

POLÍTICAS DE SAÚDE NO CONTEXTO BRASILEIRO: UMA QUESTÃO INADIÁVEL NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL FARMACÊUTICO

EDGAR CESAR DURANTE¹
EDUARDO ANDRÉ BENDER²
LETÍCIA MARQUES COLOMÉ²

1. Docente e coordenador do Curso de Farmácia e Bioquímica da Universidade Federal de Santa Maria
 2. Acadêmicos do Curso de Farmácia e Bioquímica da Universidade Federal de Santa Maria
- Curso de Farmácia e Bioquímica da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Campus Universitário,
Santa Maria, RS. *E-mail* ccfarm@ccs.ufsm.br

INTRODUÇÃO

Sensibilizados pelas disposições contidas na base legal que trata e institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para formação acadêmica, na área da Farmácia, entendemos ser oportuno abordar questões inseridas no Parecer 1.300/01 e na Resolução nº 2/02, os quais enfocam o perfil profissional bem como as competências e as habilidades que devem ser desenvolvidas em consonância com os pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS), idealizado pelo processo da Reforma Sanitária Brasileira.

Dessa perspectiva, colocamos em evidência a temática que trata das políticas de saúde, uma vez que constituem-se premissas da formação acadêmica, não apenas na área farmacêutica, mas em todo o campo da saúde. Por conseguinte, torna-se indispensável conhecer e compreender a política de saúde vigente, sem contudo desconsiderar o caráter das propostas assistenciais que a antecederam, o que se faz imprescindível para intervir nos problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no contexto onde o profissional se insere.

Lembramos, ainda, que tal consideração vai ao en-

contro das discussões pautadas nas Conferências Nacionais de Educação Farmacêutica, realizadas, em Brasília, nos anos de 2000 e 2001, que, em seus relatórios finais, recomendam a inserção de conhecimentos de políticas de saúde nos currículos dos cursos de Farmácia.

Face ao exposto, o referido texto propõe-se a apresentar os diferentes períodos constitutivos da evolução das políticas de saúde, no Brasil, a fim de que venha suscitar reflexões fundamentais, tanto para a caminhada acadêmica, quanto para o exercício profissional comprometido com a problemática sócio-sanitária do País, tal como está propalado nas Diretrizes Curriculares supramencionadas.

CONTEXTO E PROPOSTAS ASSISTENCIAIS QUE ANTECEDERAM O SUS

Colonização-Império e Início da República

Durante as fases colonial e imperial, as relações de produção predominantes não eram propriamente capitalistas, mas escravagistas. A maior parte dos trabalhadores vendia seus próprios corpos entre senhores de escravos e os baixos preços pagos por tal mercadoria não justificavam uma preocupação maior com a saúde dessa força de trabalho.

A medicina, neste contexto, moldada no sistema existente, em Portugal, era, na visão de Singer (1988), pouco desenvolvida e limitada aos militares e altos funcionários da corte. As camadas médias usavam a medicina popular e os demais, quando não morriam sem assistência, faleciam nos hospitais religiosos - as Santas Casas de Misericórdia, as quais demonstravam que a saúde popular era um tema de caridade cristã. As doenças prevalentes, nesse período, resultantes em grande parte da miscigenação de três etnias (colonizador, negro e indígenas), eram as pestilenciais, ficando a cargo das câmaras municipais tomar "medidas sanitárias", em épocas de epidemia.

Com a chegada da corte real ao Brasil, no entanto, criam-se condições para uma nova política de saúde, surgindo, assim, as práticas de controle sanitário. A partir daí, atentou-se, por um lado, para a saúde pública e, por outro, pela normalização da ciência moderna. Em 1808, foi instalada, na Bahia, a primeira Faculdade de Medicina do Brasil, iniciando a formação de médicos.

Filhos de seu tempo, os médicos do império não sabiam o que fazer para evitar as doenças infecciosas que atingiam os habitantes da capital e após eram disseminadas pelos viajantes por todo o país. Os navios vindos do estrangeiro seriam os principais causadores das epidemias cariocas, como as de varíola, febre amarela e cólera. Por fim, alguns médicos concluíram que as enfermidades cariocas eram causadas por "miasmas", isto é, pelo "ar corrompido" que, vindo do mar, pairava sobre a cidade. Assim, na tentativa de minimizar as epidemias, o espaço urbano é submetido ao controle rigoroso da população, onde hábitos e costumes eram impostos por leis e decretos.

