanto, o medicamento enquanto centro do processo, reverbera sentidos na modificação do nome dessa política.

Prosseguimos a análise da introdução da Resolução, que faz referência ainda à 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, retomando a introdução por meio do seguinte recorte:

**R3 – “considerando as deliberações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, que teve como tema: ‘Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência Farmacêutica, com controle social’, realizada no período de 15 a 18 de setembro de 2003”**. Segundo o Relatório Final<sup>29</sup> da mesma, a primeira proposta de encaminhamento é a seguinte:

**SD 6:** “Que as decisões aprovadas na 1.ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica **sejam diretrizes fundamentais da Política Nacional de Assistência Farmacêutica**” (CNS, 2005, p. 147).

<sup>29</sup> É importante explicarmos porque o Relatório Final da 1ª CNMAF está referido na SD6 como um registro feito pelo CNS em 2005, embora a Resolução (8) – mais especificamente no R3 – afirme que a CNMAF foi realizada no período de 15 a 18 de setembro de 2003. Isso ocorreu porque a ordem cronológica dos eventos foi a seguinte: a CNMAF realizou-se de fato em setembro de 2003, mas o relatório final foi publicado somente em 2005. A Resolução (8) declara considerar as deliberações da CNMAF, justamente porque a aprovação da referida Resolução ocorre no ano de 2004, ou seja, no ano seguinte à realização da CNMAF.

Assim, temos uma relação de interdependência construída entre a 1ª. CNMAF e a PNAF. E novamente uma regularidade nos chama a atenção: o fato discursivo da presença de ‘medicamentos’ na nomeação da 1ª. Conferência e a ausência dessa forma material no nome da política – PNAF, assim como pudemos observar na SD5 referente à 12ª. CNS de 2004. Essa relação entre a presença e ausência de ‘medicamento’ no nome da política nos parece muito significativa.

Além disso, é possível verificar que, o Relatório Final da CNMAF apresenta mais relações intertextuais com a Resolução 338/2004 (8) do que com todos os demais documentos referenciados na introdução da Resolução. O quadro a seguir traz as decisões aprovadas na CNMAF e as formulações correspondentes, que constituem a Resolução:

<b>Quadro 3 – Recortes das decisões aprovadas na CNMAF que se relacionam com recortes da Resolução 338/2004</b>	
<b>Recortes das decisões aprovadas na CNMAF</b>	<b>Recortes da Resolução 338/2004</b>
<b>R 1:</b> “Assegurar o direito constitucional da <b>garantia de acesso a medicamentos aos pacientes atendidos pelo SUS</b> ” (CNS, 2005, p. 44).	<b>R 2:</b> “Art. 2º: A Política Nacional de Assistência Farmacêutica deve englobar os seguintes eixos estratégicos: <b>I – a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, inclui, necessariamente, a Assistência Farmacêutica</b> ” (BRASIL, 2004)
<b>R 3:</b> “ <b>Definir uma Política Nacional de Assistência Farmacêutica que seja norteadora da Política de Medicamentos</b> ” (CNS, 2005, p. 49).	<b>R 4:</b> “Art. 1º: Aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida com base nos seguintes princípios: <b>II – a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos (...)</b> ” (BRASIL, 2004).
<b>R 5:</b> “Assegurar que as ações da área de <b>Assistência Farmacêutica</b> sejam feitas de modo articulado, integrando as áreas de <b>seleção, programação, aquisição, distribuição e utilização (prescrição, dispensação, aplicação, uso, acompanhamento e adesão) de medicamentos</b> ” (CNS, 2005, p. 49).	<b>R 6:</b> “Art. 1º: Aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida com base nos seguintes princípios: (...) <b>III – a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações (...)</b> este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua <b>seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação</b> , garantia da qualidade dos produtos e serviços, <b>acompanhamento e avaliação de sua utilização (...)</b> ” (BRASIL, 2004).
<b>R 7:</b> “Promover <b>revisões periódicas da RENAME</b> conforme protocolos padronizados <b>de forma a mantê-la sempre atualizada</b> . Dar prioridade para os programas estratégicos do SUS” (CNS, 2005, p. 91).	<b>R 8:</b> “Art. 2º: A Política Nacional de Assistência Farmacêutica deve englobar os seguintes eixos estratégicos: (...) <b>VII – utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente</b> , como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica” (BRASIL, 2004).
<b>R 9:</b> “Que o Ministério da Saúde insira como um eixo estratégico de apoio ao desenvolvimento de pesquisa e produção de conhecimento para <b>qualificação dos serviços farmacêuticos / assistência farmacêutica, incluindo a atenção</b>	<b>R 10:</b> “Art. 2º: A Política Nacional de Assistência Farmacêutica deve englobar os seguintes eixos estratégicos: (...) <b>III – qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes</b> , em articulação com os gestores

farmacêutica, visando a contribuir para melhorias dos serviços a serem oferecidos à população” (CNS, 2005, p. 132).	estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção” (BRASIL, 2004).
<b>R 11:</b> “Implantar uma política única de Assistência Farmacêutica, sob fiscalização dos conselhos de saúde correspondentes, com planejamento participativo nas três esferas de governo, estabelecida de acordo com critérios técnicos, financiamento repassado fundo a fundo e prestação de contas únicas, englobando os medicamentos dos atuais programas fragmentados” (CNS, 2005, p. 54).	<b>R 12:</b> “Art. 2º: A Política Nacional de Assistência Farmacêutica deve englobar os seguintes eixos estratégicos: (...) IV – Descentralização das ações, com <b>definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados</b> ” (BRASIL, 2004).
<b>R 13:</b> “Estabelecer uma política de <b>formação, capacitação e qualificação de recursos humanos</b> em todos os níveis, incluindo o nível de pós-graduação nas áreas relacionadas, para o desenvolvimento de pesquisa, tecnologia e assistência farmacêutica (...)” (CNS, 2005, p. 141).	<b>R 14:</b> “Art. 2º: A Política Nacional de Assistência Farmacêutica deve englobar os seguintes eixos estratégicos: (...) V – Desenvolvimento, valorização, <b>formação, fixação e capacitação de recursos humanos</b> ” (BRASIL, 2004).
<b>R 15:</b> “Implementar a <b>Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica no papel dos laboratórios oficiais e nacionais como produtores e distribuidores de medicamentos (...)</b> regulamentação de preços de medicamentos; produção de fitoterápicos (...)” (CNS, 2005, 141).	<b>R 16:</b> “Art. 2º: A <b>Política Nacional de Assistência Farmacêutica</b> deve englobar os seguintes eixos estratégicos: (...) VI – Modernização e ampliar a capacidade instalada e de produção dos <b>Laboratórios Farmacêuticos Oficiais</b> , visando o suprimento do SUS e o <b>cumprimento de seu papel como referências de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de fitoterápicos</b> ” (BRASIL, 2004).
<b>R 17:</b> “Incentivar o Desenvolvimento de <b>Política Nacional de Ciência e Tecnologia</b> , para que seja instrumento de fortalecimento da pesquisa pública, e <b>incentivo ao setor produtivo nacional, em medicamentos e insumos farmacêuticos, fortalecendo, assim, o parque produtivo nacional</b> ” (CNS, 2005, 112).	<b>R 18:</b> “IX – <b>Implementação</b> de forma intersetorial, e em particular, com o Ministério da Ciência e Tecnologia, <b>de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico</b> , envolvendo os centros de pesquisa e as universidades brasileiras, <b>com o objetivo do desenvolvimento de inovações tecnológicas que atendam os interesses nacionais</b> e às necessidades e prioridades do SUS” (BRASIL, 2004).
<b>R 19:</b> “Estabelecer dentro da <b>Política de Assistência Farmacêutica a utilização dos recursos da fauna e flora brasileira para a produção de medicamentos homeopáticos, alopáticos e fitoterápicos garantindo o cumprimento de uma legislação específica</b> ” (CNS, 2005, 100).	<b>R 20:</b> “X – definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à <b>utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde</b> , com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, <b>com adoção de políticas</b> de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica e baseado no <b>incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País</b> ” (BRASIL, 2004).

Fonte: elaborado pela autora

A fim de explicitarmos os movimentos intertextuais que constituem a relação entre os textos da Resolução e do Relatório Final da CNMAF, selecionamos recortes de cada um dos textos, que analisaremos a seguir.

Os recortes que ora analisamos apresentam intertextualidade, uma vez que há um movimento de retomada/releitura que o texto da Resolução produz sobre o

texto do Relatório Final da CNMAF, dele apropriando-se para transformá-lo ou assimilá-lo, a depender de cada par de recortes.

Antes, porém, queremos discutir um pouco o modo como, mobilizada pela leitura de Freud e de Lacan, feita por Althusser (129) (p. 45-71), Lagazzi (130) (p. 208) buscou ressituar a metáfora e a metonímia na relação com a condensação e o deslocamento, seguindo os passos do autor, que traz de Lacan a noção fundamental de “cadeia significante”. Isso porque, o efeito metafórico será de fundamental importância nas análises que se seguem. Diz a autora:

Essa noção [cadeia significante], que faz toda a diferença na relação com o sujeito e o sentido, me permite voltar ao imperceptível pela alteridade e pela deriva. Sendo metáfora e metonímia definidas em função da cadeia significante, elas nos levam à alteridade e à deriva: na associação pela metáfora e no encadeamento pela metonímia. Compreendi que, no entrelaçamento desses pontos, a irrupção, numa cadeia significante dada, de um significante vindo de uma outra cadeia, que é o que define a metáfora, só é possível porque a falta constitui a cadeia significante, que é o que caracteriza a metonímia. Por sua vez, a falta é função essencial no interior da cadeia significante porque o recalque é constitutivo do sentido. Tomando a cadeia significante como a estrutura de base para a realização da linguagem, metáfora e metonímia se realizam em determinação mútua. A linguagem se produz no cruzamento dos processos, que definem o jogo da linguagem como um jogo significante, sempre em deriva. Isso faz pensar o significante no movimento irrealizado para um sujeito descentrado, “constituído por uma estrutura que também é um ‘centro’ apenas no desconhecimento imaginário do ‘eu’, ou seja, nas formações ideológicas em que ele se ‘reconhece” (129) (p. 71) apud (30) (p. 208)

Nessa reflexão, articulada ao processo parafrástico, Lagazzi (131) (p. 179) retoma Orlandi (22) quando afirma que “ao longo de todo o procedimento analítico, ao lado do mecanismo parafrástico, cabe ao analista observar o que chamamos de efeitos metafóricos”. Para Lagazzi (132), a relação entre paráfrase e efeito metafórico levou-a a propor “o exercício parafrástico como modo de atualização do efeito metafórico”.

A fim de avançar nessa relação, a autora volta a Pêcheux (4). Segundo Lagazzi (131) (p. 179), para falar do efeito metafórico, o autor parte da pergunta: “existe pelo menos um discurso no interior do qual x e y possam ser substituídos um pelo outro sem mudar a interpretação desse discurso?” (Pêcheux (4) (p. 94)). De acordo com Lagazzi (131), interessa ao autor a possibilidade de substituições contextuais, que ele denomina sinonímia local ou contextual, definindo-as como efeito metafórico: o “fenômeno semântico produzido por uma substituição contextual para

lembrar que esse deslizamento de sentido entre x e y é constitutivo de x e y” (Pêcheux (4) (p. 96)).

Queremos reter essa discussão teórica importante para avançarmos em nossas compreensões. No caso dos recortes R 1 e R 2, a nosso ver, há uma apropriação (do texto da Constituição Federal de 1988) para transformação. Em ambos comparece o sintagma “**garantia de acesso**”<sup>30</sup>. No R 1, o sintagma faz referência a “medicamentos”, enquanto que no R 2 a referência é feita a “ações de saúde” que incluem “necessariamente a assistência farmacêutica”. É importante destacar que no R 1 comparece a formulação “**direito constitucional da garantia de acesso a medicamentos**”, significando o “**direito constitucional à saúde**”, que, no artigo 196 da Constituição (79) é enunciado da seguinte maneira:

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 (79).**

O deslizamento que aí se produz resulta num efeito metafórico em que **a garantia do direito à saúde** é significada pela **garantia de acesso a medicamentos**. Em outras palavras, no R1 – recorte do texto do Relatório Final da CNMAS (126) – há uma redução do **direito constitucional à saúde** – que, na Constituição, deve ser garantido mediante acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (79) – à **garantia de acesso a medicamentos**. Em suma, ações e serviços, que são inúmeros, aos quais se deveria garantir acesso são reduzidos ao acesso a medicamentos.

Compreendemos algumas questões que constituem o processo de significação que envolve a **garantia do direito à saúde** e o sintagma “**promoção, proteção e recuperação da saúde**”, a partir da contribuição feita pela professora Suzy Lagazzi durante a Defesa desta tese (no dia 28/2/2019), no momento da arguição:

Este trinômio é significativo: “promover, proteger e recuperar a saúde”! Como se promove a saúde? Com gestos e ações para não se ficar doente é uma resposta possível. Como se protege a saúde? Evitando ações e gestos que possam levar à doença é uma resposta possível. Como se recupera a saúde? Curando ou tratando a doença. A doença ocupa lugar central! **Na saúde**

---

<sup>30</sup> Vale ressaltar que fizemos a opção de destacar em negrito nos quadros as palavras, expressões e sintagmas comuns para cada par de recortes.

**significada como não-doença se sustenta a deriva metafórica entre saúde e medicamento, já que o medicamento é a possibilidade de se promover, proteger e recuperar a saúde, no imaginário em funcionamento em nossa sociedade.** Medicamento estaria em relação metonímica com doença. Quais as condições de produção necessárias para que saúde possa significar fora da oposição com doença? **Entendo que a clínica medicalizada seja uma forte legitimadora desse efeito de saúde como não-doença.** Na prática clínica movida pela prática do atendimento do tipo queixa-conduta, quais as determinações que levam o médico a assim se orientar e desconsiderar os fatores que levam aos sintomas que, por sua vez, delimitam diagnósticos de doenças?

Conforme explicitamos anteriormente, o binômio saúde/doença funciona numa relação sinonímica como pré-construído, na contemporaneidade. Essa relação sustenta a deriva metafórica entre saúde e medicamento. Nessas condições de produção, o medicamento é – em nossa compreensão – um objeto que se faz necessário pelas injunções político-ideológicas na história. Essas injunções constituem um processo de significação em que a prática clínica – interpelada pela medicamentação – funciona numa dinâmica em que vê no medicamento a solução para sintomas ao invés de abordar as causas das doenças.

A forma-sujeito capitalista interpela o sujeito enquanto consumidor da saúde, significando o medicamento enquanto objeto necessário, que materializa a saúde, ou melhor dizendo, o **acesso à saúde**. O sintagma “acesso a ações e serviços de saúde” estabelece uma relação intertextual e interdiscursiva com os artigos 196 e 107 da Constituição Federal (79) e com a Lei 8.080 (80) (Artigo 2º, § 1º). Essa rede de significação, que é intertextual e interdiscursiva, sustenta a PNAF. Vale destacar que a PNAF sobredetermina o processo de significação de “acesso à saúde”. Ressaltamos uma vez mais que quando o SUS afirma que “o acesso a ações e serviços de saúde é direito de todos” – por meio da Lei 8.080 (80) – o acesso à saúde **não** está sendo significado como acesso ao medicamento. Isso ocorre especificamente na **PNAF**, cuja formulação se assenta numa memória discursiva em que o acesso à saúde constitui as condições de produção. Na discursividade da referida política, o acesso à saúde é significado enquanto acesso a medicamento, o que acontece em função das condições de produção, da forma-sujeito capitalista, da medicalização e da medicamentação, uma vez que essas são questões que fundamentam a formação social contemporânea.

Entre os recortes R 3 e R 4, o processo de intertextualidade lança o texto da Resolução 338/2004 (8) a uma origem possível (que neste caso, seria o Relatório

da CNMAF). O R 3 apresenta a decisão aprovada na CNMAF de: **“Definir uma Política Nacional de Assistência Farmacêutica que seja norteadora da Política de Medicamentos”** (126) (p. 49) e na formulação da própria Resolução, que institui a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (no artigo 1º, inciso 2º) é reafirmado que: “a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como **política pública norteadora para a formulação de (...) políticas de medicamentos**” (8). Enfatiza-se aí uma relação de alternância entre ‘assistência farmacêutica’ e ‘medicamento’ que poderia nos indicar também uma relação de sinonímia ou, melhor dizendo, uma relação metonímica. Em um funcionamento mútuo de determinação, como nos diz Lagazzi (132), ‘medicamento’ e ‘assistência farmacêutica’ se retomam, se substituem, se movimentam na falta estruturante<sup>31</sup> que é consistentemente e sintomaticamente objeto necessário de preenchimento. O que falta e com o que se busca o preenchimento impossível dessa falta?

