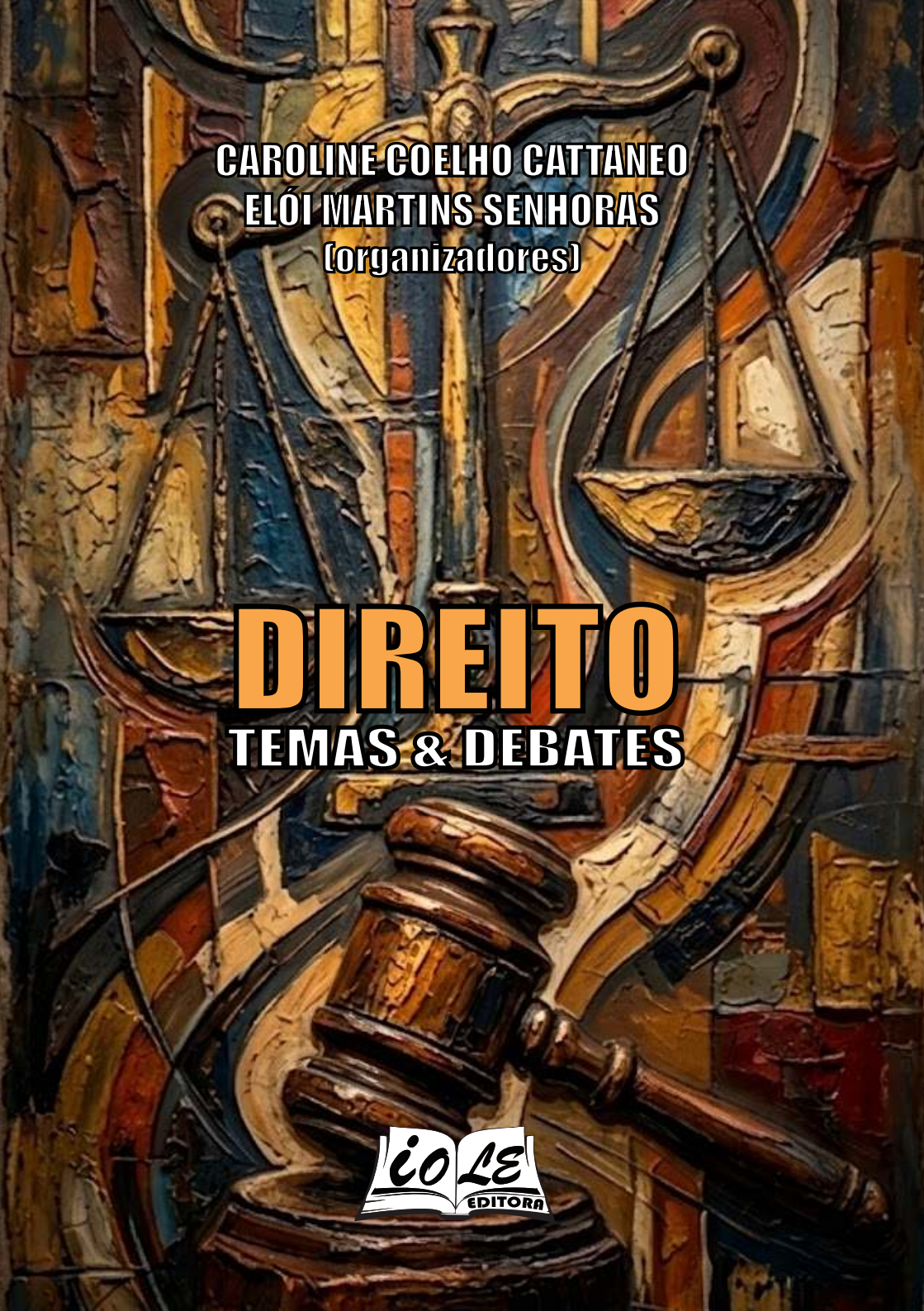
CAROLINE COELHO CATTANEO
ELÓI MARTINS SENHORAS
(organizadores)
DIREITO
TEMAS & DEBATES
iOLE
EDITORA

DIREITO

Temas & Debates

DIREITO

Temas & Debates

CAROLINE COELHO CATTANEO
ELÓI MARTINS SENHORAS
(organizadores)

BOA VISTA/RR
2026

Editora IOLE

Todos os direitos reservados.
A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação dos direitos autorais (Lei n. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.



EXPEDIENTE

Revisão
Elói Martins Senhoras
Geane Ribeiro Silva Monteiro

Capa
Alokike Gael Chloe Hounkonnou
Elói Martins Senhoras

Projeto Gráfico e Diagramação
Elói Martins Senhoras
Balbina Líbia de Souza Santos

Conselho Editorial
Abigail Pascoal dos Santos
Charles Pennaforte
Claudete de Castro Silva Vitte
Elói Martins Senhoras
Fabiano de Araújo Moreira
Julio Burdman
Marcos Antônio Fávaro Martins
Rozane Pereira Ignácio
Patrícia Nasser de Carvalho
Simone Rodrigues Batista Mendes
Vitor Stuart Gabriel de Pieri

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO (CIP)

Ca3 CATTANEO, Caroline Coelho; SENHORAS, Elói Martins (organizadores).

Direito: Temas & Debates. Boa Vista: Editora IOLE, 2026.

Série: Direito. Editor: Elói Martins Senhoras.

ISBN: 978-65-977111-3-0

1 - Brasil. 2 - Direito. 3 - Doutrina. 4 - Jurisprudência.
I - Título. II - Cattaneo, Caroline Coelho. III - Direito. IV - Série

CDD–370

A exatidão das informações, conceitos e opiniões é de exclusiva responsabilidade dos autores.
O presente livro contou com avaliação às cegas no sistema double-blind-review.



EDITORIAL

A editora IOLE tem o objetivo de divulgar a produção de trabalhos intelectuais que tenham qualidade e relevância social, científica ou didática em distintas áreas do conhecimento e direcionadas para um amplo público de leitores com diferentes interesses.

As publicações da editora IOLE têm o intuito de trazer contribuições para o avanço da reflexão e das práxis em diferentes áreas do pensamento e para a consolidação de uma comunidade de autores comprometida com a pluralidade do pensamento e com uma crescente institucionalização dos debates.

O conteúdo produzido e divulgado neste livro é de inteira responsabilidade dos autores em termos de forma, correção e confiabilidade, não representando discurso oficial da editora IOLE, a qual é responsável exclusivamente pela editoração, publicação e divulgação da obra.

Concebido para ser um material com alta capilarização para seu potencial público leitor, o presente livro da editora IOLE é publicado nos formatos impresso e eletrônico a fim de propiciar a democratização do conhecimento por meio do livre acesso e divulgação das obras.