A Proclamação da República facilitou a implantação do modo de produção capitalista, no Brasil. Os excedentes econômicos gerados pela produção capitalista do café, no final do império, permitiram a instalação das primeiras in-

dústrias. Desse modo, a diretriz de saúde que toma o País está vinculada à estrutura produtiva, que tem como "carro chefe" a agroexportação. Tinha um núcleo agrário voltado para o café, a borracha e outras matérias-primas e um segmento urbano, desenvolvendo atividades de financiamento, comercialização, transporte, administração e indústria.

Daí, a razão pela qual o Estado assume medidas sanitárias que visam à contenção das epidemias que ameaçam o comércio com o estrangeiro, concentrando as práticas sanitárias nos portos e nos núcleos urbanos e assegurando condições de exportação e mão-de-obra estrangeira ao trabalho brasileiro. O meio rural, relegado a segundo plano, só chamava a atenção dos médicos e das autoridades, quando os problemas sanitários interferiam na produção agrícola ou extrativista destinadas à exportação.

A organização sanitária deixada pelo império caracterizava-se pela centralização e pelo caráter repressivo (polícia médica), diante das doenças pestilenciais. Os serviços sanitários fiscalizavam as ruas e as casas, estendendo a vigilância a fábricas, hospitais, bares e cemitérios. Tornou-se obrigatória a notificação de doenças infecto-contagiosas. Esses fatos ilustram como alterações na base econômica determinam mudanças nos outros andares do edifício social, tanto em relação à organização do Estado como no campo das ideologias e no desenvolvimento das instituições.

Para assegurar a eficiência das tarefas dos higienistas e dos fiscais sanitários, foram criados os laboratórios Bacteriológicos, Vacinogênico e de Análises Clínicas e Farmacêuticas. Ampliados, logo depois, transformaram-se, respectivamente, nos Institutos Butantã, Biológico e Bacteriológico (este último mais tarde denominado Instituto Adolfo Lutz).

À medida que a urbanização se acelerava e a industrialização se expandia, maiores contingentes populacionais se aglomeravam em centros urbanos com deficiências habitacionais e de saneamento. Criavam-se condições para as propagações das doenças transmissíveis, predominantemente pestilenciais. Apesar da ideologia liberal, o Estado foi reagindo às condições de saúde, através de políticas de saúde, normatizando e organizando a produção e a distribuição de serviços.

Não era o conjunto dos problemas de saúde e carências da população que passaram a ser objetivo da atenção do Estado, mas, fundamentalmente, os que se referiam a interesses específicos da economia de exportação: a insalubridade dos portos, a atração e retenção de mão-de-obra, as endemias rurais e o saneamento urbano.

Nesse contexto, Oswaldo Cruz foi convocado pelo Governo do Rodrigues Alves para reformar a organização de saúde. Para isso, desenvolveu uma política sanitária e elaborou o código sanitário, evidenciando uma intervenção maior do Estado na saúde. Iniciava-se, dessa forma, o chamado "sanitarismo campanhista", em que as ações de saúde são executadas sob a forma de campanhas, verticais e descontínuas, divorciadas da assistência médico-hospitalar.

Oswaldo Cruz implantou também a vacinação obrigatória contra a varíola, o que provocou uma reação popular, pois, além de nunca ter passado por um processo semelhante, a população desconhecia a composição e a qualidade do material empregado na imunização. Confrontos entre popu-

lares e policiais deram início à chamada revolta da vacina, que só terminou com a prisão dos líderes populares, após seis dias de conflito. A revolta exigiu que o Estado e a medicina buscassem outras formas de relacionamento com a sociedade, testando, nos anos seguintes, novas formas de organização das ações em favor da saúde coletiva.

As contradições geradas na estrutura social pelo desenvolvimento capitalista levam o Estado a responder, à medida do possível, a questão social vista sob os ângulos de saúde e da previdência social. Em 1923, é aprovada a *Lei Eloi Chaves*, organizando às CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões) que dão origem à previdência social no Brasil. Uma nova organização sanitária é implantada por Carlos Chagas, contemplando a tuberculose, a lepra, as doenças sexualmente transmissíveis e a infância.