No que se refere aos recortes R 5 e R 6 há uma apropriação para transformação. No R 5: **“seleção, programação, aquisição, distribuição** e utilização (prescrição, **dispensação**, aplicação, uso, **acompanhamento** e adesão) de medicamentos” são definidas como **“áreas da Assistência Farmacêutica”** (126) (p. 49). Há mais semelhanças do que diferenças entre os recortes (recordando que os termos que destacamos em negrito comparecem em ambos). Porém, cabe ressaltar que no R6 aquelas que tinham sido chamadas no recorte anterior de “áreas da assistência farmacêutica” passam a ser denominadas **“ações da assistência farmacêutica”**: **“a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações (...)** 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 (...)**” (8). Essa deriva, esse deslizamento de “áreas” para “ações”, pode estar indicando uma diferenciação entre “áreas de atuação da AF” em oposição a “ações desempenhadas exclusivamente pelo profissional farmacêutico”. Observamos que, em nenhum dos recortes, entretanto, são elencadas as 12 etapas da Assistência Farmacêutica postuladas por Remondi e Grochocki (12). As etapas que não estão

---

<sup>31</sup> De acordo com contribuição feita pela professora Suzy Lagazzi durante a Defesa desta tese (no dia 28/2/2019): “É importante destacar esse recobrimento entre medicamento e assistência farmacêutica, justamente porque a PNAF é uma política de saúde. Isso mostra a sobredeterminação de saúde por doença”.

incluídas em nenhum dos recortes, são: registro sanitário, armazenamento, farmacovigilância, descarte e logística reversa. A ausência dessas etapas poderia indicar que elas foram silenciadas, talvez por não terem seu valor suficientemente reconhecido, a ponto de constar nos referidos documentos. Fica forte, de todo o modo, a não centralidade dessas etapas frente à centralidade do acesso ao medicamento nele mesmo em uma relação imaginariamente direta entre o paciente e o remédio, seu consumo.

No caso dos recortes R 7 e R 8 há uma relação intertextual em que funciona a apropriação do texto do R 7 para assimilação no R 8. É possível verificar a semelhança na formulação de ambos. No R 7: “Promover **revisões periódicas da RENAME (...) de forma a mantê-la sempre atualizada**” (126) (p. 91). E no R 8: “utilização da **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente**” (8).

Já em relação aos recortes R 9 e R 10, há uma apropriação para transformação. No R 9 a formulação é a seguinte: “**qualificação dos serviços farmacêuticos / assistência farmacêutica, incluindo a atenção farmacêutica**” (126) (p. 132). No R 10 a formulação é mais restrita: “**qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes**” (8). A formulação é mais ampla na CNMAF – abarca as expressões: **serviços farmacêuticos**<sup>32</sup>, **assistência farmacêutica**<sup>33</sup> e **atenção farmacêutica**<sup>34</sup> – do que na Resolução (que faz referência somente a serviços de assistência farmacêutica), produzindo um efeito de escala hiperonímica<sup>35</sup>, isto é, como se assistência farmacêutica pudesse englobar serviços e atenção.

---

<sup>32</sup> São serviços em que os farmacêuticos assumem a responsabilidade de atender às necessidades de saúde dos pacientes, promover a saúde, prevenir doenças e contribuir para o controle das condições de saúde. Esses serviços podem ocorrer antes, durante ou depois do acesso ao medicamento. São eles: rastreamento em saúde, educação em saúde, manejo de problemas de saúde autolimitados, dispensação, conciliação de medicamentos, revisão da farmacoterapia e acompanhamento farmacoterapêutico (133) (p. 18; 24).

<sup>33</sup> A assistência farmacêutica é o grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia Terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente, da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (16).

<sup>34</sup> A atenção farmacêutica consiste em um conjunto de práticas realizadas pelo farmacêutico, visando à orientação do paciente quanto ao uso correto de medicamentos. Essa prática é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um serviço indispensável na relação paciente-medicamento (134).

<sup>35</sup> No discurso lexicográfico, diz-se que a hiperonímia indica uma relação hierárquica de significado entre uma palavra mais abrangente e uma palavra mais restrita. Exemplos clássicos seriam xadrez e jogo. Jogo é um

Em relação aos recortes R 11 e R 12, há uma apropriação do texto da CNMAF para assimilação na Resolução. Ambos se filiam a uma rede de sentidos em que a implantação de uma nova política de assistência farmacêutica seria necessária para unificar as ações da AF e romper assim com a fragmentação/desarticulação provocada pela multiplicidade de programas existentes até então. No **R 11: “Implantar uma política única de Assistência Farmacêutica (...) englobando os medicamentos dos atuais programas fragmentados”** (126) (p. 54). E no **R 12: “A Política Nacional de Assistência Farmacêutica deve englobar os seguintes eixos estratégicos: (...) definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras (...) visando a superação da fragmentação em programas desarticulados”** (8). A intertextualidade aponta não somente para o efeito de origem de um texto, mas também para outros textos que ainda estão por surgir e que se inscrevem na mesma matriz de sentido. Na ata da 142ª Reunião do CNS, que analisaremos adiante, também comparecerá essa discursividade: a da necessidade de implantar uma política de assistência farmacêutica que mude a dispersão ocasionada pela variedade de programas.

No que se refere aos recortes R 13 e R 14 há uma apropriação do texto do relatório da CNMAF para transformação no texto da Resolução. Apesar das semelhanças, o R 13 tem uma formulação mais ampla e mais detalhada do que o R 14. O R 13 apresenta a proposta de: “Estabelecer uma política de **formação, capacitação** e qualificação de **recursos humanos** em todos os níveis, incluindo o nível de pós-graduação nas áreas relacionadas, para o desenvolvimento de pesquisa, tecnologia e assistência farmacêutica (...)” (126) (p. 141). Enquanto que o R 14 traz uma formulação muito mais reduzida: “Desenvolvimento, valorização, **formação, fixação e capacitação de recursos humanos**” (8). Podemos observar, assim, a regularidade da redução, da síntese na Resolução (8) quando colocada em relação com a 1ª CNMAF. Muitos poderiam dizer que uma Resolução precisa ser concisa. A questão é: o que é passível de redução e o que não se coloca como redutível?

---

hiperônimo e xadrez um hipônimo nessa relação. Discursivamente, desestabilizamos essas relações, uma vez que compreendemos que o gesto de enunciar tem nele marcado junto o de silenciar. Assim como não é possível tudo dizer, o dizer implica em não-ditos. Resta perguntar: o que se apaga em assistência ao tomá-la, enquanto efeito imaginário, como podendo abranger também a atenção e os serviços farmacêuticos?

Já no caso dos recortes R 15 e R 16 há uma apropriação para assimilação. O R 15 propõe: “Implementar a **Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica no papel dos laboratórios oficiais e nacionais como produtores e distribuidores de medicamentos (...)** regulamentação de preços de medicamentos; produção de fitoterápicos (...)” (126) (141). O R 16 traz formulação bem semelhante: “Art. 2º: A **Política Nacional de Assistência Farmacêutica** deve englobar os seguintes eixos estratégicos: (...) VI – Modernização e ampliar a capacidade instalada e de produção dos **Laboratórios Farmacêuticos Oficiais**, visando o suprimento do SUS e o **cumprimento de seu papel como referências de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de fitoterápicos**” (8).

Há também uma apropriação do R 17: “Incentivar o Desenvolvimento de **Política Nacional de Ciência e Tecnologia**, para que seja instrumento de fortalecimento da pesquisa pública, e **incentivo ao setor produtivo nacional, em medicamentos e insumos farmacêuticos, fortalecendo, assim, o parque produtivo nacional**” (126) (p. 112) para assimilação no R 18: “IX – **Implementação** de forma intersetorial, e em particular, com o Ministério da Ciência e Tecnologia, **de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico**, envolvendo os centros de pesquisa e as universidades brasileiras, **com o objetivo do desenvolvimento de inovações tecnológicas que atendam os interesses nacionais** e às necessidades e prioridades do SUS” (8).

No caso dos recortes R 19 e R 20 há uma apropriação para assimilação. O R 19: “**Estabelecer dentro da Política de Assistência Farmacêutica a utilização dos recursos da fauna e flora brasileira para a produção de medicamentos homeopáticos, alopáticos e fitoterápicos garantindo o cumprimento de uma legislação específica**” (126) (p. 100) é assimilado pelo R 20: “X – definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à **utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde**, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, **com adoção de políticas** de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica e baseado no **incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País**” (8). No que se refere ao uso dos

recursos naturais do país para a produção de fitoterápicos, há uma assimilação do texto da CNMAF pela Resolução 338/2004 (8).

Cabe destacar, em relação ao texto da CNMAF, que a votação das propostas ocorreu de acordo com três eixos temáticos, a saber: 1) Acesso à Assistência Farmacêutica: a Relação dos Setores Público e Privado de Atenção à Saúde; 2) Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico para a Produção Nacional de Medicamentos; 3) Qualidade na Assistência Farmacêutica, Formação e Capacitação de Recursos Humanos (126) (p. 43).

Julgamos relevante explicitar, ainda que sucintamente, que houve propostas aprovadas, e que inclusive constaram no Relatório Final da Conferência Nacional de Medicamento e Assistência Farmacêutica, mas não constituem a Resolução. As propostas relativas à Educação em Saúde, Medicamentos Excepcionais, Financiamento e Legislação/Fiscalização (126) (p. 60-89) não entraram na formulação da Resolução 338/2004 (8), ou seja, no que se refere às propostas relativas aos referidos eixos, a relação intertextual é de apagamento.

Recordamos mais uma vez que, por mais que o discurso da PNAF se apresente enquanto o resultado de um determinado posicionamento de um grupo de pessoas que lutam por uma política, o funcionamento discursivo do que se materializa está para além do controle das vontades e das lutas, instaurando efeitos de sentido que não são da ordem da boa ou da má vontade dos interlocutores, mas da ordem do que escapa ao sujeito, do que fala antes, alhures e independentemente (21) (p. 156). Cumpre destacar que, discursivamente, a ausência significa e que essa ‘escolha’ – entre o que é retomado e o que se mostra como não necessário de ser retomado – se sustenta em determinadas evidências. Falamos em ‘escolha’ porque todo o movimento da formulação (palavras, estruturas e sintagmas) é afetado pelo interdiscurso, pela constituição dos sentidos. Esse movimento não se dá conscientemente. É o esquecimento nº 1, postulado por Pêcheux.

Continuaremos nossa análise, observando as regularidades da Resolução 338/2004 (8) a fim de explicitar o funcionamento das redes de sentido que a constituem.

#### 4.4 Um olhar para as regularidades da Resolução 338/2004

Buscamos explicar as equivocidades e contradições – assim como Pfeiffer e Grigoletto (124) – da Política Nacional da Assistência Farmacêutica, que estabelece lugares e sentidos para a Assistência Farmacêutica na evidência da necessidade do medicamento significada como acesso à saúde. Em nosso gesto de análise compreendemos que uma entrada analítica pelas regularidades – ou seja, olhando para as formas materiais que comparecem na PNAF e que são relevantes para o enfrentamento da pergunta do analista – explicitaria melhor como se dá esse funcionamento. A fim de conferir maior visibilidade a esse nosso gesto, apresentaremos os recortes nos seguintes quadros: Quadro 4 – Presença da forma material “medicamento” na Resolução 338/2004; Quadro 5 – Presença do sintagma: “promoção, proteção e recuperação da saúde” na Resolução 338/2004; e Quadro 6 – Presença das formas materiais “setor/intersectorial” na Resolução 338/2004.

Depois de ter analisado a sequência discursiva introdutória da Resolução 338/2004 (8), bem como recortes de textos com os quais há relações intertextuais e interdiscursivas, faremos uma outra entrada analítica, que se dará pela forma material **medicamento**<sup>36</sup>, para dela seguir por suas redes de significação. Compreendemos por forma material: “forma encarnada na história para produzir sentidos” conforme conceitua Orlandi (22) (p. 19).

<b>Quadro 4 – Presença da forma material MEDICAMENTO na Resolução 338/2004</b>	
Introdução	<b>R 21:</b> “O Plenário do Conselho Nacional de Saúde(...) no uso de suas competências regimentais e atribuições (...) considerando: (...) c) as deliberações da 1ª Conferência Nacional de <b>Medicamentos</b> e Assistência Farmacêutica, que teve como tema: ‘Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência Farmacêutica, com controle social’, realizada no período de 15 a 18 de setembro de 2003” (BRASIL, 2004).
Artigo 1º	<b>R 4:</b> “Art. 1º: Aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida com base nos seguintes princípios: II – a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de <b>medicamentos (...)</b> ” (BRASIL, 2004).
Artigo 1º	<b>R 22:</b> “III – a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o <b>medicamento</b> como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a

<sup>36</sup> Medicamento é o produto farmacêutico com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico (16).

	pesquisa, o desenvolvimento e a produção de <b>medicamentos</b> e insumos” (BRASIL, 2004).
Artigo 2º	<b>R 8:</b> “Art. 2º: A Política Nacional de Assistência Farmacêutica deve englobar os seguintes eixos estratégicos: (...) VII – utilização da Relação Nacional de <b>Medicamentos</b> Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica” (BRASIL, 2004).
Artigo 2º	<b>R 23:</b> “XIII – promoção do uso racional de <b>medicamentos</b> , por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo” (BRASIL, 2004).

Fonte: elaborado pela autora

O recorte R 21 retoma a introdução da Resolução, especificamente a referência à “1ª Conferência Nacional de **Medicamentos** e Assistência Farmacêutica, que teve como tema: ‘Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência Farmacêutica, com controle social’, realizada no período de 15 a 18 de setembro de 2003” (8). A injunção ao acesso a medicamentos já se manifesta desde o título da referida Conferência, que no R 21 se coloca na base da formulação da Resolução, que considera as deliberações da CNMAF constitutivas (conforme demonstramos anteriormente, ao analisar a sequência discursiva que introduz o texto da Resolução).

Retomamos o R 4 – cuja intertextualidade com o Relatório Final da CNMAF analisamos anteriormente – para observar agora o comparecimento da forma material **medicamentos**: “Art. 1º: Aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida com base nos seguintes princípios: II – a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de **medicamentos** (...)” (8). Neste recorte, é possível compreender que, dentre as políticas relativas à Assistência Farmacêutica<sup>37</sup>, há um destaque para a relevância do medicamento, justamente porque há várias políticas setoriais, mas somente uma delas é preciso nomear: as políticas de medicamentos. Essa necessidade de nomeação de uma, dentre várias, mostra a centralidade daquela que é nomeada.

<sup>37</sup> Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia Terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente, da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (16).

No recorte R 22 a forma material medicamento comparece duas vezes: “III – a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o **medicamento** como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de **medicamentos** e insumos” (8). Na primeira ocorrência, a forma material **medicamento** comparece com a qualificação **insumo essencial** [às ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde]. A fim de analisar essa adjetivação da forma material **medicamento**, faremos uso do dicionário, uma vez que para a Análise de Discurso e, mais propriamente, para a lexicografia discursiva, “podemos compreendê-lo como espaço de materialização de memórias do dizer das palavras, trazendo a representação da memória coletiva que legitima os usos sociais da língua, estabelecendo uma relação entre a norma linguística vigente e o momento histórico de uma dada sociedade” (135).

Consultamos o dicionário Priberam (136), no qual a palavra **essencial** é definida como: constitutivo da essência; preciso, indispensável; importante; que tem as qualidades requeridas; especial, característico; condição principal e indispensável. Essencial, portanto, se articula ao sentido de “**indispensável**” e ao de “**principal**”. Cumpre destacar que não estamos afirmando que esses seriam os únicos sentidos de **essencial**; porém, “esses são sentidos estabilizados socialmente a ponto de constar na definição lexicográfica” (99). De nosso lugar teórico questionamos: o medicamento seria **indispensável** para a realização de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde? O medicamento seria o insumo **principal** para ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde? Pensamos que, se a resposta aos questionamentos for positiva, isso seria equivalente a afirmar que não haveria possibilidade de realizar ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde sem o medicamento e que todos os demais insumos para essas ações são dispensáveis, uma vez que o medicamento é o insumo essencial. De nossa perspectiva teórica, afirmamos que é necessário colocar em questão o efeito de evidência do medicamento como insumo essencial, considerando que a produção da saúde requer mais elementos do que somente o medicamento; há questões tão importantes quanto. Por isso concordamos com Campos (37), quando o autor afirma que:

**A produção de saúde resulta de fatores sociais, econômicos e também é resultado do funcionamento dos próprios serviços de saúde.** No entanto, cada pessoa ou cada agrupamento também interfere de modo ativo na produção de **saúde ou de doença** (...) O trabalho das equipes e das organizações deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de pensar-se em um contexto social e cultural, e isso poderia ser realizado tanto durante as práticas clínicas quanto durante as de saúde coletiva; enfim, **caberia repensar modelos de atenção que reforçassem a educação em saúde**, objetivando com isso ampliar a autonomia e a capacidade de **intervenção das pessoas sobre as próprias vidas** (37) (p. 107, grifos nossos).