Prof. Dr. Elói Martins Senhoras

(Editor Chefe)

Copyright © Editora IOLE
2026

CAPÍTULO 6

Os Centros de Informação Sobre Medicamentos e o Acesso e Uso Racional de Medicamentos no Brasil à Luz do Direito Sanitário

OS CENTROS DE INFORMAÇÃO SOBRE MEDICAMENTOS E O ACESSO E USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO BRASIL À LUZ DO DIREITO SANITÁRIO

Alexandre Augusto de Toni Sartori[1]

Silvia Beatriz Costa Czermainski[2]

A realização da audiência pública da saúde promovida pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em 2009 decorreu do aumento crescente de demandas judiciais para a busca do direito à saúde, principalmente a do acesso a medicamentos, negado administrativamente por gestores no Sistema Único de Saúde (SUS) (GONÇALVES, 2009; TERRA, 2009). Na pauta das discussões, as políticas públicas de saúde vigentes foram o referencial político institucional tanto para garantir plenamente o direito constitucional de acesso universal, integral e igualitário a medicamentos e informação, como para defender a limitação a esse acesso.

Dados apresentados durante a audiência demonstram a relevância do tema. Aproximadamente 70% da população brasileira depende exclusivamente do SUS para ter acesso a serviços e produtos de saúde (GUIMARÃES, 2009).

O Ministério da Saúde despendeu à Assistência Farmacêutica 13,1% (R$ 5.866.196.247,00) de todo seu orçamento em 2008 (em 2002 foram 5,8%) e é responsável por 80% dos recursos necessários pactuados para atender a demanda de medicamentos dos três

[1] Especialista em Direito Sanitário pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). E-mail para contato: alexandre.aats@gmail.com

[2] Mestre em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail para contato: silviaczer@gmail.com

programas do componente (GONÇALVES, 2009).

Estudos exploratórios entre 2005 e 2007, em alguns estados, mostram que parcela significativa de medicamentos fornecidos judicialmente através do SUS, e cujos fármacos não pertencem a listas oficiais, (1) não se baseia em evidências científicas ou (2) há substituto terapêutico (VIERA; ZUCCHI, 2007; LOPES *et al.,* 2010).

No Rio Grande do Sul, o número de ações judiciais contra os poderes executivos estadual e municipais para fornecimento de medicamentos, em 2008, aumentou 16% em relação a 2007 (GONÇALVES, 2009).

Dentre as alternativas apresentadas durante a audiência no STF para diminuir o fenômeno da judicialização da saúde, citam-se a criação de centros de referência regionais (PICON, 2009), para aplicação de critérios da medicina baseada em evidências (KEINERT *et al.,* 2009; PICON, 2009), e o uso de critérios de segurança, eficácia, efetividade e custo-efetividade para incorporação de medicamentos no rol de produtos remunerados pelo SUS, através da metodologia da Avaliação de Tecnologias em Saúde (GUIMARÃES, 2009).

Dessa audiência, o Conselho Nacional de Justiça (CNJ) orientou às instâncias do Poder Judiciário a adotar medidas visando melhor subsidiar os magistrados e operadores do direito, para assegurar maior eficiência na solução das demandas envolvendo a assistência à saúde, principalmente em medicamentos (CNJ, 2010). O CNJ também instituiu o Fórum Nacional para monitorar e resolver demandas de assistência à saúde, elaborar estudos, propor medidas para o aperfeiçoamento e efetividade de procedimentos e prevenir novos conflitos (CNJ, 2010).

Os discursos durante a audiência pareceram demonstrar que (1) o usuário não possui garantia do direito pleno ao acesso e ao Uso

Racional de Medicamentos (URM), no SUS, para atendimento de suas necessidades especiais; (2) as ações de Assistência Farmacêutica no SUS tendem a privilegiar o acesso e o uso racional de medicamentos (OPAS, 2013) preconizados pela medicina convencional dominante, embora haja iniciativas públicas para acesso a outras práticas terapêuticas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008; 2006); (3) o usuário não tem direito, conforme aduz Pascalicchio (PASCALICCHIO, 1997), à opção de tratamento medicamentoso, a partir de uma medicina menos convencional e mais holística ou alternativa (LUZ *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) reconhecida oficialmente, cujas evidências científicas possuem racionalidade própria; (4) a existência de CIMs, pode contribuir para que os atores da saúde ou do direito elaborem juízo de valor sobre o acesso e o uso racional de medicamentos no SUS.

O direito à saúde é um direito constitucional e abarca a assistência terapêutica e farmacêutica integral e universal, com equidade (BRASIL, 1988; 1990). As ações de AF no SUS decorrem da Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estão voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, por meio da promoção do acesso e uso racional dos medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Os CIMs, com suas estruturas e organização diversas, fornecem informação criticamente avaliada e auxiliam profissionais de saúde à tomada de decisão sobre o acesso e o uso racional de medicamentos (FISCHER, 2007), e podem ajudar aos demais atores da saúde e do direito. Por isso, a inserção desses serviços especializados nas políticas públicas de saúde pode ser estratégia útil ao direito sanitário e contribuir com a universalidade e integralidade no acesso e URM no SUS.

Até o momento, no Brasil, as autoridades sanitárias pouco aproveitaram os CIMs, embora sejam considerados ferramentas úteis à promoção do uso racional de medicamentos e à diminuição das

assimetrias de informação técnica na AF (MOTA, 2008) e sejam utilizados por profissionais da rede. Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, 31% das solicitações de informação recebidas por um CIM em 2007 provieram de profissionais atuantes em serviços de saúde vinculados ao SUS, das quais 30,2% eram originárias de farmácias de prefeituras municipais (FORMIGUIERI, 2008).

O presente trabalho dialoga com a ampla temática das políticas públicas de saúde formuladas após a Constituição Federal de 1988, mais especificamente as políticas farmacêuticas ou políticas e programas de saúde com escopo no medicamento; está em sintonia com o princípio da integralidade de assistência farmacêutica do SUS, pois insere-se no contexto do uso racional de medicamentos; relaciona as políticas públicas sobre AF com o direito sanitário; insere-se nos princípios do direito sanitário em relação à universalidade, integralidade e equidade das ações em saúde, uma vez que a garantia desses princípios requer ações de preservação do direito à opção terapêutica e medicamentosa e do direito dos profissionais de saúde ao acesso à informação técnica necessária e suficiente para viabilizar essa garantia.

Para verificar se os CIMs podem contribuir como estratégia nas ações da Assistência Farmacêutica no SUS para o acesso e uso racional de medicamentos pela população, foram analisadas: as políticas públicas de saúde; a via de acesso e aspectos sobre uso racional de medicamentos preconizado nas políticas públicas de saúde vigentes; a importância do acesso à informação sobre medicamentos para contribuição ao uso racional de medicamentos no SUS. Em seguida, este artigo propõe ações para que os CIMs contribuam como estratégia para qualificar o acesso, o uso racional e a dispensação de produtos e serviços no SUS.