É, portanto, nessa conjuntura que a organização dos serviços de saúde, no Brasil, nasce de forma dicotomizada, separando as ações de saúde pública das de assistência médico-hospitalar. Assim, as políticas de saúde do Estado brasileiro seguem um duplo caminho: saúde pública, de um lado, e medicina individual (previdenciária e privada), do outro.

Era Vargas (1930–1945)

Durante todo o seu Governo - que durou até 1945 -, Vargas buscou centralizar a máquina governamental e também bloquear as reivindicações sociais. Para isso, recorreu a medidas populistas, pelas quais o Estado se apresenta como pai, como tutor da sociedade, provendo o que julgava ser indispensável ao cidadão. As políticas sociais foram a arma utilizada pelo ditador para justificar, diante da sociedade, o sistema autoritário, atenuado pela "bondade" do Presidente.

Desde outubro de 1930, a área sanitária passou a compartilhar com o setor educacional um ministério próprio, o Ministério da Educação e da Saúde Pública, o qual determinou uma ampla remodelação dos serviços sanitários do País, mas que, na verdade, pretendia garantir à burocracia federal o controle desses serviços.

A nova organização do setor de saúde anunciava o compromisso do Estado de zelar pelo bem-estar sanitário da população. Tal promessa foi recebida de modos diferentes pelas lideranças políticas estaduais. Nas áreas onde havia pouca ou nenhuma assistência médico-hospitalar, essa proposta foi naturalmente bem aceita: esperava-se que as vilas e cidades mais carentes atraíssem a atenção do Governo Federal e recebessem postos médicos e até mesmo hospitais. Nos Estados mais ricos, que já possuíam serviços de saúde organizados, a intervenção federal foi considerada desnecessária e centralizadora, mais dificultando que ajudando a melhorar o atendimento à população.

A atenção e as verbas despendidas pelo Governo Federal, desde o início da República, permitiram constituir, já em meados da década de 20, um sistema de saúde pública descentralizado e ajustado às questões sanitárias próprias de cada região do Estado. Nesse sistema, os centros de saúde atendiam e orientavam enfermos, além de funcionarem também como porta de entrada para o internamento hospitalar.

Porém, as reformas varguistas, em São Paulo, simplesmente decretaram o fim dessa experiência descentralizadora. Em lugar do atendimento ágil e voltado para a população, os interventores sanitários optaram pela organização centralizada dos serviços, que foram orientados para o tratamento de enfermidades específicas - como o tracoma, a lepra e a ancilostomose - sem, contudo, atender às necessidades impostas pelas demais moléstias que atingiam a região, como a tuberculose e as doenças da infância. Foram deixados em segundo plano também o acompanhamento e a orientação das mulheres grávidas.

Os profissionais da saúde foram praticamente excluídos das decisões sanitárias, que passaram a ser tomadas por políticos e burocratas, que, em muitos casos, pouco conheciam sobre problemas de saúde e conceitos epidemiológicos. Qualquer crítica ou oposição era mal recebida pelas autoridades, que acusavam de "tendência comunista" os clínicos que se opunham ao programa higienista montado pelos assessores do Presidente.

Depois do golpe que criou o Estado Novo, em 1937, a política populista e autoritária do Presidente Vargas voltou-se ainda mais para a população urbana, empregada nos setores industrial e comercial. A necessidade de obter apoio social e político e conferir alguma legitimidade ao Estado ditatorial exigiu uma legislação social que garantisse maiores direitos aos trabalhadores urbanos.

O modelo oferecido pela Lei Elói Chaves foi parcialmente adotado por Getúlio Vargas, que, na década de 30, o aplicou a várias categorias profissionais. As caixas de aposentadoria e pensões e os institutos de previdência, organizados sob a tutela do Estado, garantiram assistência médica a uma vasta parcela da população urbana, sem gastar nenhuma verba da administração federal.

De outro modo, a situação tornava-se trágica para o operário que não tinha carteira de trabalho e que por isso não podia contribuir para a caixa de sua categoria profissional. Para esse trabalhador, restava o apelo à caridade pública, sendo qualificado pela administração dos hospitais filantrópicos como indigente, triste rótulo para quem perdera a saúde e não tinha dinheiro para pagar o tratamento.