Também para nós é preciso valorizar os fatores sociais, econômicos, a qualidade dos serviços de saúde e a educação em saúde para fomentar a construção da autonomia das pessoas e grupos a fim de que possam produzir saúde e assim, desfrutar de melhores condições de vida.

Essa compreensão do que seja a produção de saúde, postulada por Campos (37), é central para o mirante epistemológico da Saúde Coletiva. Por isso, nós a consideramos importante o suficiente para fundamentar as políticas de saúde. A ausência do eixo educação em saúde na formulação da Resolução 338/2004 (8), que instituiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, é um posicionamento que considera o medicamento como essencial e a educação em saúde como algo da ordem do acessório, daquilo que pode ser desconsiderado.

Não queremos, no entanto, dizer que somos contrários ao uso de medicamentos ou afirmar que eles não têm utilidade. Compreendemos que medicamento é um insumo importante para as ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde. Entendemos, porém, que é preciso recordar que ele não resolve, por si só, os problemas de saúde que possuem determinantes sociais, econômicos, relacionais e seus desdobramentos para os indivíduos e agrupamentos. Em outras palavras, afirmamos que, de nosso ponto de vista, o Estado precisa falar de outro lugar (que não seja somente aquele em que interpela o cidadão enquanto consumidor do medicamento).

Analisando ainda o R 22, passamos à observação da segunda ocorrência da forma material **medicamentos**: “Este conjunto [de ações realizadas pela Assistência Farmacêutica voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde] envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de **medicamentos** e insumos” (8). Na segunda ocorrência são mencionadas apenas 3 das 12 etapas da AF (pesquisa, desenvolvimento e produção) e nessa segunda ocorrência o medicamento

é referenciado – não mais como o insumo essencial – mas como algo distinto dos insumos: “medicamentos e insumos” (8). Assim, compreendemos que, porque medicamento é essencial, sua centralidade faz necessário que não esteja em meio a insumos, mas diferenciado, destacado, por meio da conjunção aditiva ‘e’.

No recorte R 8 a forma material medicamentos comparece em referência à Relação Nacional de **Medicamentos** Essenciais (RENAME), que explanamos no capítulo anterior desta tese: “Art. 2º: A Política Nacional de Assistência Farmacêutica deve englobar os seguintes eixos estratégicos: (...) VII – utilização da Relação Nacional de **Medicamentos** Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica” (8). Recordamos que a Portaria de Consolidação (16) traz uma definição mais sucinta do que sejam medicamentos essenciais: “são os medicamentos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população” (16).

A forma material **medicamentos** comparece em relação com o **uso racional** no R 23: “XIII – promoção do uso racional de **medicamentos**, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo” (8). O Uso Racional de Medicamentos é definido na Portaria de Consolidação, como: “o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade” (16).

Discursivamente, é possível compreender que os sintagmas “Medicamentos Essenciais” e “Uso Racional de Medicamentos” são sintomas sociais da medicalização e da medicamentação. Compreendemos por sintoma social – em consonância com Lunkes (24) (p. 87) – aquilo que indica que algo vai mal em um nível que extrapola uma questão individual. Coadunamos igualmente com Corbanezi (59) (p. 18-19), para quem o sintoma social faz ver o que a sociedade projeta em termos de saúde e o que ela persegue enquanto patológico.

Por isso consideramos que, se há necessidade de nomear um Uso Racional de Medicamentos, é porque existem usos que possam ser abusivos, no sentido de que numa sociedade medicalizada há uma injunção posta pelo discurso hegemônico a reduzir questões das várias esferas da vida humana somente ao âmbito

médico. Da mesma forma, porque é necessário fazer a distinção dos Medicamentos Essenciais, significa que há aqueles que não sejam indispensáveis, considerando que uma sociedade medicamentalizada é interpelada pelo efeito de evidência de que o medicamento é **a única** forma de resolver problemas de saúde. Há, portanto um silenciamento de outras abordagens possíveis para tais problemas.

Para refletir sobre essa disputa pelos sentidos – disputa essa constitutiva de todo discurso – atribuídos à saúde na Resolução (8), retomamos a questão do efeito metafórico. Nosso intuito é de explicitar o funcionamento que produz o efeito de evidência da saúde significada pelo medicamento, isto é: metaforizada por ele. Nesse percurso reflexivo, partimos da proposição de Pêcheux (18) “todo enunciado é intrinsecamente suscetível de tornar-se outro, diferente de si mesmo, deslocar-se discursivamente de seu sentido para derivar para um outro”. Orlandi (29) (p. 31) adverte que, para Pêcheux (5), a metáfora não é vista como desvio, mas como transferência – uma palavra por outra – é assim constitutiva do sentido. O conjunto desses deslizos (paráfrases) são o vestígio da historicidade. De acordo com a autora, o deslize – próprio da ordem simbólica – é o lugar da interpretação, da ideologia, da historicidade<sup>38</sup>.

Ela afirma, em consonância com o que foi postulado por Pêcheux (137), que é dessa maneira que podemos compreender a relação entre língua e discurso: a língua pensada como “sistema sintático intrinsecamente passível de jogo e a discursividade como inscrição de efeitos linguísticos materiais na história” (137). Diante do exposto, concluímos que o efeito metafórico que resulta na evidência de que medicamento significa saúde no discurso da Resolução – subsumido ao processo de medicalização e medicamentalização – é resultante de um processo histórico de estabilização dessa rede de sentidos.

Depois de termos analisado a presença da forma material “medicamento” na Resolução (8) – questão central para esta tese – passaremos a analisar uma outra

---

<sup>38</sup> Orlandi (29) (p. 26) explicita a noção de historicidade: são os meandros do texto, o seu acontecimento como discurso, seu funcionamento, o trabalho dos sentidos nele. A autora ressalta que, para a AD, não se parte da história para o texto, mas se parte do texto enquanto materialidade histórica, com suas marcas. Ela conclui que não se trata de trabalhar a historicidade refletida no texto, mas a historicidade do texto, isto é, trata-se de compreender como a matéria textual produz sentidos.

regularidade importante para compreender os sentidos que sustentam a possibilidade da instituição da Política Nacional de Assistência Farmacêutica no Brasil.

Seguimos analisando a partir de então a presença do sintagma “promoção, proteção e recuperação da saúde” nos recortes a seguir:

<b>Quadro 5 – Presença do sintagma: “PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E RECUPERAÇÃO DA SAÚDE” na Resolução 338/2004</b>	
Artigo 1º	<b>R 24:</b> “I – a Política Nacional de Assistência Farmacêutica é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à <b>promoção, proteção e recuperação da saúde</b> e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade” (BRASIL, 2004)
Artigo 1º	<b>R 22:</b> “III – a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à <b>promoção, proteção e recuperação da saúde</b> , 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” (BRASIL, 2004).
Artigo 1º	<b>R 25:</b> “IV – As ações de Assistência Farmacêutica envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, (...) compromissos e corresponsabilidades na <b>prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde</b> , de forma integrada à equipe de saúde” (BRASIL, 2004).

Fonte: elaborado pela autora

O funcionamento do pré-construído na relação com o SUS e o sintagma “promoção, proteção e recuperação” – que comparece nos recortes R 24, R 22 e R 25 – pode ser explicitado por meio das noções de memória discursiva<sup>39</sup> e memória institucionalizada<sup>40</sup>.

A memória discursiva a respeito do SUS coloca em funcionamento o efeito do pré-construído em relação ao sintagma “promoção, proteção e recuperação” na rede de discursos que se filiam à direção de sentido inaugurada pelo texto da Constituição Federal:

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** (77) (grifos nossos).

<sup>39</sup> Para Orlandi (22) (p. 31) “a memória discursiva é o saber discursivo que torna possível todo dizer e que retorna sob a forma do pré-construído, o já-dito que está na base do dizível, sustentando cada tomada da palavra (...) disponibiliza dizeres que afetam o modo como o sujeito significa em uma situação discursiva dada”.

<sup>40</sup> Por outro lado, distinguimos a memória discursiva do que chamamos memória de arquivo, assim definida por Orlandi: “representa o discurso documental, a memória institucionalizada que é aquela justamente que fica disponível, arquivada em nossas instituições e da qual não nos esquecemos. A ela temos acesso; basta para isso consultar os arquivos onde ela está representada” (29) (p. 24-25).

Orlandi (22) (p. 54) recorda que a memória discursiva sustenta o dizer em uma estratificação de formulações já feitas, mas esquecidas, e que vão construindo uma história de sentidos. Ela afirma que é sobre essa memória – de que não detemos o controle – que nossos sentidos se constroem, dando-nos a impressão de sabermos do que estamos falando. A autora observa que aí se forma a ilusão de que somos a origem do que dizemos. Ela acentua ainda que esse apagamento é necessário para que o sujeito se estabeleça num lugar possível no movimento da identidade e dos sentidos – que não apenas retornam – mas se projetam em outros sentidos, constituindo outras possibilidades dos sujeitos se subjetivarem.

Já a memória institucional coloca em funcionamento a discursividade a respeito do CNS. Orlandi (29) faz a distinção entre a memória discursiva e a memória de arquivo, que ela define da seguinte maneira:

A memória de arquivo ou institucional representa o discurso documental, a memória institucionalizada que é aquela justamente que fica disponível, arquivada em nossas instituições e da qual não nos esquecemos. A ela temos acesso; basta para isso consultar os arquivos onde ela está representada (29) (p. 24-25).

De acordo com essa perspectiva, concluímos que na sequência discursiva SD 1 (analisada no início deste capítulo) é possível verificar o funcionamento da memória de arquivo, uma vez que há menção direta às Leis Orgânicas da Saúde, em que se encontram os dizeres que permitem a enunciação da Resolução 338/2004 (8). As Leis Orgânicas constituem-se como aquela memória que fica disponível, arquivada em nossas instituições e da qual não nos esquecemos; por isso, no discurso político faz-se imperativo referenciá-las, para que se possa fundamentar dizeres cujos efeitos de sentido sejam da ordem do jurídico.

Ainda sobre o ordenamento jurídico do SUS, julgamos relevante para o nosso gesto de análise um olhar para a regularidade com que comparecem as formas materiais “setor” e “intersectorial”.

Prosseguimos, analisando a presença das formas materiais “setor/intersectorial” na Resolução 338/2004 (8).

<b>Quadro 6 – Presença das formas materiais SETOR/INTERSETORIAL na Resolução 338/2004</b>	
Artigo 1º	<b>R 26:</b> “II – a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de <b>políticas setoriais</b> , entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento

	industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a <b>intersectorialidade</b> inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve <b>tanto o setor público como privado</b> de atenção à saúde” (BRASIL, 2004)
Artigo 2º	<b>R 27:</b> “VIII – pactuação de <b>ações intersectoriais</b> que visem à internalização e o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS, nos diferentes níveis de atenção” (BRASIL, 2004)
Artigo 2º	<b>R 18:</b> “IX – implementação de forma <b>intersectorial</b> , e em particular, com o Ministério da Ciência e Tecnologia, de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico” (BRASIL, 2004)
Artigo 2º	<b>R 20:</b> “X – definição e pactuação de <b>ações intersectoriais</b> que visem à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde” (BRASIL, 2004)

Fonte: elaborado pela autora

A noção de Intersetorialidade é polissêmica. Nos recortes do quadro acima, comparece em diversas direções de sentido: 1) como se fosse um princípio/diretriz do SUS; 2) como interação fundamental entre público e privado; 3) como articulação entre os diferentes setores/níveis de atenção do SUS; 4) como envolvimento dos setores/instâncias governamentais e setores da sociedade; 5) como ação conjunta dos variados setores da indústria.

A Intersetorialidade não é, a rigor, um princípio e/ou diretriz do SUS. A Lei 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde em todo o país, não enuncia nessa direção de sentido. De acordo com a referida Lei, os princípios e diretrizes do SUS, constituem-se em: Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização, Regionalização, Hierarquização, Participação e Controle Social. Além disso no que se refere à interação entre público e privado, a participação da iniciativa privada é prevista, de maneira complementar, de acordo com a sequência a seguir, na qual destacamos as ocorrências ligadas a **Intersetorialidade na Lei 8.080 (80)**:

“Art. 12. Serão criadas **comissões intersectoriais** de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil. Parágrafo único. As **comissões intersectoriais** terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

“Art. 13. A articulação das políticas e programas, a cargo das **comissões intersectoriais**, abrangerá, em especial, as seguintes atividades: I – alimentação e nutrição; II – saneamento e meio ambiente; III – vigilância sanitária e farmacoe epidemiologia; IV – recursos humanos; V – ciência e tecnologia; VI – saúde do trabalhador”.

“Art. 46. O Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do **setor privado** no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais”.

Devido à natureza incompleta do sujeito, dos sentidos, da linguagem e do simbólico – ainda que todo sentido se filie a uma rede de constituição – ele pode ser um deslocamento nessa rede, assim como afirma Orlandi (22). Discursivamente, podemos afirmar que houve um deslocamento da rede de sentidos ligada à Intersetorialidade na discursividade da Resolução, uma vez que instaura efeitos de sentidos da ordem dos princípios e diretrizes do SUS e da interação fundante entre público e privado.

Ao concluirmos esta parte do trabalho em que analisamos as regularidades que constituem a Resolução 338/2004 (8) queremos demarcar uma ausência que nos diz muito sobre a discursividade da referida Resolução: o silenciamento das demandas das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Não é mencionado o trabalho epidemiológico de levantamento das necessidades de saúde, mas o que funciona é uma lógica vertical, na qual os recursos são destinados a medicamentos, mas não a um trabalho realizado pelos profissionais da saúde com a população, no território, para promover saúde, prevenir doenças e proteger a saúde.

Essa é uma ausência fundamental. Se o medicamento fosse significado com um dos elementos que fazem parte de todo um processo, ele não seria o elemento central, essencial para a saúde. O processo metafórico pelo qual a saúde é significada pelo medicamento é retomado também nesse momento. Ele ocupa o lugar da saúde, apagando todo o processo complexo que deveria nortear a inserção dos cidadãos no SUS. Isso porque, como dissemos anteriormente, a saúde é significada como não-doença e sustenta a deriva metafórica entre saúde e medicamento, já que o medicamento é a possibilidade de promoção da saúde, no imaginário em funcionamento em nossa sociedade. Assim, o medicamento estaria em relação metonímica com doença. A prática clínica, medicalizada, desempenha o papel de legitimadora desse efeito de saúde como não-doença.

A entrada do usuário não deveria se dar pelo medicamento, pela farmácia, mas pela Atenção Básica, que deveria promover um conjunto de atividades de “promoção, prevenção e recuperação da saúde”, que não se reduzem à dispensação

de medicamentos. O funcionamento do silenciamento ocorre justamente porque não se fala das UBS na Resolução (8).

## CAPÍTULO 5: CONCLUSÃO DE UM PERCURSO DISCURSIVO

A trajetória de nossa escrita teve como objetivo explicar o processo tenso e contraditório que constitui a formulação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, sustentada por uma rede de significação em que os processos de **medicalização** e **medicamentalização** estão presentes, uma vez que “há uma produção histórico-social na contemporaneidade que produz a evidência da necessidade do fármaco” (99) (p. 13).

Consideramos relevante destacar uma vez mais que nosso gesto de análise fundamenta-se em determinada compreensão do que seja **medicalização** e **medicamentalização**. Recordamos que, de acordo com Amarante (66), a **medicalização** se refere à incorporação de aspectos sociais, econômicos e existenciais da condição humana, tais como: sono, sexo, alimentação e emoções, sob domínio do medicalizável, como o diagnóstico, a terapêutica, a cura, entre outros. O uso do medicamento está inserido nesse âmbito, e, quando se dá de forma desnecessária, representa a **medicamentalização**. Concordamos com o autor e consideramos importante destacar que essa é uma das relações fundamentais de sustentação da PNAF.