METODOLOGIA

Foi realizada seleção de fontes sobre *direito sanitário*, *planejamento estratégico em saúde*, *políticas públicas de saúde*, *assistência farmacêutica* e *centros de informação sobre medicamentos*; revisão em fontes bibliográficas e eletrônicas sobre o tema *informação sobre medicamentos* no âmbito das políticas farmacêuticas e do direito sanitário, através de consulta a banco de dados do Supremo Tribunal Federal, Superior Tribunal de Justiça, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Federal de Farmácia; e consulta às bases de dados SciELO e Biblioteca Virtual de Saúde, usando os descritores (isolados ou combinados): *uso racional de medicamento(s)*, *decisões judiciais, medicamento*, *centro, informação*(*ões*), *SUS*, *política*(*s*), *pública*(*s*), *judicialização*, sem limite de busca, para localização de artigos relacionados com os itens anteriores.

Foi realizada pesquisa em documentos versando sobre políticas públicas de saúde relacionadas ao medicamento, cujo conteúdo foi avaliado criticamente quanto aos objetivos da pesquisa à luz do direito sanitário.

A discussão foi voltada para sujeitos que atuam ou necessitam de serviços da atenção básica do SUS – via de entrada preferencial do sistema de saúde – e procurou contemplar práticas terapêuticas medicamentosas preconizadas na Assistência Farmacêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; BRASIL, 2011; BRASIL, 2011).

DISCUSSÃO

A situação apresentada insere-se na visão proposta por

Dallari (2008) sobre direito à saúde – como reivindicação de um direito humano – e do direito à saúde pública – como conjunto de normas jurídicas para promoção, prevenção e recuperação da saúde de todos os indivíduos que compõem o povo de determinado Estado (AITH, 2008).

O direito sanitário constituiu-se devido ao seu sentido social, pois contribui com a sociedade "para uma correta organização das ações e serviços de saúde nela existentes, visando sempre ao desenvolvimento da sociedade e à defesa dos valores juridicamente protegidos por essa mesma sociedade" (AITH, 2008).

A construção desse sentido social através do direito sanitário possui garantia constitucional, pois a saúde é direito de todos e dever do Estado, "garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988 organizou esse contexto através do SUS, sendo um dos principais avanços em relação ao desenvolvimento de políticas públicas do Estado de caráter universalista (MACHADO, 2008). Dentre seu campo de atuação destaca-se a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, a qualquer pessoa através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a integração das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 1990).

No entanto, a garantia do *direito à saúde* até as últimas instâncias depende que esse *direito* possua o mesmo significado para os diferentes atores no sistema. Por isso, esse significado deve ser permanentemente construído na sociedade, pois ele é uma demanda que apenas pode ser encontrada pelas próprias pessoas da comunidade interessada (DALLARI, 2008).

Assim sendo, o *direito sanitário*, ou direito à saúde, *pode ser*

e *necessita ser* extensivo a qualquer indivíduo, como controle social, usuário, profissional de saúde e gestor no sistema, e operador do direito.

A saúde é um tema complexo, cujo conceito é o resultado de um conjunto amplo de determinantes analisados a partir de uma visão sistêmica e ampliada (DELDUQUE; OLIVEIRA, 2008). O direito sanitário comporta um contexto regulatório e outro administrativo (ou de gestão dos serviços e do sistema de saúde), e regulamenta a própria relação entre indivíduos e estes com os profissionais de saúde (KEINERT *et al.,* 2009).

O principal executor do direito à saúde é o Poder Executivo, cabendo-lhe articular com os mais diversos parceiros, dentro e fora do poder público, para que esse direito seja fruto das verdadeiras necessidades da sociedade (DELDUQUE; OLIVEIRA, 2008).

A compreensão do SUS como um processo em construção que demanda enormes esforços do Estado e das forças da sociedade civil exige (1) a necessidade de articulação coerente dos diversos atores sociais envolvidos com as políticas sociais em saúde e (2) obtenção de respostas afirmativas, inclusivas e solidárias para os desafios da saúde do ponto de vista do exercício dos direitos civis, da cidadania e do controle social (DÍAZ BERMÚDEZ, 2008).

O usuário possui direito à terapia medicamentosa no SUS se cumulativamente estiver assistido por ações e serviços de saúde do sistema, se o medicamento tiver sido prescrito por profissional de saúde no exercício regular de suas funções no SUS, se a prescrição estiverem em conformidade com a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou, na sua falta, com lista específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos e se a dispensação tiver ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Ou seja, o direito à saúde

universal e integral somente ocorrerá se o sistema enxergar esse sujeito – para tanto, deverá estar formalmente inserido no SUS; mas essa inserção exige potencial limitação ao acesso a práticas terapêuticas e medicamentosas, pois o usuário ficará restrito às terapias e práticas disponíveis localmente.

Apesar dos esforços de gestão, o SUS depara-se diante de uma contradição: embora saúde seja um direito universal, o SUS não consegue assegurá-lo na prática. Diante desse dilema, grupos da sociedade têm buscado a garantia de seus direitos constitucionais junto às instâncias judiciais (MACHADO, 2008).

A concessão de liminares para a aquisição imediata de medicamentos pelo gestor público, em geral em processo sumário e sem licitação, intervém diretamente na gestão do orçamento aprovado pelo Poder Legislativo e na condução das políticas públicas de saúde estabelecida pelo Executivo (MACHADO, 2008).

No entanto, a judicialização da saúde pode ser benéfica para ampliação das ações e serviços oferecidos pelo Estado, dentre os quais medicamentos, e para a própria revisão das políticas vigentes (MACHADO, 2008), pois o aumento crescente dessas demandas judiciais pode indicar falhas de gestão em relação aos princípios da integralidade e universalidade terapêutica e medicamentosa preconizadas pelas políticas públicas de saúde.

A complexidade desse atendimento perante os princípios constitucionais remonta às propostas aprovadas na *8ª* Conferência Nacional de Saúde (CNS, 1986), as quais valorizaram a abordagem humanizada sugerida na Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978, e no Programa de Medicina Tradicional criado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na década de 1970 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A discussão sobre políticas públicas de saúde em fóruns de deliberação do controle social do SUS possibilitou que

representações de atores diversos pautassem problemas e propusessem soluções relacionadas a questões sobre qualidade, uso irracional e dificuldade de acesso a medicamentos (CZERMAINSKI, 2009).

Dessa discussão, adveio a necessidade de formulação e implementação de políticas públicas em saúde, abarcando medicamentos (BONFIM; MERCUCCI, 1997).

Seleção, disponibilidade, acesso, educação, informação e comunicação foram elementos considerados componentes da Assistência Farmacêutica e necessários para uma política de medicamentos, através da elaboração de estratégias – como centros de informação – (1) para fornecimento de informação objetiva, atualizada e imparcial aos profissionais e (2) para a garantia de acesso ao público em geral de informação relevante sobre medicamentos (JONCHEERE, 1997).