A atuação do Governo de Vargas no campo da saúde dos trabalhadores representou um avanço em relação ao período anterior. Graças à nova legislação, que possibilitava a assistência médica a muitos que antes eram completamente desamparados, o Presidente ganhou a estima popular, sendo chamado pelo povo de "pai dos pobres" - mesmo que muitos brasileiros, no campo e na cidade, continuassem sem garantias legais de acesso aos serviços de saúde.

A partir da instalação do Estado Novo, a administração sanitária buscou reforçar as campanhas de educação popular, criando serviços especiais para a educação em saúde. Unindo modernas técnicas pedagógicas e de comunicação com os princípios da medicina sanitária, os funcionários deste setor elaboraram cartazes e folhetos que chamavam a atenção pelas ilustrações coloridas. Muitos conselhos sanitários levados à população apoiavam-se ainda nos princípios eugênicos difundidos desde a República Velha. De acordo com esses princípios, a qualidade racial brasileira era um dos principais motivos das moléstias e da miséria do País.

Período Desenvolvimentista (1945-1964)

Após a II Guerra Mundial, grandes manifestações populares contra a ditadura acabaram resultando, em outubro de 1945, na deposição de Getúlio Vargas e, no ano seguinte, na elaboração de uma Constituição democrática de inspiração liberal. A partir de então e até 1964, o Brasil viveu a fase conhecida como período de redemocratização, marcado pelas eleições diretas para os principais cargos políticos, pelo pluripartidarismo e pela liberdade de atuação da imprensa, das agremiações políticas e dos sindicatos. Mesmo sob regime democrático, a política populista inaugurada por Vargas foi mantida. Durante esse período, o País vivenciou forte crescimento da entrada de capital estrangeiro na economia nacional, favorecendo a proposta desenvolvimentista.

Em maio de 1953, já no segundo período presidencial de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Saúde. Contudo, a falta de dinheiro impedia que o Estado atuasse com eficácia na péssima situação da saúde coletiva: faltavam funcionários especializados, equipamentos apropriados, postos de atendimento e, sobretudo, faltava ânimo aos servidores. O Ministério falhou principalmente, porque, em nenhum momento, patrocinou reformas fundamentais, ou organizou uma política de saúde de fato eficiente. Em 1956, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais, o qual procurou adotar um sistema administrativo dinâmico e prático anteriormente experimentado: na década de 40, técnicos norte-americanos montaram o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), para sanear as regiões de exploração da borracha amazônica e o Vale do Rio Doce.

Além das dificuldades técnicas e operacionais do Ministério da Saúde, outro fenômeno que interferia na política oficial de saúde era o clientelismo: os partidos ou os líderes políticos trocavam ambulâncias, leitos hospitalares, profissionais da saúde e vacinas - muitas vezes, em números bem superiores à demanda da região - por votos e apoio nas épocas eleitorais. Ao mesmo tempo, outras áreas permaneciam totalmente sem assistência médico-sanitária.

Foi mediante um quadro de debates sociais e críticas ao Governo, que se definiu a politização da atividade de médicos e epidemiológicos. O exercício da medicina deixou de ser entendido apenas como utilização de técnicas voltadas para melhorar a saúde da população, sem qualquer relação com os interesses das classes sociais. Em vez disso, a medicina passou a ser interpretada como uma prática social capacitada para lutar, através dos canais políticos, pelo bem-estar coletivo.

Ainda nesse período, o Presidente João Goulart, comprometido com o programa de Reformas de Base, encontrava dificuldades em atender as reclamações do povo e, ao mesmo tempo, garantir o apoio dos grupos de latifundiários e industriais que lucravam com a miséria que assolava boa parte dos brasileiros. Este foi um dos impasses que colaboraram para a ocorrência de um novo período ditatorial na história brasileira.

Período do Regime Militar

Com o golpe militar, ocorre um sufocamento do processo evolutivo das políticas de saúde que foram propostas na III Conferência Nacional de Saúde, a qual tratou da situa-

ção sanitária nacional e da municipalização, tendo sido realizada no bojo das intensas discussões relativas as "reformas de base" no Governo de João Goulart, no ano de 1963.

É, também, nessa conjuntura, que se cria o Instituto Nacional de Previdência (INPS), a partir da fusão dos IAPS. Mendes (1995), referindo-se a este modelo, caracteriza-o como um complexo médico-industrial privilegiador de uma prática curativa, individual, assistencialista e orientada para a lucratividade. Estabelece-se, assim, na esfera pública, um sistema dual mediante o qual o INPS deveria tratar dos doentes individualmente, enquanto o Ministério da Saúde encarregar-se-ia apenas de elaborar e executar programas sanitários e assistir a população durante as epidemias.