Cabe ressaltar que nos propusemos a analisar especificamente a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Entendemos que o SUS abarca todo um conjunto de políticas de saúde, para além da PNAF. Não foi escopo desta tese analisar todo o ordenamento jurídico do SUS. Portanto, de nosso lugar teórico, não temos a pretensão de afirmar que todas as políticas que configuram o SUS se dão sob discursividades sobredeterminadas por uma formação discursiva da medicalização e da medicamentalização.

Em nosso gesto de análise da Resolução 338/2004 (8), que instituiu a PNAF, trabalhamos com as condições de produção da referida Resolução em sentido amplo, observando o processo de construção das relações de sentido entre saúde, sociedade e medicamento. Chegamos à compreensão de que medicalização e medicamentalização são efeitos de sentido desse processo de significação.

Procedemos à análise dessa maneira em consonância com Orlandi (22), que ressalta a importância da análise discursiva, uma vez que com ela podemos atravessar essa memória que interpela os sujeitos e, explicitando o modo como os

sentidos estão sendo produzidos, compreender melhor o que está sendo dito. A autora destaca que não é no dizer em si mesmo que o sentido é associado ao posicionamento político, nem tampouco pelas intenções de quem diz. É preciso relacioná-lo a essas condições.

Por isso, analisamos algumas das condições que permitiram a emergência de uma sociedade medicalizada na contemporaneidade, e como essa vem produzindo efeitos de determinação do que significa o medicamento em relação a ser ou não saudável. Essas condições foram observadas em nossos gestos de leitura, nos discursos sobre o medicamento.

De nosso lugar teórico, entendemos que os direitos à vida e à saúde – defendidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos – foram se estabilizando (discursivamente) como equivalentes ao acesso a medicamentos, resultando no efeito de evidência que comparece também na Resolução 338/2004 (8). Em nosso gesto de análise, mostramos que “acesso a ações e serviços de saúde” é uma formulação que se estabilizou como fundadora do SUS, como um pré-construído do SUS – que comparece na Constituição Federal (79) e na Lei 8.080 (80) – e que, portanto, legitima a PNAF. Explicitamos como as condições de produção da referida política – constituídas pelo SUS, pela medicalização e medicamentação – possibilitam que “acesso a medicamento” seja uma metáfora do “acesso à saúde”.

Compreendemos que, conseqüentemente, a enunciação de leis, normas, diretrizes e políticas, pelo Estado se dá numa lógica fundamentada na medicalização e na medicamentação, “porque se trata de um Estado que está na injunção neoliberal em que são os números (de medicamentos) que produzem a evidência de acesso à saúde, em que o consumo do remédio equivale à saúde, isto é, em que o consumo está na base de constituição da política farmacêutica” (99) (p. 17). O Estado está subsumido a uma prática interpelada pela medicalização e pela medicamentação porque é isso que, inclusive, legitima a imagem de um Estado que fomenta a saúde. Apesar de o SUS postular que a porta de entrada do usuário é a Unidade Básica de Saúde e ressaltar a importância da prevenção, a imagem pública – em termos de propaganda do Estado – é uma imagem em que o medicamento se destaca. De acordo com essa perspectiva, é o medicamento a primeira “evidência” da

eficácia, da eficiência e da efetividade do Estado, no que se refere à promoção de saúde.

Pensamos que, diante desse cenário, é preciso que os cidadãos brasileiros conheçam seus direitos e os processos pelos quais os medicamentos passam para chegar aos usuários. Compreendemos que não se trata somente de questionar preços, mas também de conhecer os elementos envolvidos nas pesquisas para desenvolvimento de novos fármacos, na prescrição dos medicamentos, nas questões mercadológicas sobre a prescrição, assim como conhecer as políticas que regulamentam a assistência farmacêutica. Por isso, concordamos com Jaramillo e Cordeiro (104) (p. 31), para quem é necessário que as políticas públicas de saúde sejam baseadas no exercício de direitos humanos básicos, tais como o direito à vida digna, o direito à integridade pessoal, o direito à igualdade perante a lei, o direito ao trabalho bem remunerado, o direito à saúde e à educação de qualidade.

De acordo com Paula et al. (138) (p. 1120), questões epidemiológicas, políticas, econômicas e culturais afetam diretamente a implantação das políticas de saúde na área de medicamentos. Segundo os autores, as transformações no perfil de morbidade e mortalidade, com o aumento da expectativa de vida e a prevalência de doenças crônicas, exigem o acompanhamento longitudinal e afetam o uso de medicamentos pela população. Eles ressaltam que, ao mesmo tempo, o avanço das políticas neoliberais com o estado garantindo o mínimo de políticas públicas, a abertura da economia ao capital estrangeiro e a exploração do mercado de medicamentos pelas indústrias farmacêuticas, o estabelecimento da cultura de consumo de medicamentos como mercadoria e o seu uso de forma desnecessária são fatores responsáveis pela imposição de grandes desafios à consolidação das políticas públicas e devem ser considerados na sua elaboração e implementação.

Por esses motivos, nosso intuito neste trabalho foi o de dar visibilidade – colocando em suspenso o efeito de evidência – ao funcionamento da forma social capitalista em que todos somos interpelados enquanto consumidores, nas várias esferas da vida. Nessas condições de produção, o direito à saúde é subsumido pela mercantilização da mesma, metaforizada pelo medicamento. Nessa perspectiva, a saúde é concebida como bem de consumo ideal e individual, acessado via medicamento. Trata-se de um processo complexo em que a prática clínica, interpelada pela medicamentação, busca preponderantemente a solução para

sintomas (via medicamentos) em detrimento da abordagem de causas dos adoecimentos. Nas palavras de Nascimento (34) (p. 26), há um enfoque em que se privilegia partes ou funções do organismo e sua classificação em normal ou patológico. Para a autora, o consumo de medicamentos e de cuidados médicos especializados – apresentado como solução privilegiada nessa perspectiva – tende a se impor também sobre as dimensões do indivíduo (com seus sentimentos, emoções, desejos, personalidade e hábitos de vida) e do coletivo, quando comunidades inteiras são medicalizadas para contornar sintomas e estados de ânimo decorrentes de suas condições sociais de existência. Concordamos com a autora: o enfoque dado ao consumo apaga justamente as condições materiais de existência que promovem adoecimentos. De nosso ponto de vista, esses são desdobramentos importantes da medicalização e da medicamentação.

Discursivamente, compreendemos que a medicalização e a medicamentação da sociedade são formações discursivas que interpelam a forma-sujeito capitalista a compreender questões da vida como problemas médicos, solucionáveis por meio de medicamentos. São reforçadas pela interferência de corporações financeiras e industriais na medicina e nas políticas de saúde, visando o lucro. Acreditamos que para fazermos frente a isso, é preciso ir além do efeito da evidência do medicamento como equivalente à saúde. É necessário entender que os medicamentos podem aliviar, controlar e contribuir na cura de enfermidades específicas, mas que o caminho para um estado de saúde melhor para a população passa, necessariamente, por transformações políticas, sociais e culturais.

A nosso ver, os desafios colocam-se justamente aí: em uma sociedade capitalista, constituída por tantas práticas e discursos adoecedores, as condições para proteção e promoção da saúde individual são mínimas. A crise econômica e de valores humanos, ancorada em valores como individualismo, consumismo, competitividade geram isolamento, sofrimento e grande parte das doenças. Outro componente igualmente nocivo da mesma sociedade capitalista é a agressão ao meio ambiente – motivada por interesses econômicos – que prejudica a qualidade do ar, da água, do solo e dos alimentos, o que contribui consideravelmente para lesar a saúde humana.

Por isso nos chamou a atenção o fato de que a abordagem da dimensão coletiva, da estrutura socioeconômica, política e cultural – embora compareça no discurso da Resolução analisada nesta tese – é claramente minoritária. A ausência

do eixo “Educação em Saúde” na formulação da Resolução (8) é um posicionamento que considera o medicamento como essencial e a educação em saúde como algo da ordem do acessório, daquilo que pode ser desconsiderado.

Compreendemos igualmente que todo funcionamento discursivo se dá pela contradição. Justamente porque não há exterioridade para a ideologia e porque nas condições de produção da PNAF há um funcionamento consistente e presente da medicalização e da medicamentação, então podemos dizer que o SUS não escapa a esses efeitos de sentido, porém, não sem contradições. Até porque o SUS não é a única condição de produção da PNAF. Os processos de medicalização e medicamentação também fazem parte dessas condições de produção. Em nosso gesto de análise não encontramos espaço de equivocidade na PNAF, uma vez que sua formulação é coerente com os efeitos de sentidos que se filiam à medicalização e à medicamentação. Um dos sintomas do estabelecimento de uma relação de resistência a esses processos é o Uso Racional de Medicamentos, que seria justamente esse lugar de equivocidade, porque ele materializa um gesto de resistência (opõe-se a um Uso “Irracional”/Abusivo) que coloca em relevo a necessidade de controlar o uso que se faz dos medicamentos. Todo o restante da formulação da PNAF sustenta-se no medicamento.

Olhar para a Assistência Farmacêutica, buscando condições de produção para que ela se dê no confronto com os processos de medicalização e medicamentação é, a nosso ver, de fundamental importância para um gesto político que busque condições para que o SUS não seja subsumido a esse processo.

Consideramos que uma de nossas contribuições mais significativas tenha sido no sentido de que, ao compreender que a PNAF teve condições de se instituir metaforizando “acesso à saúde” enquanto “acesso a medicamento”, colocamos em relevo o cuidado político que é preciso haver para que o SUS não seja assim ressignificado como um todo.

Em outro trabalho de nossa autoria, intitulado: “Medicalização, Diagnóstico Clínico e Queixa-Condução – redes de significação em jogo” (99) (ver apêndice 1) discutimos alguns dos desdobramentos da medicalização para a prática clínica. O referido artigo faz emergir uma rede discursiva entre o processo de medicalização, o funcionamento discursivo do diagnóstico clínico na contemporaneidade e um

funcionamento particular de clínica médica sustentado por um atendimento do tipo queixa-conduta. Nesse tipo de atendimento, a posição-sujeito médico se insere em condições de produção para que o medicamento assumo o lugar da autoria na relação médico-paciente, impactado pelo próprio funcionamento do diagnóstico na atualidade. Resulta que esse funcionamento do diagnóstico na prática clínica implica num silenciamento do laço social e político pressuposto nessa prática, o que permite o estabelecimento do fármaco como lugar de enunciação dos procedimentos que visem à saúde do paciente.

Entendemos também que os limites na organização da assistência à saúde também contribuem para o atendimento do tipo queixa-conduta. Nascimento (34) (p. 51) recorda que em muitos setores do serviço público ou privado, o médico é constrangido pelo excesso de demanda e pela falta de condições adequadas de atendimento. Assim, segundo a autora, é difícil para ele dedicar tempo suficiente ao paciente para investigar as possíveis origens do problema que motivou a consulta, e conversar com ele sobre maneiras de evitar a enfermidade ou o seu agravo. Sobrecarregados de trabalho, com uma formação que privilegia a terapêutica farmacológica, e influenciado pela propaganda dos laboratórios, ele “opta”<sup>41</sup> por emitir uma receita e despedir-se do paciente.

A referida autora (34) destaca ainda que nem sempre é possível ao profissional de saúde manter um histórico médico detalhado e completo de cada paciente, em função, entre outras coisas, da grande rotatividade de profissionais nas unidades de saúde. Por isso ela recorda que pode ocorrer ao paciente ser atendido por um médico diferente a cada consulta, além de acumular um especialista para cada sintoma. A autora conclui que relação médico-paciente, já prejudicada pelas diferenças de vocabulário, de nível cultural, e de representações do processo saúde-doença, fica ainda mais dificultada pela estrutura de organização dos serviços.

Por compreendermos que essas questões afetam significativamente a saúde da população brasileira é que nos propusemos a empreender a análise da PNAF. Esperamos ter contribuído – com uma perspectiva discursiva – para as pesquisas realizadas em Saúde Coletiva relativas à Assistência Farmacêutica.

---

<sup>41</sup> Colocamos aspas em função de a nossa posição teórica considerar que as escolhas individuais são determinadas pelas injunções das condições de produção em que o sujeito de linguagem se insere.

## REFERÊNCIAS

- 1- Silva BRA. Preços de Medicamentos Adquiridos na Assistência Farmacêutica Básica: Um Foco nas Regiões do Projeto QUALISUS-REDE [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2015.
- 2- Rolim ACA, Sancho KA, La-Rotta EIG, Fernandez MRB, Figueiredo VCJ, Friestino JKO, et al. Análise do Discurso Pecheutiana como Referencial Teórico e Metodológico na Saúde Coletiva: Revisão da Literatura. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde. 2018, 7(1):148-159.
- 3- Orlandi EP. Interpretação: Autoria, Leitura e Efeitos do Trabalho Simbólico. 4ª edição. Campinas: Pontes, 2004. P. 23. 23-24. 24-25. 26. 28. 31.42. 44. 48. 84. 84-85. 40.
- 4- Pêcheux M. Analyse Authomatique du Discours. Paris : Dunod ; 1969. P. 16.
- 5- Pêcheux M. Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio. Trad. Eni P. Orlandi et al. 4. Ed. Campinas: Editora da Unicamp; (1988) 2009. P. 160.
- 6- Pêcheux M, Fuchs C. A propósito da Análise Automática do Discurso: Atualização e perspectivas (1975). In: Gadet F, Hak T. Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. 3ª edição. Trad. Bethânia Mariani et al. Campinas: Editora da Unicamp; 1997. P. 166. 163-252. 177. 166. 162.
- 7- Pfeiffer CC. Escola e Reforma do Ensino Médio no Brasil – lugar de leitura do professor de língua portuguesa. In: Anais do X Congresso Internacional da Associação Brasileira de Linguística; 2017; Universidade Federal Fluminense. Niterói: 2017. P. 1-11. 3. 2-3
- 8- Brasil. Resolução do Conselho Nacional de Saúde n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Ministério da Saúde, Brasília; 2004.
- 9- WHO Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. The selection and use of essential medicines: report of the WHO Expert Committee, 2005 (including the 14<sup>th</sup> model list of essential medicines). Geneva: World Health Organization; 2006.
- 10-Site Pense [Internet]. 4 anos SUS. Acesso em: 15 de julho de 2018. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atendimento>.
- 11-Conselho Federal de Farmácia. A assistência farmacêutica no SUS – Conselho Federal de Farmácia/ Conselho Regional de Farmácia do Paraná. In: Organização Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia, Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR (editores). Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2009. 66 p.

- 12- Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná/ Conselho Estadual de Saúde do Paraná. Assistência farmacêutica e o controle social. 2ª edição. Remondi FA, Grochocki MHC, organizadores. Curitiba: CRF/CES; 2015. 86 p.
- 13- Marin N. et al. Assistência Farmacêutica. In : Marin, N. Et al. Assistência Farmacêutica para Gestores Municipais. Brasília: OPS/OMS; 2003.
- 14- Corrêa CRS, Pfeiffer CC, Lora AP. O Agente Comunitário de Saúde – Uma História Analisada. Revista RUA [online]. 2010; 16 (1): 173-193. Acesso em: 15 de abril de 2018. Disponível em: <http://www.labeurb.unicamp.br/rua/>. p. 189.
- 15- Brasil. Portaria GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto Pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Diário Oficial da União, Brasília; 2006.
- 16- Brasil. Portaria de Consolidação n. 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília: 2017.
- 17- Ministério da Saúde. Ata da 142ª reunião ordinária do Conselho Nacional de Saúde. Acesso em: 27 de janeiro de 2018. Disponível em: [conselho.saude.gov.br/atas/2004/Ata142.doc](http://conselho.saude.gov.br/atas/2004/Ata142.doc)
- 18- Pêcheux M. O discurso: estrutura ou acontecimento. Trad. Orlandi E. Campinas: Pontes; 1990.
- 19- Pfeiffer CC. Planejamento da produção de cana-de-açúcar no contexto das mudanças climáticas globais. Jurandir Zullo Junior, André Tosi Furtado e Claudia Castellanos Pfeiffer (orgs.). Campinas: Editora da Unicamp; 2016. P. 71-72. 72
- 20- La-Rotta EIG, Pfeiffer CRC, Corrêa-Filho HR, Corrêa CRS, Aoki FH, Fernandez MRB, et al. Análise do discurso da segurança na área da saúde: uma crítica ao trabalhador como vigilante de si. Trabalho, Educação e Saúde [Internet]. 2018; 16: [1361-80pp.]. Acesso em: 26 de setembro de 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=)
- 21- Pêcheux M. *Les Vérités de la Palice Linguistique, Sémantique, Philosophie*. Paris : Dunod ; 1975. P. 198.
- 22- Orlandi EP. Análise de Discurso: Princípios & Procedimentos. 10ª edição. Campinas: Pontes; 2012. P. 42-45. 30. 42. 40.
- 23- Orlandi EP. As formas do silêncio: no movimento dos sentidos. 5ª edição. Campinas: Editora da Unicamp; 2002.
- 24- Lunkes FL. Discurso sobre a depressão na revista Veja (1968-2010) em materialidades verbais e não verbais: o triunfo dos efeitos de sentido de medicalização [tese]. Niterói: Universidade Federal Fluminense, Instituto de Letras; 2014. P. 24. 35. 36. 37. 39. 14
- 25- Pêcheux M. Papel da memória. In: Achard PEA, editor. Papel da memória. Nunes JH (Trad.). Campinas: Pontes; 1999. P.53.