Nesse cenário, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Medicamentos em 1998, de cujas diretrizes e prioridades citam-se (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006):

- a organização da RENAME;
- a reorientação da Assistência Farmacêutica, através de ações nas três esferas do SUS para promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais;
- - a promoção do URM por meio de campanhas educativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) com participação das entidades representativas dos profissionais de saúde; elaboração de Formulário Terapêutico Nacional (FTN) para a orientação da prescrição e dispensação; estimulação do acesso do profissional a conhecimentos e treinamentos relacionados à gestão de sistemas de saúde e de informação e guias terapêuticos padronizados; e

> disseminação de informações objetivas e atualizadas para garantia do URM.

A Política Nacional de Medicamentos inovou ao estabelecer diretrizes, prioridades e responsabilidades de gestão aos três níveis de administração da AF e ao parametrizar a promoção do uso racional de medicamentos na população, prescritores e dispensadores.

Mas, essa política pública sugere limitar a universalidade e a integralidade constitucional do direito à saúde, pois apenas garante o direito à população que demanda por medicamentos (em vez da que deles necessita); contempla somente a terapia reconhecida para tratamento com medicamentos essenciais; e não incluiu formalmente os CIMs, embora informação técnico-científica sobre medicamento fosse diretriz transversal entre RENAME, Assistência Farmacêutica e URM, inerente à própria aplicabilidade dessa política pública de saúde nas três esferas de gestão do SUS.

Os pontos fracos dessas limitações podem estar na gestão, seguindo entendimento de Testa (1995), como o favorecimento da institucionalização de um modelo de política pública baseada em um padrão econômico-acadêmico dominante à época de uma medicina convencional de causa-efeito, conservadora e fragmentada, em detrimento de práticas alternativas e tradicionais de assistência à saúde, mais humanizadas.

Eventos ocorridos no final da década de 1990[3] somados com a força das conferências de saúde possibilitaram a realização da I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica em 2003 (CZERMAINSKI, 2009), a qual reforçou a necessidade de

[3] Extinção da Central de Medicamentos (CEME), denúncias de medicamentos falsificados, CPI dos Medicamentos na Câmara Federal, criação da PNM, edição da primeira portaria de financiamento da Assistência Farmacêutica Básica, Lei dos Genéricos, dentre outros.

estimular a implantação e utilização de centros de informação sobre medicamentos com financiamento público nos estados e municípios e de estimular outras atividades para promoção do acesso e URM (CNS, 2005).

A demonstração de forças sobre a problemática do medicamento e da assistência farmacêutica contribuiu para a construção de um novo enfoque no SUS, o qual foi incorporado na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) em 2004 (CZERMAINSKI, 2009).

Dentre os eixos estratégicos da PNAF, a garantia de acesso e equidade às ações de saúde inclui necessariamente a Assistência Farmacêutica, a utilização da RENAME e a pactuação de ações intersetoriais para internalização e desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS, nos diferentes níveis de atenção (CNS, 2004).

O conjunto de ações da Assistência Farmacêutica envolve o ciclo da AF – seleção, programação, aquisição, distribuição, gestão de materiais, dispensação –, a pesquisa, o desenvolvimento e a produção, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de utilização de medicamentos e insumos; e envolve aqueles referentes à Atenção Farmacêutica. Essa interação também deve incluir as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; CNS, 2004).

A Assistência Farmacêutica tem o medicamento como insumo essencial, visa ao acesso e ao seu uso racional e deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, principalmente as políticas de medicamentos**,** dentre outras (CNS, 2004), podendo-se afirmar que a PNAF é essencial para implementar a Política Nacional de Medicamentos.

A PNAF inova ao incluir a Atenção Farmacêutica como condição à humanização das ações; ampliar a atuação da AF, pois reconhece sua concepção integral; integrar a AF ao sistema de saúde para agregar valor às ações e aos serviços de saúde; e ampliar a compreensão de URM, possibilitando a crítica de produtos, tecnologias e serviços destinados à saúde.

Para os eixos estratégicos da PNAF à Atenção Básica, a informação sobre medicamentos produzida pode ser considerada inerente e estratégica para o desenvolvimento da AF e dos recursos humanos e serviços, além de possibilitar o resultado da própria política (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Discussões temáticas sobre SUS, Assistência Farmacêutica e garantia da universalidade, integralidade e equidade nos serviços de saúde influenciaram as organizações de saúde e os perfis profissionais exigidos, propiciando propostas e necessidades de novas práticas na AF para contemplar o direito de acesso ao URM e à opção terapêutica, enfaticamente colocada nas conferências de saúde e nas recomendações e reivindicações pela inserção de terapias tradicionais no SUS (CZERMAINSKI, 2009).

Nesse contexto, em 2006, é aprovada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos (PNPMF) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A PNPIC contribuiu para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS, incorporando e implementando experiências desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados. Essas práticas legitimadas pela sociedade nos campos da prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde basearam-se em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo, contemplando sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, chamados pela OMS de medicina

tradicional e complementar/ alternativa (integrativa) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Diretrizes inovadoras como divulgação e informação dos conhecimentos sobre práticas integrativas e complementares para profissionais de saúde, gestores e usuários, no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, e o provimento do acesso a medicamentos homeopáticos e fitoterápicos, assegurando as especificidades da assistência farmacêutica, contribuíram para ampliar o conceito de URM, estendendo-o às plantas medicinais e fitoterápicos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006); mas pareceram limitar o acesso a tais práticas somente aos atores contemplados pela ESF e por práticas acessíveis localmente.

A PNPMF amplia as opções terapêuticas seguras, eficazes e com qualidade acessível aos usuários – plantas medicinais, fitoterápicos e serviços relacionados à fitoterapia – na perspectiva da integralidade da atenção à saúde e do conhecimento tradicional sobre plantas medicinais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Em relação ao local para exercício das práticas farmacêuticas, a PNAF possibilitou o desenvolvimento de ações para estruturação de farmácias na rede municipal. No entanto, essas ações parecem ser limitantes à luz do direito sanitário: foram estruturadas para um ciclo de AF baseado no medicamento industrializado, podendo até ser fracionado, mas sem a inserção de especificidades da assistência farmacêutica decorrente de terapia preconizada na PNPIC e PNPMF, como planta medicinal, droga vegetal, preparação magistral, farmacopeica, derivada/transformada, unitarizada. Isso sugere que o modelo de farmácia no SUS segue um estereótipo decorrente da medicina conservadora-convencional, havendo risco de manter acesso limitado a recursos terapêuticos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; ANVISA, 2006; 2010; 2007).

O serviço de farmácia deve ser referência para informações técnico-científicas sobre medicamentos para a saúde local e seus profissionais, seja por meio de acesso a fontes bibliográficas ou eletrônicas confiáveis, acesso remoto a CIMs, seja por publicação de boletim informativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

A informação e a promoção dos medicamentos podem influenciar a maneira pela qual são utilizados; por isso a necessidade de que qualquer medicamento venha acompanhado de informação qualificada. Essas premissas vão ao encontro da principal meta de um CIM: a promoção do URM (MARIN *et al*., 2003).