Neste quadro de dualidade, firma-se a hegemonia do sub-setor previdenciário em relação ao da saúde pública, assistindo-se, a partir daí, a desqualificação de rede pública, pois o Estado passou a concentrar todos os recursos financeiros, repassando-os para o setor previdenciário. Esta atitude, além de reforçar e expandir a assistência médica curativa, centrada no hospital, tornou o ato médico cada vez mais especializado e sofisticado.

À medida em que o modelo médico previdenciário não dá conta das demandas por universalização e equidade colocadas pelo processo de redemocratização em curso na sociedade brasileira e sente-se abalado pelo início da falência do regime militar, entra em crise. Começam então ganhar impulso propostas alternativas ao modelo hegemônico, elaboradas e divulgadas por organismos internacionais como OMS/OPS. Assim, a reorientação do modelo assistencial inicia-se apoiada em experiências pautadas nas premissas da medicina comunitária, as quais tiveram seu marco teórico consagrado na Conferência Internacional de Alma-Ata (antiga Rússia), em 1978.

Foi nesse evento, o qual congregou diversos países, que ficou definido a meta "Saúde para Todos, no Ano 2000", sendo, para tanto, determinadas estratégias, como: reforço às ações básicas de saúde, redes de cuidados primários em saúde, cooperação entre os diversos setores da sociedade e ênfase na participação comunitária.

Influenciado pela declaração de Alma Ata, o Brasil, na década de 80, elabora um projeto denominado Prev-Saúde (Programa de Extensão das Ações Básicas de Saúde), cujo propósito era reorganizar, de forma racional, as atividades de proteção e tratamento da saúde individual e coletiva, evitar fraudes e lutar contra o monopólio das empresas participantes da saúde.

Ao contrariar interesses arraigados nessa esfera, o referido projeto não se consolidou na prática dos serviços. Nesse sentido, é interessante lembrar as colocações de Maciel (s.d.), ao frisar que o "Prev-Saúde não saiu do papel. Era forte, àquela altura, a pressão do setor privado para que tudo permanecesse como estava. O Brasil, um promissor mercado para as multinacionais, no setor saúde, era campo aberto para o fortalecimento da medicina privada".

Assim sendo, a necessidade de alguma transformação no campo da saúde continuava existindo. Dessa forma, em 1981, é criado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), mediante o qual surge, no contexto de redemocratização do País, uma outra tentativa de reforma do modelo assistencial, representada pelas

Ações Integradas de Saúde (AIS). De acordo com Fleury (1991), esta estratégia foi o principal projeto oficial para a reorganização do sistema de saúde, visando à integração dos serviços efetivados nesta área.

Entre alguns dos princípios norteadores das AIS, incluem-se: a responsabilidade do poder público perante a saúde da população, a integralidade das ações sanitárias, a universalidade, equidade e qualidade da assistência, a descentralização do processo de planejamento e administração e a participação social nas instâncias gestoras. É indispensável salientar que a maioria desses princípios foi incorporada à concepção do Sistema Único de Saúde, assegurado constitucionalmente para o País, em 1988.

A proposta da reforma sanitária brasileira e a criação/ construção do Sistema Único de Saúde

A década de 80 assiste ainda a um grande debate em torno da necessária reorientação das políticas públicas, entre as quais inscrevem-se as ligadas à saúde. Neste campo, as lutas iniciadas por um poderoso movimento social criado na década de 70 – Movimento Sanitário – intensificam-se. A instalação da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), transcorrida, no ano de 1986, em Brasília, representa um marco na história das políticas de saúde e é fruto dessa mobilização.

A referida Conferência traça as bases para a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), ao discutir as temáticas: saúde como direito de todos, dever do Estado, reorganização do Sistema Nacional de Saúde e financiamento da atenção à saúde. Dessa perspectiva, retoma pautas já defendidas pela III CNS, em 1963, as quais discutiam a reorientação no modelo assistencial visando democratizá-lo e descentralizá-lo. Nesse sentido, Reforma Sanitária significa para Fleury (1994) um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, na busca pelo direito universal à saúde e na criação do sistema único de saúde sob a égide do Estado.