- 26-Henry P. Os fundamentos teóricos da “análise automática do discurso” de Michel Pêcheux (1969). In: Gadet F, Hak T. Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Campinas: Editora da Unicamp; 1997. P.319.
- 27-Pfeiffer CC. Instauração de um lugar de pesquisa, de uma posição pesquisadora – tributo a Eni Orlandi. Traços de linguagem. 2018; 2(1): 29-35.
- 28- Mariani B. O PCB e a imprensa: os comunistas no imaginário dos jornais (1922-1989). Rio de Janeiro: Revan; Campinas: Editora da Unicamp, 1998.
- 29-Orlandi E. Análise de Discurso. In: Orlandi E, Lagazzi S. (orgs.). Discurso e Textualidade: Introdução às ciências de linguagem. 3ª edição. Campinas: Pontes; 2010. P. 18.19. 22. 17
- 30-Althusser L. Ideologia e Aparelhos Ideológicos do Estado: Nota sobre os Aparelhos Ideológicos de Estado. 9ª edição. Evangelista WJ, Castro MLV (tradutores). Rio de Janeiro: Graal; (1970)1985.
- 31-Orlandi EP. Discurso e texto: formulação e circulação dos sentidos. Campinas: Pontes; 2001. P. 104.
- 32-Orlandi EP. O sujeito discursivo contemporâneo: um exemplo. In: Indursky F, Ferreira MCL (orgs.). Análise do Discurso no Brasil: mapeando conceitos, confrontando limites. São Carlos: Claraluz; 2007. P. 16.
- 33- Orlandi EP. Discurso e Leitura. São Paulo/Campinas: Cortez/Editora da Unicamp; 1998. P. 19. 22. 21.
- 34-Nascimento MC. Medicamentos: Ameaça ou Apoio à Saúde? – Vantagens e Perigos do Uso de Produtos da Indústria Farmacêutica Mais Consumidos no Brasil: Vitaminas, Analgésicos, Antibióticos e Psicotrópicos. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2003.
- 35-Almeida EVA. As razões da terapêutica. Tese de doutorado, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 1996.
- 36-Sayd JD. Mediar, medicar, remediar: aspectos da terapêutica na medicina ocidental. Rio de Janeiro: EDUERJ;1998.
- 37-Campos GWS. Saúde Paidéia. In: Campos GWS. Saúde Paidéia. 4 ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2013. p. 51-67.
- 38-Nascimento AC. Propaganda de medicamentos. É possível regular [tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de medicina social; 2007.
- 39-Schenkel EP. Cuidado com os medicamentos. 2 ed. Ver. Ampl. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1991.

- 40-Dantas JB. Publicidade e Medicamentos: um mundo de imagens e promessas. *Interação em Psicologia*. 2010; v. 14, n. 1.
- 41-Temporão JG. A propaganda de medicamentos e o mito da saúde. Rio de Janeiro: Graal; 1986.
- 42-Renovato RD. O uso de medicamentos no Brasil: uma revisão crítica. *Ver. Bras. Farm.* 2008; v. 89, n. 1, p. 64-69.
- 43-Lefèvre F. O medicamento como mercadoria simbólica. In: *O Medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez; 1991.
- 44-Boltanski L. *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
- 45-Moysés MAA, Collares CAL. Medicalização: o Obscurantismo Reinventado. In: CAL Collares, MAA Moysés. *Novas capturas, antigos diagnósticos da era dos transtornos: memórias do II seminário internacional educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos*. Campinas: Companhia das Letras; 2013. p. 271-292.
- 46-Moysés MAA, Collares CAL. Medicalização: elemento de desconstrução dos direitos humanos. In: Moysés MAA, Collares CAL. *Direitos Humanos: o que temos a ver com isso*. Campinas: Companhia das Letras; 2007. p. 153-168.
- 47-Ilich I. *A Expropriação da Saúde: Gênese da Medicina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
- 48-Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e sociedade*. 2002; v. 11, p. 67-84.
- 49-Navarro V. *La industrialización del fetichismo o el fetichismo de la industrialización: a propósito de nemesi médica*. Barcelona: Anagrama; 1975.
- 50-Foucault M. *O Nascimento da Clínica*. Trad. Roberto Machado. 5 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2003.
- 51-Canguilhem G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense; 1982.
- 52-Camargo Júnior KRD. *(Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica [dissertação]*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 1990.
- 53-Freidson E. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. 2 ed. Chicago: The University of Chicago Press; 1988.
- 54-Donnangelo MCF. *Medicina e sociedade*. São Paulo: Pioneira; 1975.
- 55-\_\_\_\_\_ & Pereira L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

- 56-Luz MT. As Instituições Médicas no Brasil: Instituição e Estratégia de Hegemonia. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
- 57-Magaldi C. Políticas de Saúde no Brasil. Mimeo, 1983.
- 58-Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.
- 59-Corbanezi ER. Saúde mental e depressão: a função política de concepções científicas contemporâneas [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; 2015.
- 60-Dela-Silva SC. O acontecimento discursivo da televisão no Brasil: a imprensa na constituição da TV como grande mídia [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem; 2008.
- 61-Faraone S, Barcala A, Torricelli F, Bianchi E, Tamburrino MC. Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2010; 14(34), 485-97.
- 62-Caliman L.: Infâncias Medicalizadas: Para quê Psicotrópicos para Crianças e Adolescentes? In: Caponi S, Vásquez-Valencia M, Verdi M (Orgs.). Vigiar e medicar: estratégias de medicalização da infância. São Paulo: LiberArs. 2016. p. 47-60.
- 63-Rosa BPGD, Winograd M. Palavras e pílulas: sobre a medicalização do mal-estar psíquico na atualidade. Psicologia & Sociedade. 2011; 23 (n. spe.) 37-44.
- 64-Azevedo LJC. Considerações sobre a medicalização: uma perspectiva cultural contemporânea. Rev.CES Psico. 2018; 11 (2), 1-12.
- 65-Ngoundo-Mbongue TB, Sommet A, Pathak A, Montastruc JL. “Medicamentation” of society, non-diseases and non-medications: a point of view from social pharmacology. Eur J Clin Pharmacol. 2005; 61(4):309-13.
- 66-Amarante PCD. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- 67-Barros JAC. Propaganda de medicamentos: Atentado à saúde? São Paulo: Hucitec Sobravime; 1995.
- 68-Bermudez JAZ, Epsztein R, Oliveira MA, Hasenclever L. O acordo Trips da OMC e a proteção patentária no Brasil: mudanças recentes e implicações para a produção local e o acesso da população aos medicamentos. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz/ Organização Mundial da Saúde; 2000.

- 69-Oliveira EA, Labra ME, Bermudez JAZ. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. *Cadernos de Saúde Pública*. 2006; v. 22, p. 2379-2389.
- 70-Hasenclever L (org.). *Diagnóstico da indústria farmacêutica brasileira*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
- 71-Gadelha CAG. Estudo de competitividade por cadeias integradas no Brasil: impactos das zonas de livre comércio. Cadeia: complexo da saúde. Nota técnica final. Campinas: Núcleo de Economia Industrial e da Tecnologia, Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas/Ministério do Desenvolvimento, da Indústria e do Comércio Exterior/Ministério da Ciência e Tecnologia/Financiadora de Estudos e Projetos; 2002.
- 72-Brasil. *Medicamento: um direito essencial*. São Paulo: CREMESP, CRF/SP, IDEC; 2006.
- 73-Dimasi JA, Hansen RW, Grabowsk HG. The price of innovation: new estimatives of drug development costs. *J health econ*. 2003; (22):151-85.
- 74-Pinheiro ES. Laboratórios farmacêuticos governamentais e o Sistema Único de Saúde. In: Bonfim JR, Mercucci VL (orgs). *A construção da política nacional de medicamentos*. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 81-86.
- 75-Ministério da Saúde. *Produção oficial de medicamentos: diagnóstico, limitações e perspectivas*. Brasília: Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, Ministério da Saúde; 2003.
- 76-Bermudez JAZ. *Indústria farmacêutica, estado e sociedade – crítica da política de medicamentos no Brasil*. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1995.
- 77-\_\_\_\_\_. *Produção de medicamentos no setor governamental e as necessidades do Sistema Único de Saúde*. In: Bonfim JR, Mercucci VL, (orgs). *A construção da política nacional de medicamentos*. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO; 1997. p. 72-80. 15.
- 78-\_\_\_\_\_. *Remédios: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1992.
- 79-Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Diário Oficial da União; 1988. Acesso em: 17 out 2014. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/131aúde/131am131o131a/Constituicao](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/131aúde/131am131o131a/Constituicao)
- 80-Brasil. Lei n.º 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário*

Oficial da União. Brasília, 19 de setembro de 1990a. Acesso em: 17 out 2014. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).

- 81-Brasil. Lei 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. Diário Oficial da União. Brasília, 28 dez. 1990b. Acesso em: 3 maio 2017. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).
- 82-Noronha JC, Lima LD, Machado CV. O Sistema único de Saúde – SUS. In: Giovanella et al. (orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 435-72.
- 83-Roncalli AG. O Desenvolvimento das Políticas Públicas de Saúde no Brasil e a Construção do Sistema Único de Saúde. In: Pereira AC (org.). Odontologia em Saúde Coletiva: Planejando Ações e Promovendo Saúde. Porto Alegre: Artimed; 2003. p. 28-49.
- 84-Paim JS. Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006.
- 85-Arouca ASS. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 1975.
- 86-Macedo LM, Martin STF. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2014, v. 18, p. 647-660.
- 87-Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Organização Panamericana da Saúde, 2ª edição. Brasília: 2011. 549 p.
- 88-Organização Panamericana de Saúde, Organização Mundial De Saúde. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Organização Panamericana de Saúde. Brasília: 2011. 137 p.
- 89-Mendes EV. A atenção primária à saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. 2002.
- 90-Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. Saúde em Debate. 2002, v. 26, n. 60, p. 37-61.
- 91-Camargo Júnior KRD, Mattos RAD. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. IMS ABRASCO. 2003, pp. 35-43.

- 92-Vasconcelos CM, Pasche DF. O Sistema Único de Saúde. In: Campos GWS et al., (org.). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo (SP)/ Rio de Janeiro (RJ): Hucitec/Fiocruz; 2006. p. 531.
- 93-Aguiar ZN. SUS: Sistema Único de Saúde – Antecedentes, Percurso, Perspectivas e Desafios. São Paulo: Martinari; 2011.
- 94-Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). O SUS de A a Z, garantindo saúde nos municípios. Brasília: MS; 2005.
- 95-Bernardes EH. Princípios do Sistema Único de Saúde: concepções dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família de uma cidade de Minas Gerais [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2001.
- 96-Escorel S, Moreira MR. Participação Social. In: Giovanella L et al. (orgs). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008. p. 979-1010.
- 97-Frutuoso J. A gestão do Sistema Único de Saúde. In: Oliveira RP, Santana W. Educação e federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade. Brasília: UNESCO, 2010. p. 97.
- 98-Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). As Conferências Nacionais: evolução e perspectivas. Brasília: CONASS, 2009. (CONASS documenta; 18). Acesso em: 28 dez. 2018. Disponível em: <<http://www.conass.org.br/arquivos/file/conassdocumenta18.pdf>>.
- 99-Sancho KA, Pfeiffer CRC, Correa CRS. Medicalização, diagnóstico clínico e queixa-conduta: redes de significação em jogo. Interface (Botucatu) vol.23 Botucatu 2019 Epub Jan 16, 2019. Acesso em: 02 fev. 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832019000100202&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100202&lng=en&nrm=iso)
- 100- Faleiros VP et al. A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Editora do MS; 2006.
- 101- Alencar, TOS. A Reforma Sanitária Brasileira e a questão medicamentos/assistência farmacêutica [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2016.
- 102- Paim JS. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2008.
- 103- World Health Organization (WHO). The role of the pharmacist: quality pharmaceutical services-benefits for governments and the public. In: Who Second Meeting, 31 aug.- 3 sept. 1993, Tokyo. The Role of Pharmacist in the Health Care System. Geneva: WHO, 1994.

- 104- Jaramillo NM, Cordeiro BC. Assistência Farmacêutica. In: Osório-de-Castro CGS et al. (orgs.). Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 32.
- 105- Ev LS, Gonçalves CBC. Utilização de Medicamentos. In: Osório-de-Castro CGS et al. (orgs.). Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 125.
- 106- Hepler CD, Strand LM. Opportunitities and Responsibilities in Pharmaceutical Care. *American Journal of Hospital Pharmacy*. 1990, 47: 533-544.
- 107- Cipolle RJ, Strand LM, Morley PC. *Pharmaceutical Care: the Clinician's Guide*. New York: McGraw Hill; 2004.
- 108- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Como Desarrollar y Aplicar una Política Farmacêutica Nacional*. Malta: OMS; 2002.
- 109- Osório-de-Castro CGS, Coelho HLL, Bermudez JAZ, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência Farmacêutica: do Acesso ao Uso Racional de Medicamentos. In: Osório-de-Castro CGS et al. (orgs.). Assistência Farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2014. p. 52.
- 110- Assembleia Geral das Nações Unidas (AGNU). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela Resolução 217 A (III). Nova York: AGNU, 1948.
- 111- Brasil. Portaria GM/MS n. 3.916, de 30 out. 1988. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União*. Brasília, 1998.
- 112- Bonfim JRA. O registro de produtos farmacêuticos novos: critérios para a promoção do uso racional de fármacos no Sistema Único de Saúde [dissertação]. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2006.
- 113- Yamauti SM, Bonfim JRA, Barberato-Filho S, Lopes LC. Essencialidade e racionalidade da relação nacional de medicamentos essenciais do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3): 975-986, 2017.
- 114- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria GM nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* (2012a). 29 mar.
- 115- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* (2012b). 18 jan.

- 116- Santos-Pinto CDB, Ventura M, Pepe VLE, Osorio-de-Castro CGS. Novos delineamentos da Assistência Farmacêutica frente à regulamentação da Lei Orgânica da Saúde. Cadernos de Saúde Pública 2013; 29(6):1056-1058.
- 117- Indursky F. Análise de Discurso. In: Indursky F, Lagazzi-Rodrigues S (orgs.). Introdução às Ciências da Linguagem: Discurso e Textualidade. Campinas: Pontes Editores; 2015. p. 37-87.
- 118- Mendonça ACO et al. Políticas de Saúde do Governo Lula: Avaliação dos Primeiros Meses de Gestão. Saúde Debate. 2005, v. 29, n. 70, p. 109-124.
- 119- Teixeira CF, Paim JS. A política de saúde no Governo Lula e a dialética do menos pior. Saúde Debate. 2005, v. 29, n. 31, p. 268-283.
- 120- Entrevista de Sérgio Arouca ao Pasquim 21. 20 de agosto de 2002; edição 28. In: Jornal do CONASS, 45, out-dez. 2003, p. 1.
- 121- Noronha AB. 12ª CNS: Mudando para Melhorar. Radis. 2003, n. 15, p. 10.
- 122- Escorel S, Bloch RA. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS. In: Lima NT et al. (org.). Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 83-119.
- 123- Faleiros VP et al. A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 246.
- 124- Pfeiffer CRC, Grigoletto M. Reforma do Ensino Médio e BNCC: Divisões, Disputas e Interdições de Sentidos. In: Anais do SEAD, 2017. Acesso em: 28 dez. 2018. Disponível em: <http://anaisdosead.com.br/sead8.html>
- 125- 12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Acesso em: 17 out. 2017. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/135aúde135am1350/135aúde135am135\\_12.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/135aúde135am1350/135aúde135am135_12.pdf)
- 126- Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Acesso em 17 dez. 2017. Disponível em: [bvsms.saude.gov.br/bvs/.../1\\_conferencia\\_nacional\\_medicamentos\\_farmaceutica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../1_conferencia_nacional_medicamentos_farmaceutica.pdf)
- 127- Courtine JJ. Análise do discurso político: discurso comunista endereçado aos cristãos. São Carlos: EduFscar; 2009.
- 128- Orlandi EPO. Segmentar ou recortar. Série estudos, v. 10, p. 9-26, 1984.