A informação sobre medicamentos pode ser entendida como a provisão de informação obtida em fontes confiáveis, internacionalmente reconhecidas, e contendo dados seguros, independentes e atualizados; adequadamente referenciados, criticamente avaliados e imparciais sobre quaisquer aspectos relacionados à prática farmacêutica; imune a pressões políticas e econômicas; respondida com agilidade e em tempo hábil para a conduta terapêutica; elaborada e comunicada em locais estruturados e organizados chamados centros de informação, auxiliando a tomada de decisão sobre acesso e URM pelos profissionais de saúde (FISCHER, 2007; MARIN *et al*., 2003; MALONE *et al*., 2006).

Desde o reconhecimento do primeiro CIM no mundo, as atividades dos centros foram ampliadas para acompanhar o desenvolvimento de novos saberes e práticas em saúde (Quadro 1) (MARIN *et al*., 2003).

No Brasil, iniciativas para criação de centros de informação na década de 1980 culminaram com a criação do Centro Brasileiro de Informação sobre Medicamentos (CEBRIM), em 1992, cujos cursos realizados entre 1994 e 1997 foram determinantes para criação de outros centros no país (VIDOTTI, 2000).

O número de CIMs em funcionamento no país atualmente é

impreciso. O Conselho Federal de Farmácia (CFF) mantém lista com 22 centros cadastrados. No entanto, durante os Fóruns da Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos (REBRACIM), em 2010 e em 2011, participaram 26 centros, 16 dos quais cadastrados no CFF (CFF, 2010; REBRACIM, 2010; 2011).

Analisando as informações disponíveis no sítio eletrônico do CFF e da REBRACIM mais os relatos dos participantes ouvidos pelo autor durante os fóruns da Rede, a diversidade de práticas na atuação dos centros no país, desde a década de 1990, permite reflexões como:

- Alguns centros ampliaram o escopo de ação: a temática uso racional passou a contemplar insumos, plantas medicinais e drogas vegetais e algumas terapias integrativas foram inseridas;
- a diversidade de usuários pelo serviço resulta em diversidade de demandas;
- adaptação à demanda por informação é de maneira não coordenada entre os centros e não integrada com as políticas públicas de saúde;
- o financiamento público é necessário para manutenção dos serviços e realização das atividades;
- ainda existem Estados da Federação que não possuem CIM;
- há estados com centros que atendem somente demandas locais ou institucionais, não contemplando as necessidades de toda a sociedade;
- a demanda depende do acesso ao serviço, e o acesso pode estar limitado pela existência de um CIM, horário de funcionamento, público atendido, existência de farmacêutico para elaborar a resposta etc.

Quadro 1 - Descrição das atividades de um Centro de Informação sobre Medicamentos

Atividades preconizadas
Responder às perguntas relacionadas ao uso dos medicamentos (atividade principal e essencial, sem a qual não existe o Centro).
Atividades em Comissões, como Comissão de Farmácia e Terapêutica Publicações: boletins, alertas, colunas em jornais.
Educação: estágio, cursos sobre temas específicos da farmacoterapia Revisão do uso de medicamentos.
Atividades de pesquisa sobre medicamentos
Coordenação de programas de notificação (por exemplo, de reações adversas a medicamentos).

Fonte: Marin *et al*. (2003).

Baseado em Malone *et al*. (2006), dentre as etapas descritas para a principal atividade de um CIM – elaboração de respostas –, o processo da informação envolveria, necessariamente: a captação da necessidade real por informação; recebimento da pergunta (demanda); análise de consistência da pergunta; delimitação do tema; seleção de fontes de informação; busca da informação em fontes independentes; elaboração da resposta; validação da resposta; registro no banco de dados; fornecimento da resposta; socialização da informação com o público-alvo; gerenciamento do processo.

A análise de consistência da pergunta se relaciona matricialmente com variáveis – como terapia, tipo de produto regulado[4], consulente, segmento e natureza do estabelecimento, via de recebimento e urgência – que poderiam ajudar na composição das necessidades reais, saberes e práticas sobre um uso racional de medicamentos ampliado, contemplando também insumos, plantas,

[4] Baseado nos critérios da regulação sanitária da Anvisa e do Ministério da Agricultura: medicamento, alimento, droga vegetal, planta medicinal, cosmético, saneante, produtos para a saúde.

drogas vegetais, tecnologias e serviços preconizados pelas políticas públicas de saúde.

Embora informação sobre medicamento pareça ser necessária para implementação das políticas de saúde, ainda não foi estruturada com centros de informação inseridos no SUS pelo gestor federal, apesar de a Política Nacional de Medicamentos ter-lhe atribuído a missão de ser o articulador da AF nas três esferas de governo para promoção do URM e disseminação de informações técnico-científicas.

No campo da saúde, a política pode ser o objetivo da estratégia, e esta, o instrumento da política, em um diálogo circular permanente, dentro de um processo dinâmico para alcançar metas estabelecidas (TESTA, 1995).

Sob esse olhar, a Política Nacional de Medicamentos foi estratégica para a elaboração da PNAF e a PNAF foi a estratégia para a implementação da assistência farmacêutica prevista naquela política pública. Pode-se dizer também que a AF é um objetivo da estratégia de informação sobre medicamentos, e esta informação é um dos instrumentos necessários para implementar a Assistência Farmacêutica. Isso concorda com o preconizado pela OMS para a promoção do uso racional de medicamentos, pois informação fidedigna e isenta sobre medicamentos é uma das 12 intervenções (estratégias) descritas para sua implementação (OPAS, 2007).

Os CIMs foram estruturas contempladas nas diretrizes gerais da 12ª Conferência Nacional de Saúde em 2003 para possibilitar aos profissionais de saúde acesso à literatura técnico-científica idônea sobre medicamentos e medicação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Mas não foram inseridos na PNAF em 2004, como estruturas importantes para o URM.

O pensamento estratégico consiste em destacar a importância da busca permanente de um resultado (TESTA, 1995). Se o acesso e

uso racional são um resultado a ser alcançado pelas políticas públicas de saúde, então a maneira para alcançá-lo será por meio dessa forma de pensar.

Nesse contexto, se a prática das políticas através da PNAF, PNPIC e PNPMF puder ampliar os conceitos iniciais de acesso e URM, contemplando produtos (medicamentos e suas especificidades, insumos farmacêuticos, plantas e drogas vegetais), tecnologias (como equipamentos de diagnóstico) e serviços (como atenção farmacêutica, atendimento domiciliar, procedimentos farmacotécnicos) necessários à execução integral da AF; se a busca por informação não puder ser suprida localmente na atenção básica; se for possível considerar que a medicina baseada em evidências foi ampliada para saúde baseada em evidências (KEINERT, 2006), para dar robustez a esse acesso e uso racional ampliado, então os centros de informação são o pensamento estratégico para contribuir ao ciclo de práticas farmacêuticas na AF[5] do SUS, fornecendo informação útil às novas necessidades, saberes e práticas inseridas nas políticas públicas de saúde.

