

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Curso de Especialização em Saúde Pública

SHEYLA VELASQUES PALADINI

**ANÁLISE COMPARATIVA DAS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
ENTRE O BRASIL E CUBA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Porto Alegre

2016

SHEYLA VELASQUES PALADINI

**ANÁLISE COMPARATIVA DAS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
ENTRE O BRASIL E CUBA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Trabalho de Conclusão do Curso de
Especialização em Saúde Pública da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cristianne Famer Rocha
Co-Orientadora: Prof^ª Dr^ª Leticia Lassen Petersen

Porto Alegre

2016

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	3
2	DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA E JUSTIFICATIVA.....	4
3	OBJETIVO.....	4
3.1	Objetivo Geral.....	4
3.2	Objetivo Especifico.....	4
4	REVISÃO DA LITERATURA.....	5
4.1	Cuba.....	5
4.1.1	Sistema de Saúde Cubano.....	8
4.1.2	Assistência Farmacêutica em Cuba.....	10
5.2	Brasil.....	12
5.2.1	Sistema de Saúde Brasileiro.....	14
5.2.2	Assistência Farmacêutica no Brasil.....	16
6	MATERIAIS E MÉTODOS	19
7.1	Tipo de Estudo.....	19
7.2	Etapas da Revisão Integrativa.....	20
8	REFERÊNCIAS.....	21
9	ARTIGO.....	26
10	ANEXO A.....	56
11	ANEXO B.....	57
12	ANEXO C.....	61

1 INTRODUÇÃO

Uma Política de Assistência Farmacêutica (PAF) é definida como um conjunto de práticas públicas com o objetivo de promoção, proteção e recuperação da saúde, visando ao acesso aos medicamentos e uso racional dos mesmos. No Ministério da Saúde do Brasil, essas ações constituem a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que envolve a promoção da pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2005a). O conceito de Política de Assistência Farmacêutica pode ser aplicado a qualquer país, independente das diferenças socioeconômicas, políticas e culturais.

Em Cuba, foi elaborado em 1991 o Programa Nacional de Medicamentos, no qual são descritas orientações gerais para a distribuição, prescrição, dispensação e uso racional de medicamentos no Sistema Nacional de Saúde, assim como estratégias para a estruturação das farmácias (CUBA, 2007). O Programa foi atualizado em 1994, 1998, 2001 e 2007, porém somente na atualização de 2001 o farmacêutico é descrito como profissional fundamental no processo de uso adequado de medicamentos (MANZANO *et al.*, 2006)

No Brasil, em 1998, foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que definiu as funções e finalidades da PNAF dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso à população a os medicamentos essenciais. A gestão e o financiamento foram compartilhados entre as três esferas de governo (União, estados e municípios) (BRASIL, 1998). A atual estrutura da assistência farmacêutica no SUS é resultante do processo histórico de construção da PNM, em conjunto com a concepção da importância de incrementar o acesso da população aos medicamentos essenciais para a sua terapêutica (OLIVEIRA, ASSIS E BARDONI, 2010).

Segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os países devem formular e implementar uma ampla Política Nacional de Medicamentos. Em 2003, apenas 50% dos 123 países pesquisados apresentavam uma PNM formalmente publicada, recente ou atualizada nos últimos dez anos. Somente a existência de uma Política publicada não basta (WHO, 2007); para que seja efetiva, é necessário que os resultados obtidos sejam monitorados e avaliados, além de serem usados para a sua reorientação (BRASIL, 2005b).

Assim pretende-se analisar os Sistemas de Saúde brasileiro e Cubano com ênfase nas Políticas Nacionais de Medicamentos e Políticas de Assistência Farmacêutica, a fim de avaliar

comparativamente a construção e funcionamento dos modelos assistenciais farmacêuticos que buscam aprimorar todo o processo que engloba os tratamentos farmacológicos.

2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

Programas de Assistência Farmacêutica são essenciais para a saúde pública, contribuindo dessa forma para a melhora da qualidade de vida da população. O estudo comparado de práticas distintas de Assistência Farmacêutica, como as do Brasil e as de Cuba, permite, por meio da compreensão dessas realidades, avaliar a adequação do nosso próprio modelo e identificar possibilidades de melhoria. Brasil e Cuba são países com grandes diferenças; p. ex., quanto a dimensões territoriais, demografia, sistema político, economia, etc.; dentre essas, podemos destacar o sistema de saúde. Embora ambos tenham sistemas universais, sendo a saúde amplamente financiada (por subsídios ou por fornecimento direto) e regulada pelo setor público. Cuba possui índices de qualidade em saúde muito próximos ou acima de países com capacidade econômica superior (como o próprio Brasil), o que é explicado pela opção política de priorizar investimentos em cuidados primários na saúde e na educação. Além disso, no sistema cubano, é garantido acesso a todo tratamento medicamentoso à população, enquanto, no Brasil, o acesso a medicamentos ocorre principalmente através do financiamento pela própria população, i.e., por gastos privados. Isso implica que os gastos e os investimentos relativos a tratamento medicamentoso são altamente sensíveis às condições do mercado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar comparativamente as Políticas de Assistência Farmacêutica em Cuba e no Brasil.

3.2 Objetivos Específicos

- 1) Descrever as Políticas de Assistência Farmacêutica em Cuba e no Brasil a respeito de sua organização, seus acessos e outros aspectos;
- 2) Identificar semelhanças e diferenças a respeito da Assistência Farmacêutica praticadas no Brasil e em Cuba.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Cuba

A República de Cuba é um país insular localizado no mar do Caribe, na América Latina, ocupando uma área total de 110 km²; está dividida em quinze províncias, 169 municípios. Possui 11 milhões de habitantes, seu Produto Interno Bruto (PIB), em 2014, era de 82,7 milhões de dólares (IBGE, 2016). Compreender as características particulares de sua Política de Assistência Farmacêutica demanda conhecer alguns de seus aspectos político-econômicos peculiares – o que, por sua vez, requer uma breve introdução histórica.

Cuba foi uma das mais ricas e importantes colônias espanholas não somente devido ao cultivo de açúcar, café e tabaco, mas principalmente por sua localização geográfica estratégica próxima a outras colônias espanholas, América Central e América do Sul – o que proporcionava facilidade no transporte de mercadorias contribuindo para a continuidade do domínio espanhol em suas diversas colônias (DUARTE, 2013).

Na Guerra dos Dez Anos, de 1868 a 1878, ocorreu primeira tentativa de tornar o território Cubano independente, a qual acaba com um pacto que não concede liberdade ao país, mas sim a condição de província espanhola, de nome Hispaniola. Em 1892 é fundado o Partido Revolucionário Cubano por José Martí, culminando em 1895 em nova guerra pela independência – a qual não se concretiza, a despeito da derrocada do império colonial espanhol (CALZADILLA, 1997).

O retardamento da Independência explica-se a partir da relação de dependência criada entre Cuba e o mercado internacional, principalmente com os Estados Unidos, devido à monocultura de açúcar (produto mais importante de sua balança comercial, na época). A produção era voltada exclusivamente para o mercado externo, sendo assim suscetível à oscilação dos preços internacionais. A monocultura não propiciava a produção de outros alimentos e produtos manufaturados, donde a incapacidade de suprir as necessidades básicas da população, levando à importação de tais produtos e intensificando a relação de dependência (BRITO, 2012).

Os interesses dos EUA sobre Cuba sempre foram notáveis, não somente relacionado ao cultivo de açúcar e tabaco, mas também devido à questão da localização territorial estratégica, fundamental para as rotas do Golfo do México e para a defesa do canal para o

Panamá. Portanto desde o fim da colonização espanhola, os EUA possuíam a dominação econômica, política, social e cultural do país (SANTORO, 2010).

Em 1898, com o fim da guerra hispano-americana, Cuba sua emancipação em relação à Espanha, graças ao apoio dos Estados Unidos, - cuja influência sócio-econômica na região impediram o estabelecimento de uma soberania de fato. A independência, na realidade, visava ao fortalecimento do sistema de dominação e influência dos EUA como potência da região, oficializado por meio de acordos acrescentados à Constituição Cubana, como a Emenda Platt e o Tratado de Reciprocidade Comercial, que permitiam a intervenção dos Estados Unidos nos assuntos internos do país e a presença de bases militares em território cubano (AYERBE, 1998).

Com a independência, Cuba manteve-se sob domínio indireto dos Estados Unidos, uma vez que o governo foi sucessivamente assumido por ditadores associados aos interesses norte-americanos. Dentre eles, destaca-se Fulgêncio Batista, chefe das Forças Armadas, que em 1952 liderou um golpe militar suspendendo a Constituição. Seu regime foi marcado por corrupção, violência e negligência às necessidades básicas da população. A situação propiciou a formação de grupos revolucionários, que buscavam o fim da relação de submissão do país com os EUA. Em 1953, Fidel Castro inicia um movimento armado que culminou com a tomada do governo em 1958, com a participação de Ernesto Che Guevara e Camilo Cienfuegos. Em 1959, Castro é nomeado primeiro-ministro de Cuba (MEUCCI, 2013).

Após a fracassada tentativa dos EUA de tomar o poder e promover o fim da Revolução, com a invasão da Baía dos Porcos em 1961, o governo revolucionário aprofunda sua divergência em relação ao país vizinho e ao sistema econômico capitalista. Em 1962, os EUA obtêm o bloqueio econômico e diplomático de Cuba junto à Organização dos Estados Americanos (OEA); o isolamento do continente levou a ilha a estreitar relações com os países socialistas, aliando-se ao comunismo soviético em meados da Guerra Fria. Com o fim desta, a hostilidade diplomática e econômica dos EUA a Cuba manteve-se, visando a causar instabilidade e queda do Regime Socialista; não obstante, o governo de Fidel Castro promoveu uma reorganização econômica que possibilitou a permanência do regime socialista em Cuba (JUNIOR; MUNHOZ, 2011).

O surgimento do regime comunista deve-se, entre outros fatores, à constatação de que, dentro do sistema capitalista, os meios de produção eram dominados pelo capital estrangeiro, o que impedia o desenvolvimento nacional, favorecendo os interesses norte-americanos – em detrimento das necessidades da população. Assim, seria preciso romper com o sistema

capitalista para cumprir os objetivos propostos durante a revolução, para melhorar a vida da população negligenciada (DUARTE, 2013).

Devido ao termino da Guerra Fria e à extinção da União Soviética (URSS), os EUA intensificaram o bloqueio econômico, acreditando que sem o apoio econômico da URSS o governo de Fidel Castro entraria em colapso. Isso acarretou crise energética, baixo crescimento econômico, e conseqüentemente, problemas de abastecimento e empobrecimento da população. Apesar disso, não houve modificação no sistema político. (SANTORO, 2010).

O governo cubano conduziu a crise de maneira a distribuir os seus custos de forma mais equitativa, com um severo racionamento e uma política social voltada a suprir as necessidades dos mais carentes; instaurou discussões populares nos centros de trabalho para que a população participasse da tomada das decisões, que foram fundamentais para conter uma elevação do descontentamento. As reformas iniciais foram uma pequena abertura econômica nos investimentos estrangeiros no setor turístico, entrega de terras estatais para uso de cooperativas e famílias, o incentivo à biotecnologia, exploração do níquel e petróleo, associados a grandes investimentos na saúde e educação (ESPINA, 2008).

No entanto, segundo Brito (2012), foi somente no final dos anos 90 que a economia cubana conseguiu assegurar uma melhora significativa, com a ascensão de Hugo Chávez à presidência da Venezuela que estabeleceu importantes relações comerciais com Cuba, associado ao incremento das relações com a China e a União Europeia. Além dessa abertura externa, a adoção de um modelo econômico que permite a aliança entre o Estado e o capital privado permitiu a Cuba superar a crise econômica e manter seu sistema político.