- 129- Althusser L. Freud e Lacan. In: Althusser L. Freud e Lacan: Marx e Freud. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p. 45-71.
- 130- Lagazzi SM. O significante em metáfora no movimento metonímico da falta. In: Mariani BSC, Moreira CB, Dias JP, Beck M (Orgs.). Indizível, Ininteligível e Imperceptível: o sujeito contemporâneo e seus arquivos. Niterói: EDUFF; 2016, v. 1, p. 177-181.
- 131- \_\_\_\_\_. Paráfrases da Imagem e Cenas Prototípicas: em torno da memória e do equívoco. In: Análise de Discurso em Rede: Cultura e Mídia, v. 1, p. 177-189, 2015.
- 132- \_\_\_\_\_. Metaforizações metonímicas do social. In: E. Orlandi (org.). Linguagem, sociedade, políticas. Pouso Alegre: UNIVÁS; Campinas: RG Editores, 2014. p.105-112.
- 133- Conselho Federal de Farmácia. Serviços Farmacêuticos: Contextualização e Arcabouço Conceitual. ProFar Cuidado Farmacêutico: Programa de suporte ao cuidado farmacêutico na atenção à saúde. 2014.
- 134- World Health Organization (WHO). Program of rational use of drugs. Geneva: WHO, 2000. p.16.
- 135- Silva VM. O Dicionário e o Processo de Identificação do Sujeito-Analfabeto. In: Guimarães ERJ, Orlandi EP (orgs.). Língua e Cidadania: o português no Brasil. Campinas: Pontes, 1996. v. 1. 164 p.
- 136- Essencial. In: Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2013, <https://dicionario.priberam.org/essenciais> [consultado em 18-10-2018].
- 137- Pêcheux M. Ler o Arquivo Hoje. In: Orlandi EP. Gestos de Leitura. Campinas: Editora da Unicamp;1994.
- 138- Paula PAB, Alves TNP, Vieira RCPA, Souza AIS. Política de Medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1111-1125, 2009.

## ANEXO 1: RESOLUÇÃO 338/2004



### CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

#### RESOLUÇÃO Nº 338, DE 06 DE MAIO DE 2004

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Quadragésima Segunda Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de maio de 2004, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, considerando:

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

#### RESOLVE:

Art. 1º Aprovar a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, estabelecida com base nos seguintes princípios:

I - a Política Nacional de Assistência Farmacêutica é parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade;

II - a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais destacam-se as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersectorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde;

III - a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto 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;

IV - as ações de Assistência Farmacêutica envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.

Art. 2º A Política Nacional de Assistência Farmacêutica deve englobar os seguintes eixos estratégicos:

I - a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, inclui, necessariamente, a Assistência Farmacêutica;

II - manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos

diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS;

III - qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção;

IV - descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados;

V - desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos;

VI - modernização e ampliar a capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, visando o suprimento do SUS e o cumprimento de seu papel como referências de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de fitoterápicos;

VII - utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica;

VIII - pactuação de ações intersetoriais que visem à internalização e o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS, nos diferentes níveis de atenção;

IX - implementação de forma intersetorial, e em particular, com o Ministério da Ciência e Tecnologia, de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico, envolvendo os centros de pesquisa e as universidades brasileiras, com o objetivo do desenvolvimento de inovações tecnológicas que atendam os interesses nacionais e às necessidades e prioridades do SUS;

X - definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica e baseado no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País;

XI - construção de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade;

XII - estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde, incluindo os medicamentos;

XIII - promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo.

Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

**HUMBERTO COSTA**

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS Nº 338, de 06 de maio de 2004, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

**HUMBERTO COSTA**

Ministro de Estado da Saúde

## APÊNDICE 1: ARTIGO “MEDICALIZAÇÃO, DIAGNÓSTICO CLÍNICO E QUEIXA-CONDUTA”



### Artigos

#### Medicalização, diagnóstico clínico e queixa-conduta – redes de significação em jogo

Medicalization, clinical diagnosis, and “treat and street”  
– networks of meaning at stake (abstract: p. 13)

Medicalización, diagnóstico clínico y queja-conducta  
– redes de significación en juego (resumen: p. 13)

Karla Amorim Sancho<sup>KI</sup>

<k178883@dac.unicamp.br> 

Claudia Regina Castellanos Pfeiffer<sup>KII</sup>

<claupfe@gmail.com> 

Carlos Roberto Silveira Corrêa<sup>KIII</sup>

<ccorrea@fcm.unicamp.br> 

\* Pós-Graduada do Departamento de Saúde Coletiva (Doutorado), Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zafreino Vaz, Campinas-SP Brasil, 13083-867.

\* Laboratório de Estudos Urbanos, Unicamp.  
\* Departamento de Saúde Coletiva, FCM, Unicamp.

Este artigo faz emergir uma rede discursiva entre o processo de medicalização, o funcionamento discursivo do diagnóstico clínico na contemporaneidade e um funcionamento particular de clínica médica sustentado por um atendimento do tipo queixa-conduta. Empreendendo uma Análise Discursiva, percorremos movimentos de sentido constitutivos da história da palavra ‘diagnóstico’, realizando um gesto analítico que retoma suas condições de produção e funcionamento na atualidade, explicitando efeitos da medicalização. Abordamos o atendimento queixa-conduta, no qual a posição-sujeito médico se insere em condições de produção para que o fármaco assuma o lugar da autoria na relação médico-paciente, impactado pelo próprio funcionamento do diagnóstico na atualidade. Resulta que esse funcionamento do diagnóstico na prática clínica implica um silenciamento do laço social e político pressuposto nessa prática, o que permite o estabelecimento do fármaco como lugar de enunciação dos procedimentos que visem à saúde do paciente.

**Palavras-chave:** Análise de discurso. Medicalização. Diagnóstico. Queixa-conduta. Saúde Coletiva.

Sancho KA, Pfeiffer CRC, Corrêa CRS. Medicalização, diagnóstico clínico e queixa-conduta – redes de significação em jogo. Interface (Botucatu). 2019; 23:e170633 <https://doi.org/10.1590/Interface.170633>

1/13

## significação em jogo

Autores:

1. Karla Amorim Sancho
2. Claudia Regina Castellanos Pfeiffer
3. Carlos Roberto Silveira Corrêa

1. Pós-Graduanda (Doutoranda) do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Rua Tessália Vieira de Camargo, 126. Cidade Universitária Zeferino Vaz. CEP 13083-887, Campinas-SP, Brasil. k178883@dac.unicamp.br. Bolsista CAPES.

2. Laboratório de Estudos Urbanos (Labeurb) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). claupfe@gmail.com

3. Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). ccorrea@fcm.unicamp.br

### **Medicalização, diagnóstico clínico e queixa-conduta – redes de significação em jogo**

#### **Resumo**

Este artigo faz emergir uma rede discursiva entre o processo de medicalização, o funcionamento discursivo do diagnóstico clínico na contemporaneidade e um funcionamento particular de clínica médica sustentado por um atendimento do tipo queixa-conduta. Empreendendo uma Análise Discursiva, percorremos movimentos de sentido constitutivos da história da palavra 'diagnóstico', realizando um gesto analítico que retoma suas condições de produção e funcionamento na atualidade, explicitando efeitos da medicalização. Abordamos o atendimento queixa-conduta, no qual a posição-sujeito médico se insere em condições de produção para que o fármaco assuma o lugar da autoria na relação médico-paciente, impactado pelo próprio funcionamento do diagnóstico na atualidade. Resulta que esse funcionamento do diagnóstico na prática clínica implica num silenciamento do laço social e político pressuposto nessa prática, o que permite o estabelecimento do fármaco como lugar de enunciação dos procedimentos que visem à saúde do paciente.

**Palavras-chave:** Análise de Discurso, Medicalização, Diagnóstico, Queixa-conduta, Saúde Coletiva.

### **Medicamento, diagnóstico clínico y queja-conducto – redes de significación en juego**

#### **Resumen**

Este artículo hace emerger una red discursiva entre el proceso de medicalización, el funcionamiento discursivo del diagnóstico clínico en la contemporaneidad y un funcionamiento particular de clínica médica sostenido por una atención del tipo queja-conducta. En un análisis discursivo, recorreremos movimientos de sentido constitutivos de la historia de la palabra 'diagnóstico', realizando un gesto analítico que retoma sus condiciones de producción y funcionamiento en la actualidad, explicitando efectos de la medicalización. Se aborda la atención queja-conducta, cuando la posición-sujeito médico se inserta en condiciones de producción para que el fármaco asuma el lugar

de la autoría en la relación médico-paciente. Este funcionamiento del diagnóstico en la clínica implica un silenciamiento del lazo social y político presupuestado en esta práctica, lo que permite el establecimiento del fármaco como lugar de enunciación de los procedimientos que apunte a la salud del paciente.

**Palabras clave:** Análisis del Discurso, Medicalización, Diagnóstico, Queja-conducta, Salud Colectiva.

### **Medicalization, clinical diagnosis and complaint-conduct - networks of signification**

#### **Abstract**

This article presents a discursive network between the process of medicalization, the discursive functioning of clinical diagnosis in contemporary times, and an operation of a medical clinic supported by a complaint-complaint care. Making a Discursive Analysis, we go through movements of meaning constitutive of the history of the word 'diagnosis', performing an analytical gesture that resumes its current production and functioning conditions. We address the complaint-behavioral care, in which the medical subject position is inserted in production conditions so that the drug takes the place of authorship in the doctor-patient relationship. It turns out that this functioning of the diagnosis in clinical practice implies a silencing of the social and political tie presupposed in this practice, which allows the establishment of the drug as place of enunciation of the procedures that aim at the health of the patient.

**Keywords:** Discourse analysis, Medicalization, Diagnosis, Conduct-Complaint, Public Health.

#### **1. A Análise de Discurso**

Para a Análise de Discurso (AD) o discurso é o efeito de sentido entre locutores. Em nosso caso, o diagnóstico é compreendido como um discurso próprio do espaço da saúde, que tem como locutores o médico e o mundo que nos cerca<sup>1</sup> e que, portanto, produz efeito de sentidos entre os locutores (paciente, familiares, gestão pública, Estado, Ministério da Saúde). Nessa relação, o médico ocupa a função-autor<sup>(42)</sup> formulando um diagnóstico e/ou conduta e apresentando-a ao seu paciente, à família do paciente e à sociedade como locutores leitores desse discurso. Antes de prosseguir nesta direção, queremos situar mais a perspectiva da AD.

Para a AD, o discurso é entendido como materialidade da ideologia que, por sua vez, não é um conteúdo ou valor, mas a direção política <sup>(43)</sup> do sentido. Nessa

---

<sup>a</sup> Discursivamente, “a função-autor se realiza toda vez que o produtor da linguagem se representa na origem, produzindo um texto com unidade, coerência, progressão, não contradição e fim. Ela se aplica ao corriqueiro da fabricação da unidade do dizer comum, afetada pela responsabilidade social”<sup>3</sup> (p. 69). “O autor responde pelo que diz ou escreve, pois é suposto estar em sua origem”<sup>4</sup> (p. 65).

<sup>43</sup> O político é compreendido discursivamente como a divisão dos sentidos. Divisão esta sempre subsumida a relações de força. Portanto, a direção política do sentido é na AD compreendida como o sentido que, nas relações de força vigentes, efetiva-se como aquele evidente e estabilizado por um processo ideológico.

perspectiva, os sentidos são histórico-socialmente construídos, numa dinâmica de disputa que resulta na estabilização de sentidos em formações discursivas <sup>(44)</sup> – que ganham sentido porque derivam de um jogo definido pela formação ideológica dominante na conjuntura em que se inserem – distintas em relação de tensão, antagonismo e contradição no interior do interdiscurso<sup>(45)</sup>.

Desse modo, o sentido não é transparente, nem mais ou menos verdadeiro, mas histórico e polissêmico. É preciso ainda afirmar que a relação entre um dizer e suas condições sócio-históricas não é secundária, mas constitutiva das próprias significações<sup>2</sup>. Por fim, é necessário ressaltar que, em todo processo de análise, o gesto de interpretação do analista é também afetado pela historicidade do discurso que compreende os enunciados quando os traz ao fio de seu próprio discurso.

Compreendemos 'diagnóstico' como uma forma material que – na sua ausência ou presença – pode nos indicar parte do processo de significação em funcionamento no atendimento clínico. Nosso trabalho realizou-se em torno da espessura semântica dessa forma material situada numa rede constituída por diferentes discursos: do Ministério da Saúde; lexicográfico; da crítica acadêmica ao atendimento do tipo queixa-conduta e ao diagnóstico que se restringe a uma categorização ou implica em medicalização e/ou patologização da sociedade. Nosso intuito foi o de analisar a presença/ausência de 'diagnóstico', sem tomá-lo em sua evidência. A partir dele, constituiu-se um pequeno arquivo, no gesto mesmo de fazer a análise.

Nesta perspectiva, explanaremos as condições de produção<sup>46</sup> dos sentidos mais estabilizados para o diagnóstico e sua prática.

É a partir deste lugar teórico que nossas mediações serão feitas.

---

<sup>44</sup> A formação discursiva é definida na sua relação com a formação ideológica: “As formações ideológicas [...] comportam necessariamente como um de seus componentes uma ou mais formações discursivas inter-relacionadas que determinam o que pode e deve ser dito (articulado sob a forma de uma arenga, de um sermão, de um panfleto, de uma exposição, de um programa, etc.) a partir de uma posição dada em uma conjuntura dada”<sup>5</sup> (p. 32).

<sup>45</sup> “O interdiscurso é todo o conjunto de formulações feitas e já esquecidas que determinam o que dizemos. É preciso que o que foi dito por um sujeito específico, em um momento particular, se apague na memória para que, passando para o anonimato, possa fazer sentido em “minhas” palavras. Pelo funcionamento do interdiscurso, suprime-se, por assim dizer, a exterioridade como tal, para inscrevê-la no interior da textualidade”<sup>6</sup> (p. 33).

<sup>46</sup> As condições de produção fazem parte da exterioridade constitutiva da língua e podem ser entendidas como condições de produção em sentido estrito (circunstâncias de enunciação) e em sentido amplo (contexto sócio-histórico-ideológico)<sup>6</sup>. Elas compreendem fundamentalmente os sujeitos e a situação, bem como a memória, que é constituída pelas possibilidades de significação de um dizer.

## 2. Uma história da palavra diagnóstico: um gesto de análise

De modo a compreender parte dos sentidos em jogo na relação com o diagnóstico, tomando-o como um discurso, faremos uma pequena trajetória na história <sup>(47)</sup> da palavra diagnóstico.

Para iniciar essa trajetória, lançaremos mão do dicionário, uma vez que para a AD e para a lexicografia discursiva, podemos compreendê-lo como espaço de materialização de memórias do dizer das palavras, trazendo a representação da memória coletiva que legitima os usos sociais da língua, estabelecendo uma relação entre a norma linguística vigente e o momento histórico de uma dada sociedade<sup>7</sup>.

Naquele que consultamos (Houaiss)<sup>8</sup> verificamos que *diagnóstico* é definido tanto como a “taxonomia de uma doença” como “o processo desenvolvido para identificar e localizar a doença dentro dessa taxonomia”. Diagnóstico, portanto, se articula ao sentido de “classificação” e ao de “identificação/referência a algo já dado”. Não estamos afirmando que esses seriam os únicos sentidos de diagnóstico, mas que esses são estabilizados socialmente, a ponto de constar na definição lexicográfica.

Para a AD, as palavras têm história e ela afeta os sentidos com que hoje nos relacionamos, no movimento das palavras. Daí a importância de estudar, também, a etimologia das palavras e a história que elas têm.

Faremos mais um gesto: diagnóstico é uma palavra composta por duas partículas de origem grega: *dia*, que significa através e *gnosis*, que significa conhecer. Assim, outro sentido da palavra diagnóstico é “conhecer através” ou “através do conhecimento”. Sigamos esta pista etimológica na relação com a história da medicina <sup>(48)</sup>.