Nesse sentido, os CIMs são e estão estratégicos para o ciclo da AF no SUS e, por extensão, são ferramentas úteis para a garantia do direito à saúde. Para racionalização do processo de informação à elaboração de respostas, produção de informação técnica e auxílio à tomada de decisão sobre produtos, tecnologias e serviços na AF, a existência de CIMs estruturados para atendimento da complexidade do sistema pode auxiliar na gestão dos seguintes aspectos:

[5] Considera o ciclo da Assistência Farmacêutica de maneira ampliada, pois incorpora os insumos farmacêuticos, as plantas medicinais, drogas vegetais e serviços farmacêuticos e práticas profissionais necessários para contemplar a integralidade em processo das ações em saúde, como a atenção farmacêutica, o atendimento domiciliar, as análises clínicas, toxicológicas, fiscal, bromatológica, de controle, dentre outras.

- custos: recursos para aquisição, atualização, manutenção e disponibilidade de fontes de informação na rede;
- informação: habilidades e competências para manejo das fontes, análise da pergunta e fornecimento da informação útil ao demandante;
- pessoas: realocação de especialistas dedicados para as demandas;
- tempo: melhor aproveitamento da hora/atividade dos sujeitos que necessitam da informação e daqueles que a fornecem;
- tecnológico: investimento em novas ferramentas para obtenção, manutenção, gerenciamento e divulgação da informação;
- conhecimento: avaliação permanente das demandas por informação, verificando a necessidade de ações em educação, treinamento, capacitação em saúde ou busca ativa das necessidades reais por informação;
- gerencial: o operador e o gestor da saúde dialogam com critérios epidemiológicos e técnicos, visando assegurar segurança, eficácia, e custo-efetividade das ações; racionalizar e harmonizar o uso de produtos e condutas terapêuticas; delinear indicadores mais próximos das necessidades reais por saúde; e direcionar as políticas públicas de saúde para a plenitude da garantia do direito sanitário para a população.

Porém, pode-se considerar complexa essa inserção na AF:

> A saúde enquanto [sic] questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém as condições de vida e de trabalho qualificam de forma

> diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos [...] a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados [...]. Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente [...]. Portanto, incluindo os dados operacionáveis e junto com conhecimento técnico, qualquer ação de tratamento, de prevenção ou de planejamento deveria estar atenta aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige (MINAYO, 2004).

Mesmo com a prática da medicina baseada em evidências e uso dos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas preconizados a partir da Política Nacional de Medicamentos (KEINERT; PAULA; BONFIM, 2009), a oficina de trabalho sobre URM de 2006 ressaltou a desinformação profissional e acadêmica, que contribuem para a medicalização e medicamentalização (OPAS, 2007), como, prescrição desnecessária, tratamentos ineficazes e inseguros, exacerbação ou prolongamento da doença, aumento de reações adversas, desconforto e dano ao paciente; falta de acesso; aumento de demandas judiciais ou não por medicamentos e perda de confiança do usuário.

Da discussão dos pontos críticos em um cenário ideal sobre situações relacionadas com URM, foram sugeridas propostas de estratégias (OPAS, 2007), como a implantação de um sistema nacional de informações sobre medicamentos para atendimento das necessidades de diversos atores relacionados com o SUS.

Mesmo com tais propostas, os CIMs ainda não são considerados importantes para a construção do pensamento estratégico e alcance das metas e cumprimento das diretrizes

descritas na PNAF, PNPIC e PNPMF, pois sua inserção formal nessas políticas não ocorreu. Talvez porque os atores que discutem e aprovam propostas nos espaços setoriais não sejam os mesmos que a implementarão; ou aqueles que deveriam implementá-las não estejam representados nesses espaços; ou os sujeitos sociais teoricamente beneficiados com as propostas também não estejam representados e não conseguem informar as suas necessidades reais em saúde; ou condutas(de gestão pelos operadores das políticas públicas não dialogam com as propostas aprovadas.

O direito à saúde poderá ser comprometido, se o direito por informação for limitado, com informações fornecidas pelos serviços de farmácia no SUS norteadas pelo modelo convencional hegemônico.

Para evidenciar a limitação da inclusão dos CIMs no SUS, os Fóruns da REBRACIM reforçaram a importância da criação de redes de centros de informação para contribuir na continuação do funcionamento destes, pois, embora existam iniciativas anteriores de trabalho conjunto, como o SISMED (VIDOTTI, 2000), ainda há dificuldades para captação de financiamento, desenvolvimento de atividades integradas com as políticas públicas de saúde e organização e estrutura inserida na assistência farmacêutica do SUS.

Sugestões para a inserção dos CIMs nas políticas públicas de saúde como estratégia ao acesso e uso racional de medicamentos – extensivamente a produtos, tecnologias e serviços relacionados com a AF no SUS – para contribuição à garantia do direito à saúde da população, são a seguir apresentadas.

PARTICIPAÇÃO SOCIAL

O processo da informação precisa ser socializado com todos

os atores que interagem com ele para a construção de consenso sobre expectativas, necessidades reais, demandas e resultados esperados para o local ou região de abrangência da informação fornecida. Assim, a resposta tende a atender às necessidades de quem usará a informação (VIDOTTI, 2000). A participação social em qualquer etapa do processo pode:

- desenvolver nos atores sentimentos de responsabilidade e confiança;
- facilitar o relato de saberes e práticas dos atores, melhorando a percepção das necessidades reais desses sujeitos pelos CIMs e racionalizando os esforços para a resolução dessas necessidades;
- ser afirmativa e solidária nas fases do processo em que atua, valorizando a iniciativa e a união de esforços para sua concretização;
- possibilitar a multiplicação responsável da informação, ensejando adesão ao processo e agregando-lhe valor;
- ser representativa e efetiva nos espaços intersetoriais da AF no SUS.

ESPAÇO SOCIAL

As demandas por informação podem provir de indivíduos vinculados a espaços setoriais e intersetoriais da AF, ou de sujeitos formadores de espaços sociais externos. A integração de todos esses espaços formará um espaço social ampliado, global, sobre o qual os efeitos das políticas públicas serão permeados.

Considerando os CIMs inseridos nessa pluralidade, eles podem se constituir em espaços sociais determinantes para

subsidiar o delineamento da política de produtos, serviços e tecnologias demandados pela AF no SUS, de modo que:

- esse espaço esteja disponível e acessível para participação representativa de todos os atores com os quais a informação produzida interagirá;
- os atores envolvidos com o processo de informação precisam estar representados nos conselhos de saúde – local de escolha para a visualização e percepção de que os CIMs e suas atividades são estratégicos no SUS;
- a distribuição de forças para defesa de concepções de diferentes atores nos espaços sociais precisa ser garantida.