Fidel Castro, devido a problemas de saúde, renunciou em fevereiro de 2008 após permanecer 49 anos no poder, em seu lugar foi eleito Raúl Castro, seu irmão, como novo chefe de governo. Raúl Castro inicia seu governo estabelecendo medidas para lentamente liberar a economia Cubana, principalmente com as relações comerciais aos países europeus, mostrando sinais de surgimento de um novo cenário político. No entanto Barack Obama, presidente americano em seu primeiro mandato, reforça o discurso de continuidade das restrições a Cuba, porém sem a aprovação da comunidade internacional (PEDRESCHI, 2014).

Este cenário, aparentemente, está sendo objeto de nova discussão. Em 2016, o Presidente norte-americano Barack Obama, no seu segundo mandato, realizou uma visita oficial a Cuba, com a proposta de reestabelecer relações comerciais, diplomáticas e turísticas com esse país, porém ainda sem o apoio geral dos congressistas americanos. O presidente americano está em seu último ano de mandato, tendo a intenção de priorizar a consolidação

das medidas de proximidade até o fim do seu governo. Uma das medidas de Obama foi a reabertura da embaixada americana em Cuba, e a flexibilização do embarco econômico e comercial (BBC, 2016).

Podemos observar que a taxa de crescimento do PIB em Cuba no ano de 2015 foi de 4%, em relação ao ano anterior (2014 apresentou crescimento de 1,3%); em 2016 espera-se um aumento maior devido ao crescimento do consumo e investimentos. A nova ligação com os EUA, associados a outras medidas de abertura econômica anunciadas, tem colaborado para a melhor visibilidade de Cuba no mercado internacional (CEPAL, 2015). Apesar de Cuba apresentar um PIB baixo, seu IDH é médio e possui baixas taxas de mortalidade (6,04 mortes/1.000 nascidos vivos), comparado com o Brasil (27.62 mortes/1.000 nascidos vivos) - que se explica pela alta prioridade nas políticas de saúde (ROSSETTI-FERREIRA; RAMON; SILVA, 2002).

Em 2002 foram criados os Programas de Revolução em Saúde com o objetivo de reorganizar a estrutura dos serviços de saúde, à formação e aperfeiçoamento contínuo dos recursos humanos e o melhoramento dos recursos tecnológicos. Com essas mudanças a atenção primária é fortalecida ficando mais próxima a população, adequando os serviços às condições de Saúde de cada lugar. Atualmente as Policlínicas são as instituições básicas do Sistema de Saúde Cubano adaptadas às necessidades e características de cada comunidade, responsáveis por conduzir os usuários nos diversos níveis de atenção até solução dos seus problemas (MORALES *et al*, 2009).

No ano de 2006 a despesa total em saúde em Cuba foi de 7,7% do PIB enquanto no Brasil foi de 7,5% do PIB; Cuba possuía 59 médicos por mil habitantes, o Brasil, 12 médicos por mil habitantes. Cuba contava com 74 enfermeiros e outros profissionais especializados por mil habitantes; o Brasil, 38 enfermeiros e outros profissionais especializados por mil habitantes. Apesar dos problemas financeiros, Cuba atingiu índices de qualidade de saúde muito próximos ou superiores aos de países com maior capacidade econômica; essas conquistas foram realizadas através da priorização das ações aos cuidados primários em saúde (MADUREIRA, 2010).

4.1.1 Sistema de saúde cubano

Está previsto na Constituição Cubana no artigo 50, que o estado tem o dever de garantir o direito à saúde:

Con la prestación de la asistencia medica y hospitalaria gratuita, mediante la red de instalaciones de servicio medico rural, de los policlínicas, hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado; con la prestación de asistencia estomatología gratuita; con el desarrollo de los planes de divulgación sanitaria y de educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas preventivas de las enfermedades. En estos planes y actividades coopera toda la población a través de las organizaciones de masas y sociales (CUBA, 1992).

O governo cubano estabeleceu como prioridade, após a revolução de 1959, a saúde e a educação, visando à melhora da qualidade de vida da população. As Reformas e investimentos em recursos humanos de profissionais da saúde e a criação de redes de institutos e faculdades foram essenciais para a eficácia desse sistema de saúde (MADUREIRA, 2010).

A saúde pública cubana na década de 60 adotou uma política inovadora estabelecendo a redução dos preços dos medicamentos, a assistência médica de qualidade e acessível a toda a população, incluindo os moradores das áreas rurais, a gratuidade de todos os serviços de saúde, criação do Ministério da Saúde Pública Cubana e a criação de normas relativas às atividades de assistência hospitalar (ROCHA *et al.*, 2014).

Cuba tem desempenho em saúde comparável ao de países desenvolvidos, sendo um exemplo de como boas estratégias de saúde pública, associadas a investimentos estratégicos em infraestrutura e em saúde primária, no controle de doenças infecciosas, na redução da mortalidade infantil e na criação de indústria de pesquisa, são essenciais para a eficiência do sistema (COOPER *et al.*, 2006).

O sistema de saúde cubano tem sua estrutura dividida em quatro níveis (primário, secundário, terciário e quaternário); a prioridade se destina aos cuidados de saúde do nível primário, pois a prevenção tem o objetivo de evitar grandes aportes de recursos no tratamento de doenças em estágio mais avançado. Assim, esse nível possui ampla cobertura e baixa complexidade. O nível secundário envolve menor cobertura e maior complexidade e é composto por hospitais regionais e municipais. Os níveis terciário e quaternário são de cobertura mínima e complexidade máxima e são utilizados quando há necessidade de internações; são fornecidos pelos hospitais e também por institutos especializados (MADUREIRA, 2010).

O sistema de saúde Cubano possui 10.741 consultórios médicos de saúde da família, 304 hospitais, 451 policlínicas, 127 postos de saúde, 13 institutos de pesquisa, 25 bancos de sangue, 111 clinicas dentárias, 138 maternidades. Estima-se que cada habitante realizou 7,4 consultas médicas em 2014 (CUBA, 2016).

Possui um total 582.538 de trabalhadores na área da saúde, em 2009, o que representa 8,7% da população economicamente ativa; desses, 69% são mulheres. Há mais de 30 mil médicos atuando no nível de cuidado básico (CUBA, 2009).

Em Cuba o financiamento da Saúde e a definição de prioridades de investimento está relacionado à sua estrutura de participação popular na tomada de decisões. Cuba divide-se em 14 províncias e 169 municípios, mais o município especial Isla de La Juventud; todos possuem órgãos locais de máximo poder político com administração popular, as Assembleias do Poder Popular Provincial e Municipal, que elegem delegados como representantes, os quais constituem a Assembleia Nacional do Poder Popular (ANPP). O órgão representativo supremo de Cuba, com função legislativa e constituinte, é a ANPP. Assim a instituição de poder absoluto é constituída por representantes de cada localidade de Cuba (50% são delegados municipais, o restante é composto por representantes de entidades – as instituições mais importantes de cada lugar) o que visa a garantir que as decisões sejam o reflexo da demanda da população (FEITOSA, 2011).

O sistema de saúde cubano garante o acesso da população a todos os medicamentos necessários, sendo seu processo de aquisição de responsabilidade do Estado. A indústria de medicamentos cubana não possui fins lucrativos e busca suprir as necessidades da sua população; a escolha do fármaco a ser pesquisado e produzido é feita a partir de informações epidemiológicas. O país possui 221 centros e áreas de pesquisa e desenvolvimento, 46 instituições de ensino superior, 30 mil trabalhadores na área científica (50% mulheres), 21 mil professores e 7 mil pesquisadores (DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011).

Entre os programas de Ciência e Inovação está o de Pesquisa e Desenvolvimento de biotecnologia para uso em saúde, além de uma indústria farmacêutica desenvolvida em 1981. Cuba tem grande produção de produtos médicos e insumos farmacêuticos, dentre os quais vacinas para meningite, hepatite B, anticorpos monoclonais, interferon, esterptokinase, e outros produtos obtidos através de insumos naturais. No entanto, são notáveis as consequências, para o setor da saúde, do bloqueio econômico imposto por os EUA, que dificulta a aquisição de produtos para a saúde, matérias primas para as indústrias farmacêuticas e medicamentos (NÚÑEZ *et al*, 2007).

Segundo Dominguez-Alonso e Zacca (2011) essa situação de dificuldade de aquisição de materiais e medicamentos é compensada pela qualidade do serviço de saúde de Cuba, que possui mais de 50 anos de experiência, bem estruturado e de alta qualidade. Associa-se a esta circunstância o alto nível de instrução da população cubana, a excelência do acesso e o

atendimento à saúde no setor básico, tornando o investimento em pesquisa e biotecnologia uma contribuição para a mitigação da necessidade de importação de produtos para a saúde.

4.1.2 Assistência Farmacêutica em Cuba

O Programa Nacional de Medicamentos cubano foi criado em 1991, provocando mudanças na estrutura, gestão e operação dos serviços de saúde. Tem como objetivo o uso racional dos medicamentos assim como uma busca constante de aprimoramento dos serviços farmacêuticos prestados à população (CUBA, 2007).

A estrutura dos serviços farmacêuticos das províncias e municípios de Cuba é composta de:

a) Farmácia Municipal Principal (FPM): As unidades básicas mantêm estoque de medicamentos para uso ambulatorial, para doenças crônicas, alguns medicamentos psicotrópicos, dispensação de medicamentos fitoterápicos e outros produzidos localmente;

b) Farmácia Comunitária/Área de Saúde Especiais (FCEAS): Dispensam medicamentos essenciais, controlados, substâncias psicotrópicas e sujeitas a controle especial, medicamentos necessários para exames e serviços de imagem em policlínicas básica e outras unidades que possuem ligações;

c) Farmácia Comunitária Normal (FCN): Incluem-se farmácias ligadas às áreas rurais e urbanas e as policlínicas, fornece medicamentos essenciais para a comunidade em que ele está localizado;

d) Farmácia Hospitalar/ Comunidade (FCAH): Dispensam drogas que estão na tabela básica de uso ambulatorial, correspondentes às especialidades do hospital, para garantir o atendimento ao paciente (LORENZO, 2007).

A Farmácia Municipal Principal é o centro de referência em medicamentos de cada província, o qual também faz parte da Rede Nacional de Farmacoepidemiologia (RNF) que possui um Centro de desenvolvimento de Farmacoepidemiologia (CDF). A RNF é subordinada às decisões de grupos formados nas províncias e municípios, que possuem a responsabilidade para a execução de estratégias nacionais de Farmacoepidemiologia do país (ROSSEL-MOZON, 2005).

No estudo de Manzano *et al.* (2006), foram analisadas 791 farmácias comunitárias em Cuba, sendo que apenas 212 (26%) tinham a presença de um profissional farmacêutico graduado. A maior concentração de farmacêuticos está em Havana, onde 40,8% das farmácias

comunitárias possuem um profissional, bem acima do resto das províncias, sendo as áreas mais críticas Isla de la Juventud (10%) e Pinar del Rio (11%). Em relação ao número de farmácias por habitante, de acordo com a pesquisa realizada por Manzano et al. (2006), apresenta-se 4.894,2 habitantes por farmácia em Cuba, podendo ser comparada com o índice do Reino Unido que é de 4797 habitantes por farmácia. No entanto, diferem-se significativamente as taxas de Espanha que é de uma farmácia por 2033 habitantes, sendo o país com melhor cobertura farmacêutica da União Europeia.

Cuba possui um Formulário Nacional de Medicamentos atualizado, direcionado principalmente para profissionais da saúde, com mais de 700 medicamentos e 500 princípios ativos. Essas informações são fundamentais para a utilização racional dos medicamentos e o aprimoramento do perfil de prescrição (CUBA, 2016).

A regulação do uso racional de medicamentos é feita através da Autoridade Regulatória de Medicamentos (ARM), que analisa a necessidade do uso de medicamentos e produtos em relação a seus fins terapêuticos e desenvolve instrumentos de regulação ao desenvolvimento de novos produtos para o mercado cubano. Estimula o uso e a produção de medicamentos genéricos de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (MATOS, 2013).