Para os gregos, segundo Jaeger<sup>9</sup>, seria através do conhecimento do mundo e dos fatos da vida do paciente que o médico o conheceria e formularia o seu diagnóstico. Já constava nos textos que constituem o *Corpus Hipocratico* que seria a partir dos sinais e dos sintomas que o médico chegaria ao diagnóstico: o sinal seria um indicativo da importância de o médico ver através dos seus próprios sentidos o que o paciente apresenta; e os sintomas seriam expressão peculiar da afecção da alma de que padece o paciente<sup>1</sup>. Essa lógica se consolida na relação entre anamnese,

<sup>47</sup> Para a AD há sempre histórias. Isso porque há sempre disputas de sentidos e de narrativas. Nosso gesto faz um recorte nessas histórias, sem qualquer pretensão de completude ou universalidade.

<sup>48</sup> Lembrando sempre que há histórias, vamos fazer um trajeto possível sob uma narrativa disponível dentro da história da medicina.

diagnóstico e prognóstico<sup>1</sup>.

Para Entralgo<sup>10</sup>, o *Corpus Hipocratico* associava o diagnóstico com o prognóstico, o substrato orgânico, a etiologia, e com a relação médico-paciente, que é única e determinada pelo tempo e local em que esta relação se dá. Segundo esse autor, outra escola médica grega – a de *Cnydos* – focava nos aspectos orgânicos da doença, na sua localização no corpo e em sua manifestação; por isso essa escola caracterizava-se por nomear doenças, tipificando-as<sup>11</sup>. Uma terceira escola foi a de Palermo, na Sicília, que se associou à de *Cnydos*, constituindo a escola médica sicílico-cnídica. Nela estudou Galeno, médico responsável pela leitura mais cuidadosa dos textos hipocráticos. Foi ele que cunhou a expressão *diagnóstico científico* e propôs que o diagnóstico deveria ser localizado e racional; deveria também basear-se nas estruturas do corpo. Para Galeno, eram três os pilares do saber médico: lógica, física e ética.

Segundo Marques<sup>12</sup>, Hipócrates e seus seguidores que escreveram o *Corpus Hipocratico* (CH) são representantes da escola médica do Dogmatismo, assim como Galeno representa a escola médica do Empirismo. Para Entralgo<sup>10</sup> (*op. cit.*), existe uma diferença entre o diagnóstico como descrito no CH e aquele proposto por Galeno: no hipocrático o médico ia do “caso” para o “tipo”, enquanto no galênico ele ia do “tipo” para o “caso”.

Numa perspectiva discursiva, o médico que formula um diagnóstico filiado aos sentidos hipocráticos se constitui diferentemente de outro que formula um diagnóstico filiado aos sentidos galênicos. Esses discursos se constituem em formações discursivas diferentes<sup>13</sup>.

Vale referenciar ainda a medicina islâmica – na qual se instalou o sentido de diagnóstico filiado a Galeno – porque ela se tornou referência no Renascimento europeu e durante o mercantilismo, com Sydenham<sup>14</sup>, estabilizou-se e passou a significar “categorizar” / “identificar”, sentidos encontrados nos dicionários atuais (do tipo para o caso)<sup>15</sup>.

Nesse período histórico o sentido que se estabiliza na relação entre o médico e a natureza tem suas condições de produção no mercantilismo: para o médico fazer um diagnóstico, ele deveria fazer uso de uma taxonomia e de uma identificação às quais o paciente pudesse ser ajustado e que estas pudessem ser aplicadas em todos os locais, como uma mercadoria. Foi a partir de Sydenham<sup>14</sup> (*op. cit.*), portanto, que se acentuou a tendência de diagnosticar indo do “tipo” para o “caso”: os “casos” seriam

adequados aos “tipos” previamente estabelecidos.

Cumpramos destacar que a partir da segunda metade do século XVIII ao final da primeira metade do século XIX ocorreu um processo de transformação do saber e da prática médica ocidental: a concepção de doença passa a ser a categoria central. Quando a noção de localização da doença no corpo – nascida da anátomo-patologia – associa-se à descoberta dos microorganismos por Pasteur, as duas se constituem no cerne das definições das doenças infecciosas e essa concepção ontológico-localista e mecânico-causal se expande para todo o universo das doenças dos humanos, resultando na constituição da entidade “doença”, a ser tratada especificamente<sup>16,17</sup>. A terapêutica é hierarquizada segundo sua capacidade de atingir as causas últimas das doenças. A própria definição de saúde, apesar dos inúmeros esforços em contrário, é assumida como a ausência de doenças<sup>18,19</sup>.

De nosso lugar teórico – o da Análise de Discurso – todos esses sentidos que viemos trazendo à tela se constituem sob condições de produção sócio-históricas e continuam a reverberar na memória discursiva. No entanto, é também na memória discursiva, e na relação de forças, que algum(ns) sentido(s) se faz(em) estável(is) e evidente(s). Para nós é esse do Mercantilismo, filiado à memória discursiva configurada em Cnydos, com Galeno, que sustenta hoje, de modo hegemônico, a relação da prática clínica com os sentidos de diagnóstico, materializada no discurso lexicográfico: “taxonomia de uma doença” e “o processo desenvolvido para identificar e localizar a doença dentro dessa taxonomia”.

### **3. O diagnóstico na atualidade: desdobramentos da medicalização**

Pudemos ver que há muitos sentidos na história dos sentidos de diagnóstico. Do lugar da AD, esses sentidos não desaparecem. Eles continuam a funcionar na memória discursiva que configura sentidos possíveis para a formulação do diagnóstico. Assim, também os debates acadêmicos em torno do diagnóstico se formulam dentro dessa memória discursiva<sup>20</sup>.

É preciso considerar que, em termos de condições de produção dos sentidos mais estabilizados para o diagnóstico e sua prática, o desenvolvimento do conhecimento biomédico, os novos recursos – laboratoriais e de imagem – e a atual configuração social do trabalho são questões preponderantes. Simultaneamente, podemos perceber que vários diagnósticos já definidos (taxonomia), como depressão e ansiedade, são cada vez mais discutidos em público. Essa conjuntura aumenta os

possíveis efeitos de sentido da palavra diagnóstico e demandam do médico o seu posicionamento para o mundo; reinscrevem-se no próprio imaginário médico quando ele formula o diagnóstico. Ou seja, hoje, estamos diante – em função dessa memória discursiva explanada e de uma hegemonia da formação discursiva biomédica – de um sentido estabilizado de diagnóstico que sustenta o processo de medicalização presente de forma marcante na sociedade atual: um nome de doença implica em um nome de remédio para curar essa doença diagnosticada.

Nossa posição ética frente ao diagnóstico é distinta. Aderimos a uma das interpretações vigentes sobre o funcionamento do diagnóstico que é o de tomá-lo como uma narração<sup>21</sup>. No diagnóstico o médico narra alguma coisa do paciente. E narra também alguma coisa de si – uma vez que só pode falar do paciente a partir de seu olhar – afetado já pelo olhar do outro sobre si e sobre ele. Filiamo-nos a uma formação discursiva hipocrática, em que diagnosticar é “conhecer através”: através de um olhar, de uma relação, de um acontecimento na clínica que não passa, necessariamente, por nomear uma doença. Na narrativa o médico pode assumir o papel de autor, o de leitor, ou de ambos. O autor é responsável pelo texto. O leitor é responsável por fazer o texto público, ele o lê. Essa autoria/leitura é para nós a construção de um espaço de relação entre o médico, o paciente e seu entorno: conhecimento compartilhado, laço, reponsabilidade pelo processo de estabelecimento da saúde na prática clínica. Diagnosticar não é somente dar nome a uma doença, mas estabelecer uma relação ética na direção de um conhecimento compartilhado que institui condições de produção para que o paciente se encontre em uma posição saudável, sendo a referência do que é saudável construída na prática clínica de acordo com as possibilidades e sentidos compartilhados<sup>22</sup>.

No entanto, é o outro sentido que circula de modo transparente. E é esse outro sentido que associa diagnóstico ao nome de uma doença e ao nome de uma medicação que tem um papel central no estudo do fenômeno social chamado doença, seja ele considerado na clínica ou na coletividade<sup>21</sup>. Quando o adoecimento é possível de ser diagnosticado – enquadrado pela nosologia biomédica – a efetivação de sua cura ou controle está vinculada aos critérios diagnósticos e é esperada em conformidade com o estabelecimento da terapêutica padronizada respectiva<sup>22</sup>. E nessa relação é o Estado que fica responsável pelas estratégias de prevenção e por fornecer instrumentos necessários para a intervenção frente aos diagnósticos; ou seja, o Estado planeja as suas intervenções a partir dos diagnósticos a ele apresentados.

As ações médicas geradas pelos diagnósticos são codificadas pelo Estado e, a partir delas e de suas codificações, é feita a remuneração dos profissionais da saúde. Por isso concordamos com Porto<sup>1</sup> quando ele afirma:

Pode-se dizer que o diagnóstico é a base da prática médica atual, em função do aparecimento de medicamentos específicos, de intervenções cirúrgicas eletivas e da necessidade de prestar contas ao mundo que nos cerca<sup>1</sup> (p. 86).

Entendemos que é nessa direção de sentido que Rosenberg assevera que “o diagnóstico é indispensável para o médico”<sup>21</sup> (p. 252) e Lana afirma que “o diagnóstico é o principal fundamento da arte médica e é nele que se consolidam, e estão centradas, todas as etapas do atendimento médico”<sup>23</sup> (p. 273).

Decorrente desse sentido de categorização de doença que proporciona a possibilidade de um crescimento da medicalização da sociedade encontra-se no Brasil, conforme afirmam vários autores<sup>24, 25,22</sup>, a prática de um atendimento do tipo queixa-conduta, na qual o médico não formula o diagnóstico, nem para o paciente, nem para o mundo que o cerca, mas também medica.

Trazemos aqui algumas discursividades cujas direções de sentidos convergem nessa perspectiva:

Ao preconizar a Política Nacional de Humanização<sup>26</sup> como eixo transversal às suas ações o Ministério da Saúde reconhece deficiências importantes que comprometem a qualidade da atenção, entre as quais se destaca (...) o **predomínio de um modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta e no atendimento médico**<sup>24</sup> (p. 208, grifos nossos).

Nos serviços de pronto-atendimento, **no modelo centrado na doença, calcado na díade queixa-conduta**, o atendimento prestado resume-se a dar uma resposta imediata, visando despachar o mais depressa possível a clientela em função do acúmulo de demanda<sup>25</sup> (grifos nossos).

Considerando a semiologia médica, que tem suas bases nos tempos hipocráticos, a anamnese e o exame físico conduzem ao diagnóstico, que leva ao plano terapêutico e ao prognóstico do paciente. Na contemporaneidade o diagnóstico é reduzido ao nome de uma doença e associado, por sua vez, ao nome de um remédio, ou de um conjunto de medicações. Isso permite, a nosso ver, a instalação do tipo de atendimento queixa-conduta, no qual o médico reduz a anamnese à queixa do paciente e, sem passar pelo diagnóstico, formula a conduta que, quase invariavelmente, reduz-se à prescrição de um medicamento.

É nesse sentido que indicamos que a redução do diagnóstico a uma classificação e sua evidência como central no atendimento prestado por esse

profissional permite, contraditoriamente, que haja a predominância do atendimento queixa-conduta, indicando tal estabilização dessa prática, a ponto de o MS<sup>26</sup> afirmar que o atendimento médico no SUS ainda é centrado no tipo queixa-conduta.

Arthur Chioro, então Ministro da Saúde, endossou essa afirmação:

**Em nosso país ainda impera o modelo de atendimento queixa-conduta, centrado no procedimento, diagnóstico e na prescrição e muito pouco no cuidado;** onde o diagnóstico, o tratamento e a prescrição é muito mais amplo, integral e resolutivo que esse modelo caro e pouco resolutivo que adotamos em nosso país (grifos nossos)<sup>27</sup>

Para compreender essa dinâmica, realizaremos uma análise discursiva do funcionamento do atendimento queixa-conduta focando na determinação sócio-histórica que sustenta essa prática.

Nosso objetivo é o de compreender, por meio da AD<sup>2</sup>, como se dá o atendimento médico dentro desta prática que materializa uma inscrição histórica dos sentidos de uma posição-sujeito médico atravessada pela necessidade (histórico-ideológica) de aplicar uma conduta que, na maioria das vezes, é a prescrição de um fármaco que silencia a formulação do diagnóstico, entendendo que aqui há um duplo silenciamento: aquele reduzido ao nome da doença, à classificação – e que como viemos afirmando, sustentaria a própria possibilidade do funcionamento do atendimento queixa-conduta – e aquele – esse fundamental – que se inscreve em uma memória hipocrática, em que o *conhecer através* é apagado.

Assim compreendemos que, quando o médico não assume o papel de autor/leitor da sua narração, outro autor/leitor se instala.

Para nós, este é o ponto nodal de nossa compreensão: este *outro* que se instala no lugar da autoria/leitura do diagnóstico, tal como viemos definindo o que entendemos como diagnóstico – o *conhecer através* – é o fármaco.

Mendes-Gonçalves<sup>28</sup> faz considerações a esse respeito, quando afirma:

O achado mais importante é o papel tecnologicamente dominante desempenhado pelo medicamento, muito mais do que um instrumento apenas terapêutico, portanto, na condução da anamnese. (...) A anamnese parece reduzida ao trabalho de selecionar um medicamento, como se a prática 'clínica' consistisse em uma lista quase completa de remédios, para os quais o médico devesse fazer a seleção do cliente: (...) o doente deve ser adequado ao medicamento, sem nunca se colocar a questão da doença, nem enquanto estado, muito menos como processo que resulta de causas que precisam ser obstaculizadas, que se associa a um prognóstico, que ocorre no contexto individual de uma vida concretamente determinada <sup>28</sup> (p. 104).

Concordamos com esse autor. Embora ele tenha estudado o trabalho médico

em centros de saúde, o atendimento queixa-conduta não é exclusivo dos profissionais que lá trabalham. O fármaco – entendido como metáfora da indústria farmacêutica, ou da medicalização da sociedade – interpela o médico, que se desloca de sua narração. É o medicamento que faz parte da condução do atendimento médico quando o profissional não formula o diagnóstico do paciente como um narrador comprometido com o conhecer através, com o processo do adoecimento e, portanto, com o processo de construção de condições que visem à saúde do paciente. O fármaco e aquilo que ele metaforiza (representa) funcionam no fazer dizer do médico, fazem parte do seu discurso, no qual o diagnóstico é silenciado pela sobreposição do fármaco. O medicamento é a resposta pontual à queixa. Ele materializa a conduta: a prescrição. Diríamos que esse tipo de funcionamento é a materialização eficaz de um processo que permitiu o diagnóstico ser reduzido ao nome de uma doença ao ponto de sequer mais ser necessário enunciá-la (a doença e, portanto, o diagnóstico assim significado).

Retomamos Porto<sup>1</sup> para quem o diagnóstico é dito para o mundo que cerca o médico. Para avançar em nossa análise é preciso que tratemos um pouco dos jogos antecipatórios<sup>(49)</sup> que fazem parte do funcionamento do discurso. Discursivamente considera-se que, ao formular, fazemos uma antecipação imaginária de nossos interlocutores e de como seremos entendidos por eles. Essa antecipação é feita pelo médico quando ele formula, ou não, o diagnóstico. E o médico tem outro interlocutor, além do paciente, sobre o qual ele também faz uma antecipação do sentido que seria dado a seu discurso por este outro interlocutor: o mundo. É para esse interlocutor, o mundo, que o médico também fala: fala para ele, e para ele presta contas<sup>1</sup>. Qual(is) seria(m) o(s) efeito(s) de sentido de se prestar contas por meio da prescrição medicamentosa? Contas prestadas ao paciente, à sua família, ao estado e suas instituições, à sociedade como um todo.

Nesse jogo de interlocução, é o fármaco que acaba por se interpor. Há uma produção histórico-social na contemporaneidade que produz a evidência da necessidade do fármaco. Esta injunção é tão eficaz que os jogos antecipatórios sustentam uma imagem homogênea em torno do remédio que estabiliza a redução da prática médica à prescrição medicamentosa; a redução das necessidades do paciente

---

<sup>49</sup> Constituem cada tomada de palavra e incidem, conforme Pêcheux (1975)<sup>29</sup>, na projeção imaginária que movimenta a relação entre os interlocutores em termos das imagens que cada um faz de si e do outro (a imagem que eu tenho de meu interlocutor, a imagem que o meu interlocutor tem de mim, a imagem que eu tenho sobre a imagem que meu interlocutor teria de mim, a imagem que eu tenho da imagem que meu interlocutor teria da imagem que eu tenho sobre o meu interlocutor, *ad infinitum*).

ao remédio; a redução da responsabilidade médica perante a sociedade à prescrição de um medicamento. Nessa evidência, todos são silenciados pelo fármaco: médico, paciente, sociedade e, sobretudo, o processo de adoecimento, suas condições de produção. O fármaco fala pelo médico ao paciente e ao mundo. Diagnóstico e fármaco se equivalem. A queixa é respondida na evidência de que o fármaco desobriga o médico da formulação do diagnóstico, resolve a demanda do paciente, cumpre com sua obrigação perante a sociedade – medicalizada – e mantém a gestão do sistema farmacêutico que, por sua vez, metaforiza a saúde.