CONTROLE SOCIAL

O controle social no SUS é essencial para o processo democrático de representação de forças, defesa e manutenção de direitos, e garantia do cumprimento de deveres constitucionais. Responsável pela inserção das políticas públicas de saúde no contexto social das necessidades reais da população, controle social na saúde vinculado às esferas federal, estadual e municipal tem como competências:

- fiscalizar eficazmente a execução dessas políticas, aliando diferentes técnicas metodológicas e de representação dos atores;
- avaliar criticamente a condução das políticas públicas de saúde para, se necessário, reorientá-las a fim de que atendam a universalidade,

integralidade e equidade constitucionais preconizadas à saúde e derivem outras políticas, programas e projetos.

SABERES E CAMPO DE PRÁTICAS

O ciclo da Assistência Farmacêutica contempla saberes e campos de práticas de várias profissões. Deveria ser um ciclo inclusivo, prevendo o desenvolvimento de saberes e práticas necessárias para o cumprimento das políticas públicas de saúde, de modo a garantir a universalidade, integralidade e equidade no acesso e uso racional principalmente de medicamentos através, inclusive, da informação.

No âmbito da farmácia, o ciclo de práticas farmacêuticas poderia estar inserido na AF e, para cada uma dessas práticas e saberes, seria relevante estabelecer o exercício das profissões inter-relacionadas, facilitando a visualização, compreensão e delimitação das responsabilidades, habilidades e competências dos diferentes atores que interagem com essas práticas e saberes. Nesse pensamento, seriam úteis a:

- regulamentação do exercício profissional do serviço farmacêutico realizado em centros de informação e no ciclo de práticas farmacêuticas na Assistência Farmacêutica no SUS;
- participação inclusiva dos conselhos profissionais no ciclo de práticas farmacêuticas no SUS para auxílio na resolução de questões, contemplando a totalidade de práticas desenvolvidas no âmbito de cada exercício profissional.

DIRETRIZES

Para contribuição ao direito à saúde, são propostas as seguintes diretrizes para estruturação de centros de informação sobre medicamentos no âmbito do SUS:

- hierarquização: consideração da complexidade dos serviços disponíveis pelos CIMs e a diversidade de ações e áreas temáticas desses serviços, através de modelo matricial e reticular de referência e contrarreferência, estruturados em níveis de serviços de informação, de menor complexidade – atendimento local – ao de maior complexidade – abrangência nacional –, podendo contribuir para a racionalização de custos, alocação de pessoas e desenvolvimento de informação ativa pelos CIMs;
- regulação: visualização dos serviços de informação como locais fisicamente constituídos para o exercício profissional do farmacêutico, através de adequação perante órgãos reguladores, como regularidade técnica e sanitária e certificação em boas práticas;
- infraestrutura, organização e funcionamento: definição de requisitos mínimos para área física, equipamentos, mobiliário, recursos tecnológicos, acesso e disponibilidade de fontes obrigatórias, horário de atendimento, lista de serviços mínimos, atividades de inclusão social, integração com atividade de ensino, pesquisa e extensão universitária, dentre outros aspectos, de modo que haja exigências mínimas para cada nível de complexidade. É imprescindível farmacêutico dedicado para resolução das perguntas durante todo horário de funcionamento do CIM; é recomendável que os serviços de maior complexidade estejam localizados ou formalmente vinculados com instituições de ensino superior para

desenvolvimento de atividades conjuntas em pesquisa, ensino e extensão universitária;

- financiamento: através do bloco da Assistência Farmacêutica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), pois a informação sobre insumos, plantas e medicamentos é intrínseca à AF;
- racionalização do processo: o atendimento das necessidades reais por informação, através da busca ativa por atividade exploratória, observacional, ou estimulada pelo profissional de saúde, preferencialmente no espaço social de que o indivíduo que utiliza produtos, tecnologias e serviços participa, contribui com resultados mais próximos da realidade por informação, refletindo em indicadores mais confiáveis sobre acesso e uso racional e repercutindo em práticas mais eficazes;
- universalidade e integralidade: todos os atores que necessitam de informação têm direito de acessá-la e obtê-la. No entanto, a informação precisa ser organizada e disponível em níveis de acesso, para facilitar sua compreensão e adesão às práticas dela decorrentes;
- equidade: a informação fornecida deve atender às necessidades reais dos sujeitos, respeitando e adequando-se a elas;
- ausência de vieses: depende de fatores, como (1) ausência de conflito de interesse do profissional processador da informação; (2) seleção de fontes de informação seguindo critérios técnicos para garantir a idoneidade do conteúdo e atender à demanda epidemiológica no âmbito do serviço; e (3) modelo de gestão que garanta a participação representativa de todos os atores relacionados com o serviço, contribuindo para a transparência nas decisões estratégicas do gestor responsável pelo CIM e dialogando com a universalidade, integridade e equidade das políticas públicas;

- banco de dados: é necessário um sistema de informação gerencial para a gestão de usuários, demandas, respostas, estatísticas, indicadores de qualidade e relatórios para monitoramento e avaliação do processo de todos os serviços referenciados sobre informação no SUS. O banco de dados precisa ser confiável, padronizado e seguro; deve permitir seu acesso remoto, rastreabilidade e atualização sistêmica (*online*) e instantânea (*real time*); deve ser integrado e acessível a todos os níveis de serviço, através de patamares de permissão para acesso às informações;
- publicidade: divulgação das ações desenvolvidas pelos CIMs em espaços de acesso público;
- gestão do conhecimento: o conhecimento produzido pelos serviços de informação pode contribuir para o planejamento estratégico sobre a condução e necessidades das políticas públicas de saúde para o acesso e uso racional, integrando este conhecimento ao campo de práticas da Assistência Farmacêutica no SUS; para a formação acadêmica, científica e tecnológica de profissionais da área da saúde; para ações de ensino, pesquisa e extensão universitária; e para ações inclusivas no ensino médio e fundamental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise sobre a inserção dos CIMs nas políticas públicas de saúde como estratégia para o acesso e uso racional de medicamentos com universalidade, integralidade e equidade facilita muitas reflexões.

Foi possível observar que a via de acesso e o uso racional de medicamentos descritos nas políticas farmacêuticas analisadas parecem valorizar aspectos que não contemplam efetivamente os

princípios constitucionais de universalidade e integralidade da saúde no SUS.

Constatou-se que os CIMs não estão inseridos formalmente na Assistência Farmacêutica do SUS, embora informação sobre medicamentos seja diretriz transversal de políticas públicas de saúde.

Em um cenário de defesa ao direito pleno à saúde, a garantia desse atendimento necessita que o uso de produto, serviço ou tecnologia preconizado pela AF do SUS esteja baseado em evidências, acessível e disponível na rede, de modo a garantir a individualidade da terapia prescrita (planta medicinal, droga vegetal, medicamento e suas especificidades – preparação farmacopeica, derivada/transformada, unitarizada, magistral, fracionada, ou outra); e que o paciente possa escolher o modelo terapêutico de sua crença para seu tratamento, do convencional a outros.