Devido à falta de informações específicas, não é possível mensurar com exatidão o quanto é gasto com medicamentos. O acesso aos medicamentos é gratuito a toda a população, pelo Estado de Cuba dentro da lógica de racionalidade e essencialidade de uso deste insumo. Exceto a aquisição de algumas próteses ou aparelhos não são fornecidos pelo Estado. Neste caso, os seus preços são subsidiados pelo Estado, para que efetivamente seja viável o acesso da população. Como a produção nacional é insuficiente para a demanda da população, a importação de insumos de medicamentos é regulada e apoiada por organizações internacionais (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011).

4.2 Brasil

Possui uma área de 85.516.00km². É o maior país da América do Sul, o quinto maior do mundo em território e população. O país é dividido em cinco regiões com diferenças demográficas, econômicas, sociais, culturais e de saúde. A região Sudeste têm 11% do território; no entanto, representa 43% da população e 56% do produto interno bruto. A região

Norte possui a maior parte da Floresta Amazônica, mas tem a menor população, sendo a segunda região mais pobre (IBGE, 2016).

O país é organizado por um sistema político constituído por três esferas de governo (União, estados e municípios) com autonomia administrativa. É formado por 26 estados e um distrito federal; possui 5.560 municípios com grande diversidade populacional, podendo ter de mil habitantes a 10 milhões (como, p. ex., São Paulo) (PAIM *et al.*, 2011).

Descoberto pelos portugueses em 1500, o Brasil foi colônia até 1822, quando conquistou a independência política. Em 1808 ocorreram mudanças administrativas na colônia com a vinda da Corte Portuguesa para o Rio de Janeiro, o ensino superior que era proibido nas colônias foi instituído, dando origem às primeiras escolas de medicina do país (BERTOLLI FILHO, 2004).

A escravidão africana permaneceu no Brasil por 300 anos; foi abolida em 1889, sendo a última nação do ocidente a terminar com esse regime de trabalho, deixando como legado preconceito e desigualdades sociais. Em virtude desse processo o governo brasileiro incentivou a entrada de imigrantes, principalmente europeus (ALBUQUERQUE, 2006). É provável, segundo estimativas, que entre 1887 a 1957 o país recebeu 5 milhões imigrantes, sendo 32% italianos, 31% portugueses, 14% espanhóis e 4% japoneses, representou um crescimento populacional total de 15% (IBGE, 2006). Por isso, segundo Paixão (2012) o Brasil é um dos países mais miscigenados do mundo, composto por indígenas como povo nativo, negros principalmente de origem africana, portugueses, franceses, holandeses, italianos, japoneses, alemães, coreanos, nigerianos, bolivianos, haitianos, entre outros.

A composição por cor da população brasileira segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), a população branca era de aproximadamente 44% em 1890, após o processo de emigração europeia a população branca estimada em 1940 era de 63,5% (IBGE, 2006). Já segundo o Censo 2010, 43,1% da população declarou ser parda, com maior percentual na Região Norte (66,9%), 7,6% dos entrevistados declararam ser pretos, e seu maior percentual estava no Nordeste (9,5%), com o Sudeste (7,9%), a Região Sul obteve o menor percentual (4,1%) (Brasil, 2013).

Em 2014, o país apresentou melhora no Índice de Desenvolvimento Humano, em comparação ao ano anterior, porém caiu na posição mundial, passando a ocupar a 75ª dentre países – atrás de outros países latino-americanos, como Argentina, Chile, Uruguai, Cuba e Venezuela. Melhorias sociais, como esperança de vida ao nascer (74,2) e anos de estudo (7,7),

costumam-se atribuir a políticas públicas, como, p.ex., o programa “Bolsa Família” – associado a uma queda de 16% na taxa de extrema pobreza do país (PNUD, 2014).

No entanto, segundo Medeiros (2015), não se observa mudança significativa na desigualdade ao longo do tempo, que continua muito alta: o 1% mais rico da população concentra mais de um quarto de toda a renda, e os que possuem 5% das riquezas detêm quase metade da renda do país; esses níveis de concentração mantiveram-se praticamente os mesmos entre 2006 e 2012.

Já que o sistema econômico brasileiro é capitalista, procuram-se compensar as diferenças sociais por meio de políticas públicas. Historicamente a atuação do Estado segue o que, parafraseando Fleury (1994), podemos chamar de “Modelo Residual de Políticas Sociais”, em que “a política social teria um caráter compensatório, sendo a ação governamental residual e voltada para aqueles que fracassaram na tentativa de solucionar suas demandas no próprio mercado” (p. ex., políticas de assistência social). Atualmente, porém, as políticas sociais podem ser enquadradas no “Modelo Institucional Redistributivo de Política Social”, assumindo “um cunho claramente redistributivo, deixando de ser uma compensação e/ou um espelho do mercado de trabalho para tornar-se uma ação alocativa e reguladora do mercado” (FLEURY: 1994, p.106). É este o caso da Política Nacional de Medicamentos no Brasil, o qual passa por uma dupla regulação: tanto para autorização de venda em território nacional assumindo uma postura de regulador do mercado, quanto disponibilizando aos cidadãos acesso integralmente gratuito a um elenco essencial de medicamentos através da PNAF (PETERSEN, 2014).

4.2.1 Sistema de Saúde Brasileiro

Em 1930 o Estado de Bem Estar brasileiro inicia-se com a Era Vargas, com iniciativas para garantir os direitos sociais, dentre as quais podemos destacar a Lei Eloy Chaves, que iniciou a regulação das Caixas de aposentadorias e Pensões (CAP). A saúde sempre esteve presente nas ações de todos os governos dos anos seguintes, Juscelino Kubitschek em 1960 aprovou a Lei orgânica da Previdência Social. Podemos destacar também a III Conferência Nacional e Saúde que ocorreu no governo de João Goulart em 1963, o qual estabeleceu uma lei para a municipalização dos serviços de saúde, iniciando o modelo descentralizado que constitui uma das diretrizes do SUS (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

Com o Golpe Militar em 1964, a saúde passou por um processo de incentivo à privatização dos serviços, alguns direitos sociais como aposentadoria e assistência médica a trabalhadores rurais e autônomos sofrem modificações. Durante esse período, ocorreu um aumento no número de hospitais e uma ampliação do acesso aos serviços de saúde para a população. Foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Em 1978 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que possuía alguns locais de atendimento próprio, mas em sua maioria pagava aos hospitais particulares o atendimento para os trabalhadores de carteira assinada (CARVALHO; SANTOS, 2015). As modificações na saúde observadas durante esse período de ditadura militar possibilitaram que o Sistema Único de Saúde, que seria criado anos mais tarde, tivesse como princípio norteador a Universalização.

A constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde seja um direito de todos e dever do estado; ela institui o Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada com acesso universal. Porém, a implementação do SUS só ocorre em 1990 com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que define o seu funcionamento e a organização. No mesmo ano, ocorre posse do primeiro presidente eleito por voto popular após a ditadura; ou seja, a reforma no setor de saúde brasileiro ocorreu junto com o processo de democratização (PAIM *et al.*, 2011).

A Lei Orgânica da Saúde define a gestão com participação popular através de conferências e conselhos de saúde em cada esfera, possibilitando que diferentes segmentos da população participem das negociações de propostas, manifestem seus interesses e direcionem os recursos para projetos distintos. O financiamento das ações é proveniente do Orçamento da Seguridade Social, com recursos das três esferas de governo, federal, municipal e estadual (BRASIL, 2011).

Em 1997 durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), é instituído um tributo especial - a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) - a fim de obter recursos para financiar a saúde. Porém, isso não solucionou o problema do financiamento da saúde pública, devido aos baixos valores dos pagamentos pelos serviços prestados pelos hospitais privados conveniados ao SUS e à demora na liberação de recursos; assim, muitos hospitais diminuíram os leitos oferecidos para o SUS e criaram planos próprios

de saúde. Em 1998, o governo federal publica e regulamenta a Lei nº 9.656, de 1998, que trata de planos e seguros de saúde (POLIGNANO, 2016).

No governo seguinte, de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011), foram consolidadas e ampliadas as políticas de transferência de renda, ações de combate à fome, obras de infraestrutura social, benefícios previdenciários e aumento real do salário mínimo, entre outros benefícios sociais. Podemos destacar o fortalecimento do Programa de Saúde da Família, voltado para a atenção básica, a criação do Programa Farmácia Popular e o lançamento do Programa Brasil Sorridente (MENICUCCI, 2011).

Durante esse período são adotadas medidas para a consolidação institucional do SUS. O Pacto pela Saúde, lançado em 2006, busca estabelecer diretrizes entre gestores da união, estados e municípios, a fim de promover inovações nos processos de gestão em função das necessidades de saúde da população buscando o aprimoramento da eficácia do SUS. Em 2008 foi lançada uma importante estratégia voltada para a atenção básica, o Programa Mais Saúde, que apresenta um plano de investimento do Ministério da Saúde no setor (FAGNANI, 2011).

O SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e é o único a garantir assistência integral e gratuita para toda a população. Em 2014 foram realizadas 4,1 bilhões de tratamentos ambulatoriais, 1,4 bilhões de consultas médicas e 11,5 milhões de internações. O SUS investe em tecnologia para fazer procedimentos de alta complexidade, 95% dos transplantes são realizados pelo SUS, possui 27 Centrais Estaduais de Transplantes, em 2013 foram realizados 23.457 transplantes (BRASIL, 2015).

Apesar disso, a contribuição do governo federal nos gastos com o SUS está em redução; a receita da Seguridade Social em saúde caiu de 30% em 1988 para 14,5% em 2008. Os gastos com saúde dos últimos governos não cresceram em relação ao PIB; porém cresceu os investimentos dos estados e principalmente dos municípios, que, na média, aumentaram os recursos acima do estabelecido como o mínimo necessário para a saúde (SOARES; SANTOS, 2014).

4.2.2 Assistência Farmacêutica no Brasil

Os medicamentos são instrumentos primordiais na saúde, quando bem utilizados, mas podem ser causadores de agravos a saúde quando usados de maneira incorreta. Sendo assim o Sistema Nacional de Saúde brasileiro buscou p. ex. promover o uso racional de medicamentos, seleção de medicamentos essenciais, melhorar a segurança dos tratamentos

medicamentosos oferecidos, equidade no acesso, por meio da instituição da Política Nacional de Medicamentos. Como componente desta política está a Assistência Farmacêutica (AF). Já em 1988, no I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica, ocorrido em Brasília, buscava-se estabelecer quais as atividades estariam envolvidas nesta política, dentre elas a atenção farmacêutica (OLIVEIRA; BERMUDEZ; CASTRO, 2007).

Em 1971, a AF teve início no Brasil, como política pública, com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), a qual fornecia, através de uma política centralizada de aquisição e distribuição, medicamentos à população carente (BRASIL, 1971). Já a CF/88 estabeleceu a saúde como direito universal (incluída aí a redução do risco de doença e de outros agravos), de competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90) regulamentou a CF/88, estabelecendo, em seu Artigo 6º, a formulação de uma política de medicamentos, com a atribuição da execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi aprovada em 1998, estabelecendo as definições e as funções da AF, desenvolvendo atividades que envolvem o controle de qualidade, segurança, eficácia terapêutica e todos os processos destinados ao uso racional do medicamento. Como uma das suas diretrizes, ocorre a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), por meio da qual a seleção, a programação e a aquisição de medicamentos são realizadas (OLIVEIRA; ASSIS; BARDONI, 2010).

O Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 338, publicada em 2004, sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), estabeleceu estratégias para a manutenção e qualificação de AF na rede pública de saúde e a qualificação de recursos humanos, assim como a descentralização das ações (BRASIL, 2004):

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, entre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público quanto o privado de atenção à saúde. (BRASIL, 2004, p.1)

No Brasil, a PNM é considerada como o primeiro posicionamento formal e abrangente sobre a questão dos medicamentos no âmbito das questões da reforma sanitária. Foi

constituída no eixo das diretrizes da Organização Mundial da Saúde. Dentro das suas diretrizes, está a Reorientação da Assistência Farmacêutica (OPAS, 2005). Possui como propósito de desenvolvimento não se restringir à aquisição e à distribuição de medicamentos, mas envolver todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais. Após a criação da PNAF, que traz definições sobre a assistência e a atenção farmacêutica, ocorre uma atenção maior nas políticas públicas de medicamentos (PORTELA *et al.*, 2010).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) é integrante ao SUS e inclui ações: de Regulação sanitária de medicamentos; Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais; Reorientação da Assistência Farmacêutica; Promoção do uso racional de medicamentos; Desenvolvimento científico e tecnológico; Promoção da produção de medicamentos; Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. Assim a PNAF está incluída na PNM, a fim de fortalecer o compromisso de fornecimento gratuito de medicamentos considerados essenciais, descritos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), como parte do acesso universal a saúde (PETERSEN, 2014).

A Portaria nº 399 de 2006 regula a aquisição de medicamentos e insumos, assim como a execução das ações necessárias para o funcionamento da AF, como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2006). Assistência Farmacêutica, no Brasil, é de caráter multiprofissional e intersetorial, podendo ser considerada parte integrante permanente do modelo assistencial existente (ARAUJO *et al.*, 2008).

O Programa Nacional de Qualificação da AF no âmbito do SUS (QUALIFAR - SUS) foi implementado em 2012, com o objetivo de contribuir para o aprimoramento, implementação e integração das atividades da AF nas ações de saúde, visando à humanização do serviço (BRASIL, 2012).

Devido ao modelo implantado pelo serviço de saúde, tornou-se essencial estabelecer uma nova relação profissional mais acolhedora entre o farmacêutico e o usuário do sistema, assumindo aquele um papel central no acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários. Desta maneira, o farmacêutico deve deixar de desempenhar atividades estritamente de carácter burocrático, relacionadas com a aquisição de medicamentos, para se preocupar também com usuário (ARAUJO *et al.*, 2008).

No Brasil temos 3,34 farmácias comerciais por 10 mil habitantes (MANTOVANI e CRISPIM, 2013). Segundo o censo elaborado em 2014 pelo Instituto de Ciência, Tecnologia e

Qualidade (ICTQ), com o objetivo de mapear a presença e distribuição do profissional farmacêutico em todo o país, há no Brasil 1,76 farmacêuticos para cada 2.000 habitantes (ICTQ, 2014).

Para que um tratamento a enfermidades seja efetivo e resolutivo é necessário que se tenha acesso a medicamentos de qualidade e a informações quanto ao seu uso correto. No entanto, segundo Oliveira, Assis e Bardini (2010), nas farmácias da atenção básica dos municípios brasileiros, ocorre o desabastecimento de medicamentos essenciais, armazenamento e conservação incorretos, além de ausência de orientação quanto ao uso correto dos medicamentos. Esses problemas estão associados à insuficiência de recursos financeiros, além da necessidade de melhor capacitação dos trabalhadores envolvidos no processo, bem como de seus gestores.

No Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, ocorrido em 1998, foi definido o papel do farmacêutico nesta política: o farmacêutico possui papel fundamental na assistência, pois é o único profissional da equipe de saúde que tem sua formação fundamentada na articulação de conhecimentos dos insumos e medicamentos, apoiado nas áreas biológicas e exatas. Possui também habilitação para atuação na área de análises clínicas e toxicológicas e de processamento e controle de qualidade de alimentos (ARAÚJO *et al.*, 2008). A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu que o farmacêutico é o profissional com melhor capacitação para conduzir as ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos, sendo ele indispensável para organizar os serviços de apoio necessários para o desenvolvimento pleno da assistência farmacêutica (OMS, 2004).

Entre as estratégias de acesso a medicamentos promovidos pelo governo federal, podemos destacar o programa de financiamento subsidiado, denominado Programa Farmácia Popular do Brasil criado em 2004, por meio do Decreto n.º 5.090, de 20 de maio de 2004, com o objetivo de fornecer medicamentos essenciais à população por um baixo custo, através de parcerias entre Governo Federal e farmácias comerciais, nas quais o governo paga uma parte do valor do medicamento, e o cidadão, a parte restante (BRASIL, 2005b). No entanto essa política de fornecimento de medicamentos possui muitas críticas, pois o co-pagamento feriria o princípio da equidade, abrindo a possibilidade de se utilizar outras práticas de compartilhamento de custos no SUS (MENICUCCI, 2011).

Segundo Silva Filho (2010), esse Programa limita o acesso universal aos medicamentos, beneficia a classe da população que possui recursos financeiros para o

pagamento, em prejuízo aos desprovidos de poder de compra. Seria assim contrário ao princípio constitucional que garante o acesso universal e integral a todos os serviços e complexidades do SUS, incluindo o acesso aos medicamentos, uma vez que retiraria do estado a responsabilidade de garantir medicamentos aos usuários. Logo, os investimentos com esse programa deveriam ser destinados à melhoria das políticas de distribuição de medicamentos pelo SUS, garantindo o acesso a toda a população.

A distribuição de medicamentos realizada diretamente nas farmácias das unidades básicas do SUS é menos onerosa para o Estado do que o gasto com o Programa Farmácia Popular. Mesmo considerando o gasto com a aquisição de medicamentos, operacional por unidade da rede básica do SUS comparada com os valores de ressarcimento do governo às farmácias particular, até descontando os impostos que retornam para o governo as farmácias do SUS são economicamente mais rentáveis (WENDY, 2014).

Segundo Almeida (2015) o programa demonstra a ineficiência da Assistência pública farmacêutica, que não consegue atender as demandas da população nas unidades de atendimento do SUS direcionando as farmácias do Programa. É fundamental que o governo execute a política de assistência com distribuição justa de recursos, qualidade e abrangência em favor da sociedade.

5 MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a qual determina o conhecimento atual sobre um tema específico, possibilitando a análise e a síntese de resultados de estudos independentes do mesmo tema para melhorar a qualidade das ações e dos estudos desenvolvidos posteriormente, embasados em evidências científicas. Esse método tem sido apontado como importante ferramenta na área da saúde, pois sintetiza as pesquisas disponíveis e direciona para uma prática segura e eficiente (SOUZA et al., 2010).

As bases de dados eletrônicas utilizadas para a busca dos artigos científicos foram: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC), Biblioteca Virtual em Salud (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS). Os descritores foram definidos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e incluíram os termos: Assistência

Farmacêutica, Políticas de Saúde, Farmacêutico, Política Nacional de medicamentos, Saúde Pública.

Para fazer parte deste estudo, artigos científicos que preencheram os seguintes critérios: publicações do período entre 1998 a 2015, a data de corte tem como justificativa a Política Nacional de Medicamentos (PNM) aprovada no Brasil em 1998, que definiu as funções e finalidades da Assistência Farmacêutica (AF) dentro do SUS; textos completos e gratuitos para o acesso; nos idiomas espanhol e português; estudos que envolvam os objetivos deste trabalho.

5.2 Etapas da revisão integrativa

Foram realizados os seguintes passos: busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos selecionados, discussão dos resultados e a apresentação da revisão integrativa na forma de artigo. Para seleção dos artigos, foram analisados os títulos, resumos e metodologias dos mesmos. Após a seleção, os artigos foram lidos e analisados na íntegra, para a presente revisão.

Na análise e discussão dos resultados, foi realizada uma síntese dos dados de cada estudo selecionado e uma análise descritiva, a fim de que fosse possível comparar as duas realidades existentes, a Cubana e a Brasileira, no que se refere à Assistência Farmacêutica. Os estudos selecionados foram descritos a partir dos seguintes aspectos: título, ano da publicação, objetivo, metodologia e resultados. Na discussão, foram comparadas as realidades dos países pesquisados, Brasil e Cuba.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, W. R. **Uma história do negro no Brasil**. Centro de Estudos Afro-Orientais. Salvador. Fundação Cultural Palmares, 2006.

ALMEIDA, S.R.P. **Política Públicas para o Acesso aos Medicamentos no Brasil: O caso da Farmácia Popular**. Programa de estudos Pós-graduados em Ciências Sociais- Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.pucsp.br/defesas/politicas-publicas-para-o-acesso-aos-medicamentos-no-brasil-o-caso-da-farmacia-popular>. Acesso em Mar 2016.

ARAÚJO, A.L.A. et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.611-617, 2008.

AYERBE, L. F. A. Política Externa dos Estados Unidos e a Trajetória do Desenvolvimento Cubano. **Perspectivas**, São Paulo, v. 20, n. 21, p. 197-221, 1998.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo. Ática, 2004.

BBC. **Visita histórica: O que Barack Obama quer em Cuba?**. Disponível em: <http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2016/03/160320_visita_obama_cuba_rm>. Acesso em Mar 2016.

BRASIL. **Estudo aponta distribuição da população por cor ou raça**. 2013. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2013/11/estudo-aponta-distribuicao-da-populacao-por-cor-ou-raca>. Acesso em Mar 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica- QUALIFICAR-SUS**. Portaria n.º 1.214 de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br/qualifarsu>

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília. **CONASS**, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. **Programa Farmácia Popular: manual básico**. Brasília, p. 102, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: Estrutura, Processo e Resultados**. Brasília, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n.º 338, de 6 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**. Brasília, p. 18, 1998.

BRASIL. Lei Federal n. 8080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo. Brasília, 20 set. 1990.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: Acesso em: 02 jan. 2014.
Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em dez 2015.

BRASIL. Decreto n. 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (Ceme). **Diário Oficial da União**. Brasília, 1971.

BRITO, J. A. A Revolução Cubana Após a Derrubada Do “Campo Socialista”: as Condições da Sobrevivência Política. **Rev Aurora**, Marília, v. 6, n. 1, p. 109-122, Jul.-Dez., 2012.

CALZADILLA, J.R. Religión, cultura y sociedad en Cuba. **Papers**, Havana, v. 52, p. 139-153, 1997.

CARVALHO, R.B; SANTOS, T. **O direito à saúde no brasil: uma análise dos impactos do golpe militar no debate sobre universalização da saúde**. Revista Eletrônica “Diálogos Acadêmicos”. 2015. Disponível em: <http://www.semar.edu.br/revista/downloads/edicao6/o-direito-e-a-saude-no-brasil.pdf> Acesso em Mar 2016.

CARRARO, W.B.W.A. **Desenvolvimento econômico do Brasil e o programa Aqui tem Farmácia Popular: Limitantes e Potencialidades**. Programa de Pós-Graduação em Economia- Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em: <
<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/103962>>. Acesso em Mar 2016.

CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. **Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe**. 2015. Disponível em: <http://www.cepal.org/es/balance-preliminar-de-las-economias-de-america-latina-y-el-caribe> Acesso em Mar 2016

COOPER, R.S. Health in Cuba. **International Journal of Epidemiology**. Oxford. v.1, n. 35, p.817–824, 2006.

CUBA. Republica de Cuba. Ministerio de Salud Pública. **Formulario Nacional de Medicamentos**. 2016. Disponível em: <<http://fnmedicamentos.sld.cu/index.php?P=Home>> Acesso em Mar 2016

CUBA. Republica de Cuba. Ministerio de Salud Pública. **Programa Nacional de Medicamentos**, 2007. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19824es/s19824es.pdf>. Acesso em Dez 2015.

CUBA. Ministério da Saúde Pública de Cuba. Situação em Cuba. **Indicadores básicos de 2009**. Havana, 2009.

CUBA. **Adverse effects of the US economic embargo on the exercise of human rights in Cuba**. Havana, Cuba: Ministry of Public Health; 1993.

CUBA. **Constitución de la República de Cuba**, 1992. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/21403-21404-1-PB.htm> Acesso em Mar 2016.

DOMÍNGUEZ-ALONSO, E.; ZACCA, E. Sistema de salud de Cuba. **Salud pública de México**, v. 53, n. 2, p. 168-176, 2011.

DUARTE, F. R. **A revolução cubana e a busca pela democracia em cuba**. Monografia. Universidade Federal de Santa Catarina. Departamento de Ciências Econômicas, 2013.