Ou seja, as formações imaginárias hegemônicas apontam para a evidência de que o paciente só estará satisfeito, apaziguado, se a ele for receitado um medicamento; esta satisfação é remetida igualmente à sociedade que significa o acesso aos remédios como acesso à saúde. Concomitantemente, é o modo de produção capitalista com toda a gestão do complexo farmacêutico que se coloca na base da injunção à medicação e seu sentido de saúde. O profissional médico é assim interditado a formular o diagnóstico nas outras filiações de sentido que vimos comentando. Esta interdição se dá pelo funcionamento da evidência da necessidade da prescrição do fármaco. Essa evidência é construída ideologicamente na história moderna.

O silêncio do diagnóstico que ocorre no atendimento queixa-conduta é uma forma de o medicamento, e aquilo ele metaforiza, inscreverem-se no discurso médico. Essa inscrição tem determinação sócio-histórica: envolve o processo de significação inscrito na história política do diagnóstico que vem estreitando-se dentro da formação discursiva biomédica e dentro do imaginário médico construído na atualidade. Esse silêncio interdita a polissemia do diagnóstico, estabilizando sua formulação em torno do pré-construído <sup>(50)</sup> de diagnóstico equivaler-se a remédio porque já se equivaleu ao nome de uma doença.

A importância do fármaco, no âmbito do SUS, pode ser percebida neste recorte em que Sônia Fleury <sup>30</sup> aborda a importância dos medicamentos nos debates parlamentares que antecederam a 8ª Conferência Nacional de Saúde:

(...) na área de medicamentos nós não conseguimos avançar nada. Todos os grupos que participavam da Plenária eram favoráveis a incluir maior controle,

---

<sup>50</sup> Paul-Henry (2013) aborda sua formulação de pré-construído, afirmando que: “este conceito incide em levar em consideração que “o que se diz, o que se escuta, é sempre atravessado por algo que já foi dito, atravessado por um dito anterior. O discurso não funciona de modo isolado, ele está sempre ligado a outros discursos que se convocam, que são convocados por sua letra, sua materialidade” (Paul-Henry – entrevista – Jornal da Unicamp, 16-31/12/2013: <http://www.unicamp.br/unicamp/ju/587/o-discurso-nao-funciona-de-modo-isolado>)

a questão dos genéricos, e eu me lembro que o relator da Constituição retirou o item sobre os medicamentos, alegando que havia recebido um telegrama da Abifarma e considerou que isso não tinha importância. Ou seja, esses que eram os mais poderosos sequer nós os enfrentávamos (...) nem apareciam, mandavam telegrama ou faziam o lobby deles sequer nos enfrentando – os grandes poderosos da área de medicamentos, saúde do trabalhador – tudo isso nós perdemos<sup>30</sup>.

Esse acontecimento ocorreu há mais de trinta anos e nós apontamos que a pressão da Indústria Farmacêutica sobre o sistema de saúde se manifesta ainda hoje em duas discursividades: na do médico – por meio da prática clínica sustentada pelo atendimento queixa-conduta e por um diagnóstico reduzido à doença – e na do MS, por meio da política de medicamentos que se manifesta nos gastos crescentes que o referido Ministério tem com o componente especializado da Assistência Farmacêutica (AF).

Vejamos essa última mais detalhadamente: a AF se constitui por três componentes: a Farmácia Popular na qual estão incluídos os fármacos mais prescritos nas unidades básicas de saúde; o componente estratégico do qual fazem parte os fármacos utilizados em programas como os do controle da Tuberculose e o da AIDS; e o componente especializado no qual estão incluídos os medicamentos que devem ser adquiridos para tratamento especializado e que muitas vezes são aqueles comprados pelo Estado após interpelação judicial. Os gastos com fármacos vêm crescendo dentro do SUS, e é no componente especializado, que o crescimento é mais acentuado<sup>31</sup>.

É nesta materialidade sócio-histórica que há condições de produção para a estabilização de um atendimento do tipo queixa-conduta, naturalizado para médico e paciente pelo funcionamento ideológico que faz deste atendimento uma evidência. É esta evidência que vem marcando o funcionamento fragmentado do SUS, apontado em vários documentos como uma de suas limitações atuais<sup>32</sup>. O atendimento queixa-conduta é um atendimento fragmentado, no qual uma peça fundamental não é enunciada: o diagnóstico. É, entretanto, como vimos insistindo, o próprio funcionamento hegemônico de diagnóstico reduzido a uma classificação que permite este apagamento que materializa um outro apagamento: o de um diagnóstico entendido como o processo por meio do qual se *conhece através*.

O fármaco enquanto metáfora da indústria farmacêutica e da medicalização da saúde, atravessa o médico e o SUS e estabiliza a conduta medicamentosa, silenciando o “conhecer através” das condições sócio-históricas em que a doença aconteceu no paciente e as medidas de prevenção ou de promoção da saúde que

seriam adequadas a ele. A conduta do médico, na qual o fármaco assume o lugar do diagnóstico, se dá pela subordinação da conduta à prescrição de um fármaco, em que a função discursiva do médico como autor do diagnóstico é suprimida pelo fármaco.

#### 4. O atendimento queixa-conduta: uma análise discursiva do sintagma

Faremos um gesto de análise a partir da nomeação que este atendimento recebe: queixa-conduta. Há nesse atendimento uma associação da queixa do paciente a uma conduta prescrita pelo médico que, frequentemente, é uma prescrição de fármaco. Em um primeiro exercício parafrástico<sup>(51)</sup>, podemos substituir a palavra **queixa** por outras. Fizemos isso por meio do Dicionário Analógico da Língua Portuguesa, encontrando: *descontentamento, aborrecimento, aflição, agrura, desgosto, amargura, desprazer, desconsolo, constrição, padecimento, sofrimento, pesadumbre, tristeza, enfado, desolação, desagrado, inquietação*<sup>33</sup>.

Prosseguindo em nosso exercício parafrástico, substituímos a palavra **conduta** por outra série parafrástica. Os dicionários analógicos nos auxiliaram novamente nessa tarefa. De acordo com Azevedo<sup>33</sup>, a palavra poderia ser substituída por: *execução, cumprir, desobrigar-se, orientação e governança*.

Refletimos sobre os efeitos de sentido que essa série parafrástica pode produzir. No atendimento queixa-conduta, após a apresentação de algo que incomoda o paciente (uma agrura, um desgosto, uma inquietação) – espaço de sentidos de “queixa” – há, por parte do médico – no espaço de sentidos de “conduta” – a *orientação* ao consumo de um fármaco; a *execução* de uma condução a um fármaco; o *cumprimento* de algo<sup>(52)</sup> ao prescrever um fármaco; a produção da *governança* de um sistema de fármacos – a indústria farmacêutica; e a possibilidade de desobrigar-se.

Do que a relação queixa-conduta permite desobrigar-se? De nosso lugar discursivo, dizemos: da queixa ao restringi-la a uma resposta pontual e prescritiva; de se responsabilizar junto ao paciente e suas agruras; de formular um diagnóstico, de

---

<sup>51</sup> Os processos parafrásticos são aqueles pelos quais em todo dizer há sempre algo que se mantém, isto é, o dizível, a memória. A paráfrase representa assim o retorno aos mesmos espaços do dizer. Produzem-se diferentes formulações do mesmo dizer sedimentado. A paráfrase está do lado da estabilização. Realizando exercícios parafrásticos o analista do discurso se propõe a compreender como o político e o linguístico se inter-relacionam na constituição dos sujeitos e na produção dos sentidos, ideologicamente assinalados<sup>6</sup>.

<sup>52</sup> Esse pronome indefinido, que produz a dispersão dos sentidos, pode vir a ser preenchido pelo interdiscurso justamente na direção da prescrição dos fármacos: cumpre-se com a responsabilidade junto à Indústria Farmacêutica?

inserir-se e se responsabilizar pelo processo de construção da saúde.

## 5. O silêncio no atendimento queixa-conduta

Discursivamente, compreendemos que o médico se constitui diferentemente em função dele formular um diagnóstico ou não e conforme os sentidos que estão em funcionamento, em sua prática, sobre o diagnóstico (estando ele ausente ou não). Assim, elaborando ou não um diagnóstico, uma relação com seus sentidos é estabelecida. Para nós, aquele que não formula o diagnóstico em sua prática, produz um silenciamento<sup>34</sup>. É sobre isso que é silenciado que discutiremos nas considerações finais.

### Considerações finais

Procuramos em nosso trajeto explicar o processo tenso e contraditório em que se instala o funcionamento do atendimento de tipo queixa-conduta sustentado por uma rede de significação em que o processo de medicalização e o sentido contemporâneo de diagnóstico estão presentes.

Nesse tipo de atendimento, a queixa é pontual, a conduta é pontual e nenhum laço se constitui. Esse laço é pensado em termos do papel social e político do profissional médico de responder, enlaçando-se, ao paciente, à sua família, à sociedade, às instituições do Estado.

O laço não se constitui porque há silenciamento: interdita-se na contemporaneidade a formulação do diagnóstico enquanto *o conhecer através* e, assim, o enlace não ocorre seja quando não se formula o diagnóstico, seja quando esse é reduzido a uma classificação, ao nome de uma doença.

O diagnóstico, nessa filiação que vimos defendendo – a do *conhecer através* – é, pois, para nós, um gesto ético-político do profissional médico. E é seu silenciamento que sustenta as condições de produção de um atendimento queixa-conduta. Ou seja, a redução do diagnóstico a uma nosologia biomédica sustenta a possibilidade de instalação de um atendimento queixa-conduta.

Nesse sentido, lembramos Tesser<sup>22</sup>, para quem a construção social e epistemológica institucionalizada das verdades diagnósticas (monopolizada pela biomedicina e cada vez mais pela indústria científica dos exames complementares e de imagem) e terapêuticas (monopolizada pelos ensaios clínicos controlados e pelas

indústrias farmacêuticas) desdobrou-se em processo de relativa alienação ética/epistemológica e de desresponsabilização social pela missão curadora por parte dos médicos, individualmente.

Assim, consideramos interessante refletir sobre o fato de que o Ministério critica o atendimento queixa-conduta, mas está, contraditoriamente, submetendo a prática médica aqui vigente a este tipo de atendimento subsumido à formação ideológica neoliberal que reduz a saúde à medicalização.

Ou seja, a necessidade da mudança é apontada ao mesmo tempo em que o funcionamento do Estado se dá na lógica da medicalização, porque se trata de um Estado que está na injunção neoliberal em que são os números (de medicamentos) que produzem a evidência de acesso à saúde, em que o consumo do remédio equivale à saúde, isto é, em que o consumo está na base de constituição da política farmacêutica.

Esta é uma contradição histórica que nos impõe um desafio: como criar condições de produção para que o Estado possa falar de outro lugar que não o do consumo? Esta seria uma condição *sine qua non*, de nosso ponto de vista, para que seja possível que outras práticas clínicas se estabilizem. Essas outras práticas se distanciariam de uma redução do diagnóstico a uma taxonomia de doenças, viabilizando a construção do diagnóstico como processo de conhecer um indivíduo, através desse próprio indivíduo em suas condições materiais de existência.

### **Contribuições dos autores**

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

### **Agradecimentos**

À CAPES, pela bolsa de estudos concedida à Karla Amorim Sancho.

### **Referências Bibliográficas**

1. Porto CC. Semiologia médica. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1990.
2. Pêcheux M. O discurso: estrutura ou acontecimento. Trad. Eni Orlandi. Campinas: Pontes; 1990.
3. Orlandi E. Discurso Fundador. Campinas: Pontes; 1993.

4. Orlandi E. *Interpretação: Autoria, Leitura e Efeitos do Trabalho Simbólico*. 4a edição. Campinas: Pontes; 2004.
5. Haroche C., Henry P., Pêcheux M. (1971), “La sémantique et la coupure saussurienne: langue, langage, discours”, *Langages*, 24, 93-106 (repris dans Maldidier D.). In: Maldidier D. *Inquietação do Discurso: (Re)ler Michel Pêcheux hoje*. Tradução de Eni P. Orlandi. Campinas: Pontes; 2003.
6. Orlandi E. *Análise de Discurso: Princípios e Procedimentos*. 11a edição. Campinas: Pontes; 2013.
7. Silva VM. O Dicionário e o Processo de Identificação do Sujeito-Analfabeto. In: Guimarães ERJ e Orlandi EP. *Língua e Cidadania: o português no Brasil*. Campinas: Pontes; 1996. Volume 1. p. 164-176.
8. Houaiss A. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. 1a edição. Rio de Janeiro: Instituto Antônio Houaiss; 2009.
9. Jaeger W. *Paideia: Los Ideales de la Cultura Griega*. Trad. de Joaquín Xirau, Wenceslao Roces. 2a edição. México: Fondo de Cultura Económica; 1962.
10. Entralgo LP. *La medicina hipocrática*. In: *Historia universal de la medicina*. 1a edição. Barcelona: Salvat; 1977.
11. Biggart JH. *Cnidos v. Cos*. *Ulster Med J*. 1971; 41(1): 1–9.
12. Marques SP. *El neohipocratismo*. In: *Historia Universal de la Medicina*. 2a edição. Barcelona: Salvat; 1976. p. 265.
13. Lonie IM. *Cos versus Cnidus and the historians: part 2*. *Hist Sci*. 1978; 16:77–92.
14. Sydenham T. *La Medicine Pratique*. Trad. francesa de M. A. T. Paris: Jault; 1745.
15. Balint GP; Buchanan WW; Dequeker J. *A brief history of medical taxonomy and diagnosis*. *Clin Rheumatol*. 2006; 25(2):132–5.
16. Camargo Júnior KRD. *(Ir) racionalidade médica: os paradoxos da clínica*. *PHYSIS: Rev. de Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)*. 1992; (2): 203-230.
17. Tesser CD. *A verdade na biomedicina, reações adversas e efeitos colaterais: uma reflexão introdutória*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)*. 2007; 17(3): 465-484.
18. Camargo Júnior KRD. *A Biomedicina*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)*. 2005; (15):177-201.
19. Camargo Júnior KRD. *A construção das doenças na medicina ocidental contemporânea*. *Rev. SBHC*. 1993; (9): 31-40.
20. DeCS – *Descritores em Ciências da Saúde*. [Internet]. [acesso em 16 Jun 2017].

- Disponível em: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>.
21. Rosenberg CE. The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *Milbank Q.* 2002; 80(2): 237–60.
  22. Tesser CD. Três Considerações sobre a “má medicina”. *Interface (Botucatu)*. 2009; (3)31: 273-86.
  23. Lana RL. Medicina hipocrática e a semiótica da linguagem na Grécia Antiga. *Rev AMRIGS.* 2004; 48(4): 271–4.
  24. Deslandes SF. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Scielo – Editora Fiocruz; 2006.
  25. Sucupira AC. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional da saúde. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(23): 624-7.
  26. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Acolhimento na Gestão e o Trabalho em Saúde. 1a edição. Brasília: Editora do MS; 2006.
  27. Site da FEMIPA. [Internet]. [acesso em 22 Maio 2017]. Disponível em: [www.femipa.org.br/noticias/10-desafios-para-a-saude-brasileira-pelo-proprio-ministro](http://www.femipa.org.br/noticias/10-desafios-para-a-saude-brasileira-pelo-proprio-ministro).
  28. Mendes-Gonçalves, RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1994.
  29. Pêcheux M. [1975]. Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio. 4. ed. Trad. Eni Orlandi [et al]. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2009.
  30. Faleiros VP et al. A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Editora do MS; 2006.
  31. Schleifer R; Vannatta J. The Logic of Diagnosis: Peirce, Literary Narrative, and the History of Present Illness. *J Med Philos.* 2006; 31(4): 363–84.
  32. Campos, RO; Gama CA; Ferrer AL; Santos DVD; Stefanello S; Trapé TL; et al. Mental health in primary care: an evaluative study in a large Brazilian city. *Ciênc. Amp. Saúde Coletiva.* 2011; 16(12): 4643–52.
  33. Azevedo FFS. Dicionário analógico da língua portuguesa: ideias afins / thesaurus. Rio de Janeiro: Lexikon; 2010.
  34. Orlandi E. As Formas do Silêncio: no Movimento dos Sentidos. Campinas: Editora da Unicamp; 1991.