Para que o indivíduo tenha garantido seu direito constitucional à saúde, todos os atores que atuam no SUS – principalmente os profissionais de saúde – devem ter garantia de acesso e obtenção de informações técnico-científicas criticamente avaliadas sobre todos os campos de práticas e modelos terapêuticos reconhecidos pelo SUS.

Nesse sentido, os centros de informação sobre medicamentos são estratégicos para todo o campo de práticas da Assistência Farmacêutica, pois estão estruturados e organizados para fornecerem informação qualificada e criticamente avaliada para diversos atores, e podem atuar na educação em saúde, atividades de extensão universitária e na pesquisa, contribuindo estrategicamente com o acesso e uso racional em construção no SUS.

Os CIMs podem auxiliar cada etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica, podendo contribuir, por exemplo, com a diminuição de demandas judiciais de usuários que não conseguem a garantia do

direito no próprio SUS ao acesso e uso racional de medicamentos, serviços e tecnologias.

O trabalho apresenta propostas inclusivas para que os CIMs sejam integrados de forma estratégica no SUS, principalmente na Assistência Farmacêutica, possibilitando que suas atividades sejam compreendidas e valorizadas pelos atores sociais da saúde e do direito.

Essas propostas podem ser incubadoras para revisão da atual PNAF, de modo a fortalecê-la e torná-la efetivamente universalizada e integrada, respondendo às necessidades da população por saúde.

Garantir o direito à saúde contempla o direito integral e universal ao acesso a terapias e a medicamentos disponíveis nas diversas tecnologias farmacêuticas reconhecidas para atendimento da prática terapêutica escolhida, contribuindo para o seu uso racional. A informação técnica qualificada fornecida pelos CIMs pode auxiliar significativamente na garantia desse direito.

REFERÊNCIAS

AITH, F. M. A. “Consolidação do direito sanitário no Brasil”. *In*: COSTA, A. B. *et al*. (orgs.). **O Direito achado na rua**: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: Editora UnB, 2008.

BONFIM, J. R. A.; MERCUCCI, V. L. (orgs.). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

CFF - Conselho Federal de Farmácia. “Cebrim - Outros CIM no Brasil”. **Portal Eletrônico CFF** [2011]. Disponível em: <www.cff.org.br>. Acesso em: 15/06/2026.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. **Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15/06/2026.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. **I Conferência Nacional de Medicamentos E Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15/06/2026.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15/06/2026.

CZERMAINSKI, S. B. C. **A política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos**: um estudo a partir da análise de políticas públicas (Dissertação de Mestrado em Ciências Farmacêuticas). Porto Alegre: UFRGS, 2009.

DALLARI, S. G. "O conteúdo do direito à saúde". *In*: COSTA, A. B. *et al*. (orgs.). **O direito achado na rua**: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: Editora da UnB, 2008.

DELDUQUE, M. C.; OLIVEIRA, M. S. C. "Tijolo por tijolo: a construção permanente do direito à saúde". *In*: COSTA, A. B. *et al*. (orgs.). **O direito achado na rua**: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: Editora da UnB, 2008.

DÍAZ BERMÚDEZ, X. P. *et al*. "O Sistema Único de saúde, uma re-trospectiva e principais desafios". *In*: COSTA, A. B. *et al*. (orgs.). **O direito achado na rua**: introdução crítica ao direito à saúde. Brasília: Editora da UnB, 2008.

FISCHER, M. I. *et. al*. **CIM-RS**: o desafio de qualificar a informação. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

FORMIGUIERI, R. V. **Caracterização dos estabelecimentos de origem das solicitações de informação CIM-RS-2007** (Trabalho Apresentado no Salão de Extensão Universitária). Porto Alegre: UFRGS, 2008.

GONÇALVES, J. B. **Transcrição de palestra proferida na audiência pública da saúde**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2009.

GUIMARÃES, R. F. N. **Transcrição de palestra proferida na audiência pública da saúde**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2009.

JONCHEERE, K. "A necessidade e os elementos de uma política nacional de medicamentos". *In*: BONFIM, J. R. A.; MERCUCCI, V. L. (orgs.). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

KEINERT, T. M. M. *et al*. (orgs.). **Ações judiciais no SUS e a promoção do direito à saúde**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2009.

LOPES, L. C. *et al*. "Medicamentos antineoplásicos e ações judiciais: contribuição para o modelo de assistência farmacêutica no SUS". **Seminário de Avaliação Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Ministério da Saúde; 2010.

MACHADO, F. R. S. "Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil". **Revista de Direito Sanitário**, vol. 9, n. 2, 2008.

MALONE, P. M.; KIER, K. L.; STANOVICH, J. L. **Drug information**: a guide for pharmacists. New York: McGraw-Hill, 2006.

MARIN, N. *et al*. (orgs.). **Assistência farmacêutica para ge-rentes**

municipais. Rio de Janeiro: OPAS, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15/05/2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15/05/2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15/05/2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15/05/2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Entendendo o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15/05/2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15/05/2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Profissional e Gestor/Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em:

<www.saude.gov.br>. Acesso em: 15/05/2026.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Telessaúde Atenção Primária em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15/05/2026.

MOTA, D. M. *et al*. "Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões". **Ciência e Saúde Coletiva***,* vol. 13, 2008.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Oficina de trabalho**: Uso racional de Medicamentos na perspectiva multiprofissional. Brasília: OPAS, 2007. Disponível em: <www.opas.org>. Acesso em: 15/05/2026.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Uso racional de medicamentos y otras tecnologías de salud**. Madrid: OPAS, 2013. Disponível em: <www.opas.org>. Acesso em: 15/05/2026.

PASCALICCHIO, A. E. "A necessidade de uma medicina holística". *In*: BONFIM, J. R. A.; MERCUCCI, V. L. (orgs.). **A construção da política de medicamentos**. São Paulo: Editora Hucitec, 1997.

PICON, P. D. **Transcrição de palestra proferida na audiência pública da saúde**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2009.

REBRACIM - Rede Brasileira de Serviços e Centros de Informação de Medicamentos. **I Fórum da Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação Sobre Medicamentos**: Estratégias de Integração com o SUS. Brasília: REBRACIM, 2010. Disponível em: <www.rebracim.com.br>. Acesso em: 12/07/2026.

REBRACIM - Rede Brasileira de Serviços e Centros de Informação

de Medicamentos. **II Fórum da Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação Sobre Medicamentos**: A importância de ter acesso à informação independente sobre medicamentos. Brasília: REBRACIM, 2011. Disponível em: <www.rebracim.com.br>. Acesso em: 12/07/2026.

TERRA, O. G. **Transcrição de palestra proferida na audiência pública da saúde**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, 2009.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação***:* o caso da saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

VIDOTTI, C. C. F. *et al*. **Centro de informação sobre medicamentos**: análise diagnóstica do Brasil. Brasília: OPAS, 2000.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. "Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil". **Revista de Saúde Pública**, vol. 41, n. 2, 2007.