ESPINA, M. Viejas y nuevas desigualdades en Cuba. Revista Nueva Sociedad, Buenos Aires, v. 216, n.1, p. 133-149, 2008.

FAGNANI, E. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica / Social Policy in the Lula Government (2003-2010): Historical Perspective. **SER Social**, Brasília, v. 13, n. 28, p. 41-80, 2011.

FEITOSA, E. C. **As Assembleias do Poder Popular e as Tradições de Luta Democrática e de Participação Popular em Cuba**. Dissertação. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, 2011.

FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas do Século XX**. Rio de Janeiro. 2006

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Países**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>>. Acesso em Mar 2016.

ICTQ. Instituto de Ciência Tecnologia e Qualidade. **Censo Demográfico Farmacêutico, 2014**. Disponível em: <<http://ictq.com.br/portal/estatisticas-do-setor-farmaceutico/censo-demografico-farmaceutico>>. Acesso em Mar 2016.

JUNIOR, A.B.B.; MUNHOZ, S.J. **AS RELAÇÕES EUA – AMÉRICA LATINA: CUBA E A GUERRA COM A ESPANHA**. III Encontro Nacional de Estudos da Imagem. Londrina, Maio, 2011.

LORENZO S.M. et al. La diferenciación territorial en los servicios farmacéuticos comunitarios en Ciudad de La Habana. **Rev Cubana Salud Pública**. Havana, v. 33, n. 1, 2007.

MADUREIRA, P.S.P. **Sistema de Saúde Cubano**. 2010. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/19944/1/Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20Cubano%20-%20final.pdf>>. Acesso em 24 dez 2015.

MANTOVANI, N; CRISPIM, S. Centrais de Compras e Serviços no Setor de Farmácias do Brasil: Alternativa para a Sobrevivência das Farmácias Independentes Enfrentando Grandes Redes. **Gestão & Regionalidade**, São Caetano do Sul, v. 29, n. 86, maio, 2013.

MANZANO, E.F. et al. Indicadores vinculados a las funciones asistenciales de los servicios farmacéuticos comunitarios en las regiones Central y Oriental de Cuba. **Rev Cubana Farm**, Havana, v.40, n.1, 2006.

MATOS, M.F.M. Acesso a medicamentos: Um estudo de caso sobre o cumprimento do Objetivo 8. E das Metas do Milênio em três países da Região da América Latina e Caribe. Programa de Pós Graduação de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, Dissertação de Mestrado, São Paulo, 2013.

MEDEIROS, M. O Topo da Distribuição de Renda no Brasil: Primeiras Estimativas com Dados Tributários e Comparação com Pesquisas Domiciliares (2006-2012). **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 7-36, 2015

MENICUCCI, T.M.G. A Política de Saúde no Governo Lula. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011.

MEUCCI, I.D.P. **Estados Unidos e América Latina: o caso de Cuba no pós-guerra fria**. Anais do V Simpósio Internacional Lutas Sociais na América Latina, 2013.

MORALES, E. C. L. et al. La transformación del policlínico en Cuba de cara al siglo XXI. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, Havana, v. 25, n. 2, 2009.

NUNEZ, L. Retos y contradicciones de la industria biotecnológica actual. **Biotecnología Aplicada**, Havana, v. 24, n. 3, p. 176-282, 2007.

OLIVEIRA L.C.F; ASSIS M.M.A; BARDONI R.A; Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 3561-3567, 2010.

OLIVEIRA, M. A., BERMUDEZ, J. A. Z., CASTRO, C. G.S. **Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde.** Relatório do Grupo Consultivo da OMS: Nova Délhi, Índia: 13 – 16 de dezembro de 1988 + O papel do farmacêutico: assistência farmacêutica de qualidade: Benefícios para os governos e a população. Relatório da Reunião da OMS: Tóquio, Japão: 31 de agosto – 3 de setembro de 1993 + Boas práticas em farmácia (BPF) em ambientes comunitários e hospitalares / Organização Mundial da Saúde. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde. Conselho Federal de Farmácia, 2004.

OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. **Avaliação da assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados.** Brasília, 2005.

PAIM, J., et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Séries, 2011.** Disponível em:

<<http://www.ammabarbacena.com.br/files/2e9d93b8abf8ae74b148b4f04fdb3701.pdf>>.

Acesso em Mar 2016.

PAIXÃO, R.J.S. **A formação do povo brasileiro e suas consequências no âmbito antropológico.** 2012. Disponível em:

<<http://www.uniesp.edu.br/revista/revista14/pdf/artigos/01.pdf>>. Acesso em Mar 2016.

PEDRESCHI, G.B.F. **Sanções Econômicas Sob A Ótica Do Direito Internacional e o Caso Cubano.** Disponível em: <<http://www.boletimjuridico.com.br/m/texto.asp?id=3285>>. Acesso em Mar 2016.

PETERSEN, L.L. **Políticas sociais no SUS e a gestão da assistência farmacêutica na rede local/regional: o caso da judicialização na 17ª coordenadoria regional de saúde–RS.**

Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, 2014. Disponível em <btd.unisc.br/Teses/LeticiaPetersen.pdf>. Acesso em Mar 2016.

POLIGNANO, V.M. **HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: Uma pequena revisão.** Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226>>. Acesso em Mar 2016.

PORTELA, A.S., et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, Araraquara, v. 31, n.1, p. 09-14, 2010.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório de Desenvolvimento Humano de 2014.** Disponível em:

<<http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014pt.pdf>> Acesso em Mar 2016.

RODRIGUES, P. H.; SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS.** São Paulo: Editora Atheneu, 2009.

ROCHA, et al. Sistema Nacional de Saúde Cubano: vivências de uma equipe multiprofissional. **Interagir: pensando a extensão.** Rio de Janeiro, v. 1, n. 20, p. 124-134, 2015.

ROSSETTI-FERREIRA, M.C.; FABIOLA RAMON, F., SILVA, A.P.S. Políticas de atendimento à criança pequena nos países em desenvolvimento. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo. v. 1, n. 115, 2002.

ROSSEL-MOZON, A. **Centro de Informacion del Medicamento: la información para la Red Nacional de Farmacoepidemiologia de Cuba**. ACIMED. Ciudad de La Habana. v. 13, n.2, abr 2005.

SANTORO, M. Cuba após a Guerra Fria: mudanças econômicas, nova agenda diplomática e o limitado diálogo com os EUA. **Rev. Bras. Polít. Int.** Rio de Janeiro, v. 53, n. 1, p. 130-140, 2010.

SOARES, A.; SANTOS, N.R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014.

SOUSA, G.B. **Estrutura da Democracia Cubana**. Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados. Brasília. 2009. Disponível em:
http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/5504/estrutura_democracia_sousa.pdf?sequence=3 Acesso em Mar 2016.

SOUZA, MARCELA T. ET AL.. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. Einstein.v. 8, n.1, p. 102-106, 2010.

WHO. World Health Organization. **Progress in the rational use of medicines**. Sixtieth World Health Assembly. March, 2007. Disponível em:
 <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_24-en.pdf>. Acesso em 09 jan 2016.

ANÁLISE COMPARATIVA DAS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA ENTRE O BRASIL E CUBA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

COMPARATIVE ANALYSIS OF PHARMACEUTICAL ASSISTANCE POLICIES FOR
BRAZIL AND CUBA: AN INTEGRATIVE REVIEW

Autores:

Sheyla Velasques Paladini

Pós-graduanda em Saúde Pública – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço: Avenida Professor Oscar Pereira, 1220/210 – CEP: 90640-070 – Porto Alegre – RS

/ Telefone: (51) 92654423

E-mail: sheylavp@gmail.com

Cristianne Maria Famer Rocha

Doutora em Educação

Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço: Instituto de Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramiro

Barcelos, 2600 - Bairro Santa Cecília, Porto Alegre - RS – Brasil CEP: 90035-003 - Fone:

3308-5066.

E-mail: cristianne.rocha@terra.com.br

Leticia Lassen Petersen

Doutora em Desenvolvimento Regional

Estagiária Pós-Doutoral do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade

Federal do Rio Grande do Sul

Endereço: Instituto de Psicologia - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rua Ramiro

Barcelos, 2600 - Bairro Santa Cecília, Porto Alegre - RS – Brasil CEP: 90035-003 - Fone:

3308-5066.

E-mail: letipetersen@yahoo.com.br

Resumo: O artigo busca realizar uma revisão integrativa da literatura referente às políticas de assistência farmacêutica do Brasil e de Cuba, a fim de permitir sua descrição e análise comparativa. Apesar das diferenças (culturais, históricas, geográficas, etc.), ambos são países em desenvolvimento com sistemas nacionais de saúde que têm como propósito o acesso universal e gratuito; contudo, esses sistemas têm diferenças marcantes quanto a aspectos econômicos e de governança, as quais podem explicar os resultados superiores de Cuba em indicadores de saúde pública e qualidade de vida. Foram encontrados 48 artigos

Cubanos; 171 Artigos Brasileiros. Após análise, foram selecionados 5 artigos cubanos sobre Políticas de Assistência Farmacêutica em Cuba, e 21 artigos brasileiros sobre Política de Assistência Farmacêutica no Brasil. Em Cuba, os medicamentos são fornecidos pelo Estado, no Brasil, os medicamentos podem ser fornecidos diretamente, nos termos da respectiva Política Nacional de Medicamentos e da Política de Assistência Farmacêutica, ou ser adquiridos em farmácia particulares – nesse caso, eles podem ser subsidiados por programas como a Farmácia Popular. Dessa forma, o sistema brasileiro é suscetível não apenas a falhas de governança, mas também a falhas de mercado.

Palavras chave: Assistência Farmacêutica, Políticas de Saúde, Programa Nacional de Medicamentos e Saúde Pública.

Abstract: This article intends to carry out a review of the literature relating to pharmaceutical care policies in Brazil and Cuba, in order to allow for their description and comparative analysis. Despite their differences (cultural, historical, geographical, etc.), both of them are developing countries with national health systems that aim for universal and free access; however, these systems have marked differences in economic and governance aspects, which may explain Cuba's better outcomes in public health and welfare. In this research, 48 Cuban articles and 171 Brazilian articles were found. After their analysis, we have selected five Cuban articles on Pharmaceutical Care Policies in Cuba, and 21 Brazilian articles on Pharmaceutical Care Policies in Brazil. In Cuba, drugs are provided by the state; in Brazil, medicines may be provided directly by the state, in accordance with the National Drug Policy and the Pharmaceutical Assistance Policy, or they may be acquired in a private drugstore - in this case, their acquisition may be subsidized by public policies such as People's Pharmacy. Thus, Brazilian system is susceptible not only to governance failures, but also to market failures.

INTRODUÇÃO

A Política de Assistência Farmacêutica (PAF) é definida como um conjunto de práticas públicas com o objetivo de promoção, proteção e recuperação da saúde, visando o acesso aos medicamentos e uso racional dos mesmos. No Ministério da Saúde do Brasil, essas ações constituem a Política Nacional de Assistência Farmacêutica que envolve a promoção da pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2005a). O conceito de Política de Assistência Farmacêutica pode ser aplicado a qualquer país, independente das diferenças socioeconômicas, políticas e culturais.

Em Cuba, foi elaborado, em 1991 o Programa Nacional de Medicamentos, no qual são descritas orientações gerais para a distribuição, prescrição, dispensação e uso racional de medicamentos no Sistema Nacional de Saúde, assim como estratégias para a estruturação das farmácias (CUBA, 2007). O Programa foi atualizado em 1994, 1998, 2001 e 2007, porém somente na atualização de 2001 o farmacêutico é descrito como profissional fundamental no processo de uso adequado de medicamentos (MANZANO *et al.*, 2006).

No Brasil, em 1998, foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que definiu as funções e finalidades da PNAF dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), com gestão e o financiamento compartilhado entre as três esferas de governo (União, estados e municípios) (BRASIL, 1998).

Segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), todos os países devem formular e implementar uma ampla Política Nacional de Medicamentos. Em 2003, apenas 50% dos 123 países pesquisados apresentavam uma PNM formalmente publicada, recente ou atualizada nos últimos dez anos, somente a existência desta Política não basta

(WHO, 2007). Para que seja, efetiva é necessário que os resultados obtidos sejam monitorados e avaliados, além de serem usados para a sua reorientação (BRASIL, 2005b).

Programas de Assistência Farmacêutica são essenciais para a saúde pública, contribuindo dessa forma para a melhora da qualidade de vida da população. O estudo comparado de práticas distintas de Assistência Farmacêutica, como as do Brasil e Cuba, permite, por meio da compreensão dessas realidades, avaliar a adequação do nosso próprio modelo e identificar possibilidades de melhoria. Brasil e Cuba são países com grandes diferenças; p. ex., quanto a dimensões territoriais, demografia, sistema político, economia, etc.; dentre essas, podemos destacar o sistema de saúde. Embora ambos tenham sistemas universais, sendo a saúde amplamente financiada (por subsídios ou por fornecimento direto) e regulada pelo setor público.

Cuba possui índices de qualidade em saúde muito próximos ou acima de países com capacidade econômica superior (como o próprio Brasil), o que é explicado pela opção política de priorizar investimentos em cuidados primários na saúde e na educação. Além disso, no sistema cubano é garantido acesso a todo tratamento medicamentoso à população, enquanto, no Brasil, o acesso a medicamentos ocorre principalmente por meio do financiamento pela própria população, i.e., por gastos privados. Isso implica que os gastos e os investimentos relativos a tratamento medicamentoso são altamente sensíveis às condições do mercado.

O objetivo deste trabalho é analisar comparativamente as Políticas de Assistência Farmacêutica em Cuba e no Brasil, descrever as Políticas de Assistência Farmacêutica nos dois países a respeito de sua organização, seus acessos e outros aspectos, além de identificar semelhanças e diferenças a respeito da implementação da Política de Assistência Farmacêutica praticadas nestes Estados.

Cuba

A República de Cuba é um país insular localizado no mar do Caribe na América Latina, ocupando uma área total de 110 km², esta dividida em quinze províncias, 169 municípios. Possui 11 milhões de habitantes, seu Produto Interno Bruto (PIB) em 2014 era de 82,7 milhões de dólares (IBGE, 2016). Trata-se de um país com economia socialista planejada. A taxa de crescimento do PIB em Cuba no ano de 2015 foi de 4%, em relação ao ano anterior (2014 apresentou crescimento de 1,3%); em 2016, espera-se um aumento maior devido ao crescimento do consumo e investimentos. A nova ligação com os EUA associados a outras medidas de abertura econômica anunciadas tem colaborado para a melhor visibilidade de Cuba no mercado internacional (CEPAL, 2015). Apesar de Cuba apresentar um PIB baixo, seu IDH é médio e possui baixas taxas de mortalidade (6,04 mortes/1.000 nascidos vivos), comparado com o Brasil (27.62 mortes/1.000 nascidos vivos), que se justifica devido à alta prioridade nas políticas de saúde (ROSSETTI-FERREIRA; RAMON; SILVA, 2002).

Em 2002 foram criados os Programas de Revolução em Saúde com o objetivo de reorganizar a estrutura dos serviços de saúde, à formação e aperfeiçoamento contínuo dos recursos humanos e o melhoramento dos recursos tecnológicos. Com essas mudanças a atenção primária é fortalecida ficando mais próxima a população, adequando os serviços às condições de Saúde de cada lugar. Atualmente as Policlínicas são as instituições básicas do Sistema de Saúde Cubano adaptadas às necessidades e características de cada comunidade, responsáveis por conduzir os usuários nos diversos níveis de atenção até solução dos seus problemas (MORALES *et al*, 2009).

No ano de 2006 a despesa total em saúde em Cuba foi de 7,7% do PIB enquanto no Brasil foi de 7,5% do PIB; Cuba possuía 59 médicos por mil habitantes, o Brasil 12 médicos por mil habitantes; Cuba contava com 74 enfermeiros e outros profissionais especializados por mil habitantes; o Brasil, 38 enfermeiros e outros profissionais especializados por mil habitantes. Portanto apesar dos problemas financeiros, Cuba atingiu índices de qualidade de

saúde muito próximos ou acima dos países com capacidade econômica superior, essas conquistas foram realizadas através da priorização das ações aos cuidados primários em saúde (MADUREIRA, 2010).

Sistema de saúde cubano

Está previsto na Constituição Cubana no artigo 50¹, que o estado tem o dever de garantir o direito à saúde, estabelecido como prioridade, após a revolução de 1959, junto com a educação, visando à melhora da qualidade de vida da população. As Reformas e investimentos em recursos humanos de profissionais da saúde e a criação de redes de institutos e faculdades foram essenciais para a eficácia desse sistema de saúde (MADUREIRA, 2010).

A saúde pública cubana na década de 60 adotou uma política inovadora estabelecendo a redução dos preços dos medicamentos, a assistência médica de qualidade e acessível a toda a população, incluindo os moradores das áreas rurais, a gratuidade de todos os serviços de saúde, criação do Ministério da Saúde Pública Cubana e a criação de normas relativas às atividades de assistência hospitalar (ROCHA *et al.*, 2014).

Cuba tem desempenho em saúde comparável com o de países desenvolvidos, sendo um exemplo de como boas estratégias de saúde pública associada a investimentos estratégicos em infraestrutura e em saúde primária, no controle de doenças infecciosas, na redução da mortalidade infantil e na criação de indústria de pesquisa são essenciais para a eficiência do sistema (COOPER *et al.*, 2006).

O sistema de saúde cubano tem sua estrutura dividida em quatro níveis (primário, secundário, terciário e quaternário); a prioridade se destina aos cuidados de saúde do nível

¹ Con la prestación de la asistencia medica y hospitalaria gratuita, mediante la red de instalaciones de servicio medico rural, de los policlínicas, hospitales, centros profilácticos y de tratamiento especializado; con la prestación de asistencia estomatología gratuita; con el desarrollo de los planes de divulgación sanitaria y de educación para la salud, exámenes médicos periódicos, vacunación general y otras medidas preventivas de las enfermedades. En estos planes y actividades coopera toda la población a través de las organizaciones de masas y sociales. (CUBA, 1992).

primário, pois a prevenção de doenças tem o objetivo de evitar grandes aportes de recursos no tratamento de doenças mais avançadas. Assim, esse nível possui ampla cobertura e baixa complexidade. O nível secundário envolve menor cobertura e maior complexidade e é composto por hospitais regionais e municipais. Os níveis terciário e quaternário são de cobertura mínima e complexidade máxima e são utilizados quando há necessidade de internações; são fornecidos pelos hospitais e também por institutos especializados (MADUREIRA, 2010).

O sistema de saúde Cubano possui 10.741 consultórios médicos de saúde da família, 304 hospitais, 451 policlínicas, 127 postos de saúde, 13 institutos de pesquisa, 25 bancos de sangue, 111 clínicas dentárias, 138 maternidades. Estima-se que cada habitante realizou 7,4 consultas médicas em 2014 (CUBA, 2016).

Possui um total 582.538 de trabalhadores na área da saúde, em 2009, o que representa 8,7% da população economicamente ativa; desses, 69% são mulheres. Há mais de 30 mil médicos atuando no nível de cuidado básico (CUBA, 2009).

Em Cuba o financiamento da Saúde e a definição de prioridades de investimento estão relacionados à sua estrutura de participação popular na tomada de decisões. Cuba divide-se em 14 províncias e 169 municípios, mais o município especial Isla de La Juventud; todos possuem órgãos locais de máximo poder político com administração popular, as Assembleias do Poder Popular Provincial e Municipal, que elegem delegados como representantes, os quais constituem a Assembleia Nacional do Poder Popular (ANPP). O órgão representativo supremo de Cuba, com função legislativa e constituinte, é a ANPP. Assim a instituição de poder absoluto é constituída por representantes de cada localidade de Cuba (50% são delegados municipais, o restante é composto por representantes de entidades, as instituições mais importantes de cada lugar) o que visa a garantir que as decisões sejam o reflexo da demanda da população (FEITOSA, 2011).

O sistema de saúde cubano garante o acesso da população a todos os medicamentos necessários, sendo seu processo de aquisição de responsabilidade do Estado. A indústria de medicamentos cubana não possui fins lucrativos e busca suprir as necessidades da sua população, a escolha do fármaco a ser pesquisado e produzido é feita a partir de informações epidemiológicas. O país possui 221 centros e áreas de pesquisa e desenvolvimento, 46 instituições de ensino superior, 30 mil trabalhadores na área científica (50% mulheres), 21 mil professores e 7 mil pesquisadores (DOMÍNGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011).

Entre os programas de Ciência e Inovação está o de Pesquisa e Desenvolvimento de biotecnologia para uso em saúde, além de uma indústria farmacêutica desenvolvida em 1981. Cuba tem grande produção de produtos médicos e insumos farmacêuticos entre eles vacinas para meningite, hepatite B, anticorpos monoclonais, interferon, esterptoquinase, e outros produtos obtidos através de insumos naturais. No entanto, é notável as consequências no setor da saúde devido ao bloqueio econômico imposto por os EUA, que dificulta a aquisição de produtos para a saúde, matérias primas para as indústrias farmacêuticas e medicamentos (NÚNEZ *et al*, 2007).

Segundo Dominguez-Alonso e Zacca (2011) essa situação de dificuldade de aquisição de materiais e medicamentos é compensada pela qualidade do serviço de saúde de Cuba, que possui mais de 50 anos de experiência, bem estruturado e de alta qualidade. Associado ao alto nível de instrução da população cubana, o investimento em pesquisa e biotecnologia contribui para diminuir a necessidade de importação de produtos para a saúde.

Assistência Farmacêutica em Cuba

O Programa Nacional de Medicamentos cubano foi criado em 1991, provocando mudanças na estrutura, gestão e operação dos serviços de saúde. Tem como objetivo o uso racional dos medicamentos assim como uma busca constante de aprimoramento dos serviços farmacêuticos prestados à população (CUBA, 2007).

A estrutura dos serviços farmacêuticos das províncias e municípios de Cuba é composta de:

- a) Farmácia Municipal Principal (FPM): As unidades básicas mantêm estoque de medicamentos para uso ambulatorial, para doenças crônicas, alguns medicamentos psicotrópicos, dispensação de medicamentos fitoterápicos e outros produzidos localmente;
- b) Farmácia Comunitária/ Área de Saúde Especial (FCEAS): Dispensam medicamentos essenciais, controlados, substâncias psicotrópicas e sujeitas a controle especial, medicamentos necessários para exames e serviços de imagem em policlínicas básica e outras unidades que possuem ligações;
- c) Farmácia Comunitária Normal (FCN): Incluem-se farmácias ligadas às áreas rurais e urbanas e as policlínicas, fornecem medicamentos essenciais para a comunidade em que ele está localizado;
- d) Farmácia Hospitalar/ Comunidade (FCAH): Dispensam drogas que estão na tabela básica de uso ambulatorial, correspondentes às especialidades do hospital, para garantir o atendimento ao paciente (LORENZO, 2007).

A Farmácia Municipal Principal é o centro de referência em medicamentos de cada província, o qual também faz parte da Rede Nacional de Farmacoepidemiologia (RNF) que possui um Centro de desenvolvimento de Farmacoepidemiologia (CDF). A RNF é subordinada às decisões de grupos formados nas províncias e municípios, que possuem a responsabilidade para a execução de estratégias nacionais de Farmacoepidemiologia do país (ROSSEL-MOZON, 2005).