A viabilização desse processo, na compreensão de Silva Júnior (1998), deu-se a partir de três caminhos: elaboração e promulgação das bases jurídicas pertinentes, envolvimento da comunidade na reorientação dos serviços e no controle das políticas sociais e criação de um novo sistema de saúde. Por conseguinte, a concretização da RSB, no patamar jurídico-legal, operacionaliza-se mediante a elaboração e promulgação da Carta Constitucional de 1988, que prescreve nos artigos 196, 197, 198, 199 e 200 os pressupostos que regem o sistema sanitário brasileiro. Compõe também a dimensão legislativa, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências e as Leis Orgânicas Estaduais e Municipais que, a exemplo da Lei Maior, tratam dos princípios que visam à consolidação do SUS.

A lei nº 8.142/90 constitui-se em mais um instrumento jurídico viabilizador do novo modelo de saúde ao assegurar que a população tem o direito de participar na sua gestão. De conformidade com a referida lei, essa participação ocorrerá, através dos Conselhos e das Conferências de Saúde, organizados nas diferentes esferas de governo, ou seja, em níveis nacional, estadual e municipal.

O SUS é, então, criado com o firme propósito de alterar a situação de desigualdade presente na assistência prestada à população, universalizando o acesso ao atendimento, o que quer dizer tornando obrigatória a atenção pública e gratuita a qualquer pessoa. São diretrizes desse sistema asseguradas constitucionalmente a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade, as quais orientam sua organização e funcionamento com o objetivo de torná-lo mais adequado às necessidades da população brasileira.

Tendo em vista a operacionalização dessas diretrizes, o SUS deve ainda seguir os seguintes princípios: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos; igualdade de assistência à saúde, sem preconceito ou privilégios de qualquer espécie; direito à informação das pessoas assistidas sobre sua saúde; divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, destino de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; organização dos serviços públicos de modo a evitar a duplicidade de meios para fins idênticos.

A construção do SUS no cotidiano dos serviços, ou seja, a efetivação de suas diretrizes e de seus princípios na assistência prestada, conforme assegura a legislação constitucional e infra-constitucional, requer, além de mudanças estruturais, compromisso social dos profissionais de saúde, vontade política dos gestores e participação ativa e consciente da comunidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No momento em que as Diretrizes Curriculares para o ensino da Farmácia sinalizam para a necessidade de construir um novo perfil acadêmico e profissional e enfatizam uma prática crítica e reflexiva, comprometida com a realidade sócio-sanitária, reafirmamos a importância de compreender a evolução das políticas sociais, em especial as políticas de saúde.

Para tanto, conhecer e empenhar-se na consolidação dos princípios do SUS é requisito primordial para que o exercício profissional esteja pautado nos mais altos padrões de qualidade, na ética e na cidadania. Ressaltamos, também, que essa visão deve perpassar à academia, nos seus diferentes segmentos, impregnando o pensar/fazer do âmbito farmacêutico.

Espera-se, assim, que a leitura oportunizada pelo presente texto, embora insipiente, seja profícua no sentido de provocar reflexões e intervenções que visem a ressignificar conceitos e posturas presentes na habitualidade do ensino e da prática farmacêutica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERTOLLI FILHO, C. *História da Saúde Pública no Brasil*. São Paulo: Ática, 1996.

FLEURY, S. Avaliação Comparativa das Ações Integradas de Saúde. *Saúde em Debate*. Fevereiro, 1991.

FLEURY, S. Equidade e Reforma Sanitária. *Revista Saúde em Debate*. Junho, 1994.

LUZ, M. O. Notas sobre as Políticas de Saúde no Brasil de Transição Democrática – Anos 80. *Revista de Saúde Coletiva*. Janeiro, 1991.

MENDES, E. V. *Distrito Sanitário: O Processo Social das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *ABC do SUS: Doutrina e Prin-*

cípios. Brasília: SNAS, 1990.

SCLIAR, M. *Do Mágico ao Social – A Trajetória da Saúde Pública*. Porto Alegre: L&PM Editores, 1987.

SILVA JÚNIOR, A. G. *Modelos Técnico-Assistenciais em Saúde: O Debate no Campo de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SINGER, P. *Prevenir e Curar*. Rio de Janeiro: Florense Universitária, 1988.

XAVIER, I. M.; GARCIA, C L.. A reforma Sanitária e a Participação do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Julho/Dezembro, 1988.