No estudo de Manzano et al. (2006), foram analisadas 791 farmácias comunitárias em Cuba, sendo que apenas 212 (26%) tinham a presença de um profissional farmacêutico graduado. Como a maior concentração de farmacêuticos está em Havana, onde 40,8% das

farmácias comunitárias possuem um profissional, bem acima do resto das províncias, sendo as áreas mais críticas Isla de la Juventud (10%) e Pinar del Rio (11%). Em relação ao número de farmácias por habitante, de acordo com a pesquisa realizada por Manzano et al. (2006), apresenta-se 4.894,2 habitantes por farmácia em Cuba, podendo ser comparada com o índice do Reino Unido que é de 4797 habitantes por farmácia. No entanto, diferem-se significativamente as taxas de Espanha que é de uma farmácia por 2033 habitantes, sendo o país com melhor cobertura farmacêutica da União Europeia.

Cuba possui um Formulário Nacional de Medicamentos atualizado, direcionado principalmente para profissionais da saúde, com mais de 700 medicamentos e 500 princípios ativos. Essas informações são fundamentais para a utilização racional dos medicamentos e o aprimoramento do perfil de prescrição (CUBA, 2016).

A regulação do uso racional de medicamentos é feita através da Autoridade Regulatória de Medicamentos (ARM), que analisa a necessidade do uso de medicamentos e produtos em relação a seus fins terapêuticos e desenvolve instrumentos de regulação ao desenvolvimento de novos produtos para o mercado cubano. Estimula o uso e a produção de medicamentos genéricos de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (MATOS, 2013).

Devido à falta de informações específicas, não é possível mensurar com exatidão o quanto é gasto com medicamentos. O acesso aos medicamentos é gratuito a toda a população, pelo Estado de Cuba dentro da lógica de racionalidade e essencialidade de uso deste insumo. Exceto a aquisição de algumas próteses ou aparelhos não são fornecidos pelo Estado. Neste caso, os seus preços são subsidiados pelo Estado, para que efetivamente seja viável o acesso da população. Como a produção nacional é insuficiente para a demanda da população, a importação de insumos de medicamentos é regulada e apoiada por organizações internacionais (DOMINGUEZ-ALONSO; ZACCA, 2011).

Brasil

Possui uma área de 85.516.00km². É o maior país da América do Sul, o quinto maior do mundo em território e população. O país é dividido em cinco regiões com diferenças demográficas, econômicas, sociais, culturais e de saúde. É organizado por um sistema político constituído por três esferas de governo (União, estados e municípios) com autonomia administrativa, formado por 26 estados e um distrito federal, além de 5.560 municípios com grande diversidade populacional (PAIM *et al.*, 2011).

O país apresenta peculiaridades em razão de sua história de imigração e de independência política tardia. Estas peculiaridades dão fundamento para a característica de país mais miscigenado do mundo e da tardia implementação de políticas sociais, especialmente pela recente história de regime político democrático (1988). Estas peculiaridades repercutem em indicadores, a exemplo do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Em 2014, o país apresentou melhora no Índice de Desenvolvimento Humano, em comparação ao ano anterior, porém caiu na posição mundial passando a ocupar a 75^a dentre países, ficando atrás de países como a Argentina, Chile, Uruguai, Cuba e Venezuela. Melhorias sociais, como esperança de vida ao nascer (74,2) e anos de estudo (7,7), costumam-se atribuir a políticas públicas, como, p.ex., o programa “Bolsa Família” – associado a uma queda de 16% na taxa de extrema pobreza do país (PNUD, 2014).

No entanto, segundo Medeiros e colaboradores (2015), não se observa mudança significativa na desigualdade ao longo da história nacional, que continua muito alta: o 1% mais rico da população concentra mais de um quarto de toda a renda, e os que possuem 5% das riquezas detêm quase metade da renda do país; esses níveis de concentração mantiveram-se praticamente os mesmos entre 2006 e 2012.

Já que o sistema econômico brasileiro é capitalista, procuram-se compensar as diferenças sociais por meio de políticas públicas. Historicamente a atuação do Estado segue o que, parafraseando Fleury (1994), podemos chamar de “Modelo Residual de Políticas Sociais”, em que “a política social teria um caráter compensatório, sendo a ação governamental residual e voltada para aqueles que fracassaram na tentativa de solucionar suas demandas no próprio mercado” (p. ex., políticas de assistência social). Atualmente, porém, as políticas sociais podem ser enquadradas no “Modelo Institucional Redistributivo de Política Social”, assumindo “um cunho claramente redistributivo, deixando de ser uma compensação e/ou um espelho do mercado de trabalho para tornar-se uma ação alocativa e reguladora do mercado” (FLEURY: 1994, p.106). É este o caso da Política Nacional de Medicamentos no Brasil, o qual passa por uma dupla regulação: tanto para autorização de venda em território nacional assumindo uma postura de regulador do mercado, quanto disponibilizando aos cidadãos acesso integralmente gratuito a um elenco essencial de medicamentos através da PNAF (PETERSEN, 2014).

Sistema de Saúde Brasileiro

Em 1930 o Estado de Bem Estar brasileiro inicia-se com a Era Vargas, com iniciativas para garantir os direitos sociais, dentre as quais podemos destacar a Lei Eloy Chaves, que iniciou a regulação das Caixas de aposentadorias e Pensões (CAP). A saúde sempre esteve presente nas ações de todos os governos dos anos seguintes, Juscelino Kubitschek em 1960 aprovou a Lei orgânica da Previdência Social. Podemos destacar também a III Conferência Nacional e Saúde que ocorreu no governo de João Goulart em 1963, o qual estabeleceu uma lei para a municipalização dos serviços de saúde, iniciando o modelo descentralizado que constitui uma das diretrizes do SUS (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

Com o Golpe Militar em 1964, a saúde passou por um processo de incentivo à privatização dos serviços, alguns direitos sociais como aposentadoria e assistência médica a

trabalhadores rurais e autônomos sofrem modificações. Durante esse período, ocorreu um aumento no número de hospitais e uma ampliação do acesso aos serviços de saúde para a população. Foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS). Em 1978 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que possuía alguns locais de atendimento próprio, mas em sua maioria pagava aos hospitais particulares o atendimento para os trabalhadores de carteira assinada (CARVALHO; SANTOS, 2015). As modificações na saúde observadas durante esse período de ditadura militar possibilitaram que o Sistema Único de Saúde, que seria criado anos mais tarde, tivesse como princípio norteador a Universalização.

A constituição Federal de 1988 estabelece que a saúde seja um direito de todos e dever do estado; ela institui o Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, estruturado de forma descentralizada, hierarquizada e regionalizada com acesso universal. Porém, a implementação do SUS só ocorre em 1990 com a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que define o seu funcionamento e a organização. No mesmo ano, ocorre posse do primeiro presidente eleito por voto popular após a ditadura; ou seja, a reforma no setor de saúde brasileiro ocorreu junto com o processo de democratização (PAIM *et al.*, 2011).

A Lei Orgânica da Saúde define a gestão com participação popular através de conferências e conselhos de saúde em cada esfera, possibilitando que diferentes segmentos da população participem das negociações de propostas, manifestem seus interesses e direcionem os recursos para projetos distintos. O financiamento das ações é proveniente do Orçamento da Seguridade Social, com recursos das três esferas de governo, federal, municipal e estadual (BRASIL, 2011).

Em 1997 durante o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), é instituído um tributo especial - a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) - a fim de obter recursos para financiar a saúde. Porém, isso não solucionou o problema do financiamento da saúde pública, devido aos baixos valores dos pagamentos pelos serviços prestados pelos hospitais privados conveniados ao SUS e à demora na liberação de recursos; assim, muitos hospitais diminuíram os leitos oferecidos para o SUS e criaram planos próprios de saúde. Em 1998, o governo federal publica e regulamenta a Lei nº 9.656, de 1998, que trata de planos e seguros de saúde (POLIGNANO, 2016).

No governo seguinte, de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011), foram consolidadas e ampliadas as políticas de transferência de renda, ações de combate à fome, obras de infraestrutura social, benefícios previdenciários e aumento real do salário mínimo, entre outros benefícios sociais. Podemos destacar o fortalecimento do Programa de Saúde da Família, voltado para a atenção básica, a criação do Programa Farmácia Popular e o lançamento do Programa Brasil Sorridente (MENICUCCI, 2011).

Durante esse período são adotadas medidas para a consolidação institucional do SUS. O Pacto pela Saúde, lançado em 2006, busca estabelecer diretrizes entre gestores da união, estados e municípios, a fim de promover inovações nos processos de gestão em função das necessidades de saúde da população buscando o aprimoramento da eficácia do SUS. Em 2008 foi lançada uma importante estratégia voltada para a atenção básica, o Programa Mais Saúde, que apresenta um plano de investimento do Ministério da Saúde no setor (FAGNANI, 2011).

O SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, e é o único a garantir assistência integral e gratuita para toda a população. Em 2014 foram realizadas 4,1 bilhões de tratamentos ambulatoriais, 1,4 bilhões de consultas médicas e 11,5 milhões de internações. O SUS investe em tecnologia para fazer procedimentos de alta

complexidade, 95% dos transplantes são realizados pelo SUS, possui 27 Centrais Estaduais de Transplantes, em 2013 foram realizados 23.457 transplantes (BRASIL, 2015).

Apesar disso, a contribuição do governo federal nos gastos com o SUS está em redução; a receita da Seguridade Social em saúde caiu de 30% em 1988 para 14,5% em 2008. Os gastos com saúde dos últimos governos não cresceram em relação ao PIB; porém cresceu os investimentos dos estados e principalmente dos municípios, que, na média, aumentaram os recursos acima do estabelecido como o mínimo necessário para a saúde (SOARES; SANTOS, 2014).

Assistência Farmacêutica no Brasil

Os medicamentos são instrumentos primordiais na saúde, quando bem utilizados; do contrário, podem ser prejudiciais. Sendo assim o Sistema Nacional de Saúde brasileiro buscou, p. ex. promover o uso Racional de medicamentos, seleção de medicamentos essenciais, melhorar a segurança dos tratamentos medicamentosos oferecidos, equidade no acesso, por meio da instituição da Política Nacional de Medicamentos. Como componente desta política está a Assistência Farmacêutica (AF); já em 1988, no I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica, ocorrido em Brasília, busca-se estabelecer quais as atividades estariam envolvidas nesta política, dentre elas a atenção farmacêutica (OLIVEIRA; BERMUDEZ; CASTRO, 2007).

Em 1971 no Brasil a AF teve início, como política pública, com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), a qual fornecia, através de uma política centralizada de aquisição e distribuição, medicamentos à população carente (BRASIL, 1971). Já a CF/88 estabeleceu a saúde como direito universal (incluída aí a redução do risco de doença e de outros agravos), de competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90) regulamentou a CF/88, estabelecendo, em seu Artigo 6º, a formulação de uma política de medicamentos, com a atribuição da execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi aprovada em 1998, estabelecendo as definições e as funções da AF, desenvolvendo atividades que envolvem o controle de qualidade, segurança, eficácia terapêutica e todos os processos destinados ao uso racional do medicamento. Como uma das suas diretrizes, ocorre a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), por meio da qual a seleção, a programação e a aquisição de medicamentos são realizadas (OLIVEIRA; ASSIS; BARDONI, 2010).

O Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 338, publicada em 2004, sobre a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), estabeleceu estratégias para a manutenção e qualificação de AF na rede pública de saúde e a qualificação de recursos humanos, assim como a descentralização das ações (BRASIL, 2004):

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, entre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público quanto o privado de atenção à saúde. (BRASIL, 2004, p.1)

No Brasil, a PNM é considerada como o primeiro posicionamento formal e abrangente sobre a questão dos medicamentos no âmbito das questões da reforma sanitária. Foi constituída no eixo das diretrizes da Organização Mundial da Saúde. Dentro das suas diretrizes, está a Reorientação da Assistência Farmacêutica (OPAS, 2005). Possui como propósito de desenvolvimento não se restringir à aquisição e à distribuição de medicamentos, mas envolver todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais. Após a criação da PNAF, que traz definições sobre a assistência e a atenção farmacêutica, ocorre uma atenção maior nas políticas públicas de medicamentos (PORTELA *et al.*, 2010).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) é integrante ao SUS e inclui ações: de Regulação sanitária de medicamentos; Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais; Reorientação da Assistência Farmacêutica; Promoção do uso racional de medicamentos; Desenvolvimento científico e tecnológico; Promoção da produção de medicamentos; Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. Assim a PNAF está incluída na PNM, a fim de fortalecer o compromisso de fornecimento gratuito de medicamentos considerados essenciais, descritos na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), como parte do acesso universal a saúde (PETERSEN, 2014).

A Portaria nº 399 de 2006 regula a aquisição de medicamentos e insumos, assim como a execução das ações necessárias para o funcionamento da AF, como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS (BRASIL, 2006). Assistência Farmacêutica, no Brasil, é de caráter multiprofissional e intersetorial, podendo ser considerada parte integrante permanente do modelo assistencial existente (ARAÚJO *et al.*, 2008).

O Programa Nacional de Qualificação da AF no âmbito do SUS (QUALIFAR - SUS) foi implementado em 2012, com o objetivo de contribuir para o aprimoramento, implementação e integração das atividades da AF nas ações de saúde, visando à humanização do serviço (BRASIL, 2012).

Devido ao modelo implantado pelo serviço de saúde, tornou-se essencial estabelecer uma nova relação profissional mais acolhedora entre o farmacêutico e o usuário do sistema, assumindo aquele um papel central no acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários. Desta maneira, o farmacêutico deve deixar de desempenhar atividades estritamente de carácter burocrático, relacionadas com a aquisição de medicamentos, para se preocupar também com usuário (ARAÚJO *et al.*, 2008).

No Brasil temos 3,34 farmácias comerciais por 10 mil habitantes (MANTOVANI; CRISPIM, 2013). Segundo o Instituto de Ciência Tecnologia e Qualidade (ICTQ) que elaborou um censo em 2014, com o objetivo de mapear a presença e distribuição do profissional farmacêutico em todo o país, foi possível evidenciar que no Brasil existem 1,76 farmacêuticos para 2.000 habitantes (ICTQ, 2014).

Para que um tratamento a enfermidades seja efetivo e resolutivo é necessário que se tenha acesso a medicamentos de qualidade e de informações quanto ao uso correto das medicações. No entanto segundo Oliveira, Assis e Bardini (2010) nas farmácias da atenção básica dos municípios brasileiros, ocorrem o desabastecimento de medicamentos essenciais, armazenamento e conservação incorretos, ausência total de orientação ao uso correto dos medicamentos. Esses problemas estão associados insuficiência de recursos financeiros, necessidade de melhor capacitação dos trabalhadores envolvidos com os processos, bem como de seus gestores.

No Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política de Medicamentos que ocorreu em 1998 foi definido o papel do farmacêutico nesta política: O farmacêutico possui papel fundamental na assistência, pois é o único profissional da equipe de saúde que tem sua formação fundamentada na articulação de conhecimentos dos insumos e medicamentos apoiado nas áreas biológicas e exatas. Possuindo também habilitação para atuação na área de análises clínicas e toxicológicas e de processamento e controle de qualidade de alimentos (ARAÚJO *et al.*, 2008). A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconheceu que o farmacêutico é o profissional com melhor capacitação para conduzir as ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do uso racional dos medicamentos, sendo ele indispensável para organizar os serviços de apoio necessários para o desenvolvimento pleno da assistência farmacêutica (OMS, 2004).

Entre as estratégias de acesso a medicamentos promovidos pelo governo federal, podemos destacar o programa de financiamento subsidiado, denominado Programa Farmácia Popular do Brasil criado em 2004, por meio do Decreto n.º 5.090, de 20 de maio de 2004, com o objetivo de fornecer medicamentos essenciais à população por um baixo custo, através de parcerias entre Governo Federal e farmácias comerciais, nas quais o governo paga uma parte do valor do medicamento, e o cidadão, a parte restante (BRASIL, 2005b). No entanto essa política de fornecimento de medicamentos possui muitas críticas, pois o co-pagamento fere o princípio da equidade e abre a possibilidade de se utilizar outras práticas de compartilhamento de custos no SUS (MENICUCCI, 2011).

Segundo Portela (2010), esse Programa limita o acesso universal aos medicamentos, beneficia a classe da população que possui recursos financeiros para o pagamento, em prejuízo aos desprovidos de poder de compra. Seria assim contrário ao princípio constitucional que garante o acesso universal e integral a todos os serviços e complexidades do SUS, incluindo o acesso aos medicamentos. Retira do estado a responsabilidade de garantir medicamentos aos usuários; os investimentos com esse programa deveriam ser destinados à melhoria das políticas de distribuição de medicamentos pelo SUS, garantindo o acesso a toda a população.

A distribuição de medicamentos realizada diretamente nas farmácias das unidades básicas do SUS é menos onerosa para o Estado do que o gasto com o Programa Farmácia Popular. Mesmo considerando o gasto com a aquisição de medicamentos, operacional por unidade da rede básica do SUS comparada com os valores de ressarcimento do governo às farmácias particular, até descontando os impostos que retornam para o governo as farmácias do SUS são economicamente mais rentáveis (CARRARO, 2014).

Segundo Almeida (2015) o programa demonstra a ineficiência da Assistência pública farmacêutica, que não consegue atender as demandas da população nas unidades de

atendimento do SUS direcionando as farmácias do Programa. É fundamental que o governo execute a política de assistência com distribuição justa de recursos, qualidade e abrangência em favor da sociedade.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, as bases de dados eletrônicas utilizadas para a busca dos artigos científicos foram: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal (REDALYC), Biblioteca Virtual em Salud (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciência e Saúde (LILACS). Os descritores foram definidos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (DECS) e incluíram os termos: Assistência Farmacêutica, Políticas de Saúde, Farmacêutico, Política Nacional de medicamentos, Saúde Pública.

Para fazer parte deste estudo, os artigos científicos preencheram os seguintes critérios: publicações do período entre 1998 a 2015, a data de corte tem como justificativa a Política Nacional de Medicamentos (PNM) aprovada no Brasil em 1998, que definiu as funções e finalidades da Assistência Farmacêutica (AF) dentro do SUS; textos completos e gratuitos para o acesso; nos idiomas espanhol e português; estudos que envolvam os objetivos deste trabalho. Foram realizados os seguintes passos: busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos selecionados, discussão dos resultados e a apresentação da revisão integrativa na forma de artigo. Para seleção dos artigos, foram analisados os títulos, resumos e metodologias dos mesmos. Após a seleção, os artigos foram lidos e analisados na íntegra, para a presente revisão.

Resultados

O total de artigos encontrados referente ao tema deste estudo foi de: 48 artigos Cubanos; 171 Artigos Brasileiros. Após análise, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos, foram selecionados 5 artigos cubanos sobre Políticas de Assistência

Farmacêutica em Cuba (Anexo A), e 21 artigos brasileiros sobre Política de Assistência Farmacêutica no Brasil (Anexo B).

Em relação ao ano de publicação e periódicos publicados, observou-se que os artigos cubanos datam dos anos de 2014, 2007 e 2006, repetindo três artigos na Revista Cubana de Farmácia, um na Revista Cubana de Medicina Militar e um na Revista Cubana de Saúde Pública, conforme quadro 1.

Quadro 1 Artigos cubanos

Ano	Autor	Periódico
2014	LÓPEZ	Rev Cubana Farm
2007	LORENZO et al.	Rev Cubana Salud Pública
	MOREIRA et al.	Rev Cub Med Mil
2006	MANZANO et al.	Rev Cubana Farm
	MANZANO <i>et al.</i>	Rev Cubana Farm

Nas publicações cubanas analisadas, os autores têm como objetivo fornecer uma visão geral dos serviços de assistência farmacêutica prestados nas províncias de Cuba, sua estrutura de funcionamento, características relacionadas a cada província, acesso da população aos serviços e medicamentos, bem como a gestão do conhecimento para o desenvolvimento da assistência farmacêutica. Assim, constataram a necessidade de aprimorar o compartilhamento de informações geradas durante o processo de assistência farmacêutica facilitando os processos de liderança e organização. Além disso, há uma heterogeneidade de serviços farmacêuticos disponíveis nas comunidades, porém se apresenta um déficit de farmácias em relação ao número de habitantes por província, como também baixa proporção de profissionais farmacêuticos em atuação.

As 21 publicações brasileiras referem-se aos anos de 2016, 2015, 2014, 2013, 2012, 2011, 2010, 2009, 2008, 2006 e 2000, e foram distribuídas nos seguintes periódicos: Ciência & Saúde Coletiva (7), Revista brasileira de epidemiologia (1), Cadernos de Saúde Pública (2),

Physis: Revista de Saúde Coletiva (1), Revista Baiana de Saúde Pública (1), Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas e Aplicadas (1), Revista Panamericana de Salud Pública (2), Revista de Administração Pública (1), Revista de APS (1), Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas (1), Epidemiologia e Serviços de Saúde (1), Revista de Saúde Pública (1), Saúde e Sociedade (1), conforme quadro 4.

Quadro 2 Artigos Brasileiros

Ano	Autor	Periódico
2016	SILVA <i>et al.</i>	Ciência & Saúde Coletiva
	MONTEIRO <i>et al.</i>	Rev. Bras. Epidemiol
2015	YAMAUTI; BARBERATO-FILHO; LOPES	Cad. Saúde Pública
2014	MAGARINOS-TORRES <i>et al.</i>	Ciência & Saúde Coletiva
2013	MACHADO	Rev. Adm. Pública
	VIEIRA; ZUCCHI	Saúde Soc.
2012	COSTA; NASCIMENTO Jr	Rev. Saúde Pública
2011	ALENCAR; NASCIMENTO	Ciência & Saúde Coletiva
2010	OLIVEIRA; ASSIS; BARDONI.	Rev B.S.Publica Miolo
	OLIVEIRA; ASSIS; BARDONI.	Ciência & Saúde Coletiva
	PEPE <i>et al.</i>	Ciência & Saúde Coletiva
	VIEIRA	Rev Panam Salud Publica
	BARRETO; GUIMARÃES	Ciência & Saúde Coletiva
	PORTELA <i>et al.</i>	Rev Ciênc Farm Básica Apl.
2009	CANABARRO; HAHN	Epidemiol. Serv. Saúde
	PAULA <i>et al.</i>	Physis Revista de Saúde Coletiva
2008	VIEIRA	Rev Panam Salud Publica
	ARAÚJO <i>et al.</i>	Ciência & Saúde Coletiva
	KORNS, <i>et al.</i>	Rev. APS
2006	ARAÚJO; FREITAS	Rev. Bras. Cienc. Farm.
2000	COSENDEY <i>et al.</i>	Cad. Saúde Pública

Os objetivos das publicações brasileiras analisadas envolveram os seguintes aspectos:
Análise da Política Nacional de Medicamentos e a Assistência Farmacêutica, sua construção,

gestão, os atores envolvidos em todo o processo, assim como o financiamento; o acesso e utilização de medicamentos; sistemas e programas; qualificação dos serviços farmacêuticos na atenção primária a saúde. Os autores concluíram que ocorreu um aumento nos recursos financeiros da União, Estados e municípios para aquisição de medicamentos, investimento no Programa Farmácia Popular e nos recursos destinados à estruturação de serviços. No entanto, há baixa disponibilidade de medicamentos e falta de profissionais capacitados a atuarem na AF, dificultando o acesso dos usuários. Fica evidente a fragilidade nos processos da Política Nacional de Medicamentos, associado à falta de um modelo norteador para as práticas da PNAF. Assim, torna-se necessária a formulação de estratégias e ações mais efetivas para a melhoria do acesso à saúde, pois a Política de Medicamentos não pode se afastar dos princípios básicos da política de saúde, com características universais e igualitárias.

Discussão

Como vimos, embora Brasil e Cuba sejam países com diferenças múltiplas e profundas (geográficas, econômicas, políticas, etc.), ambos têm sistemas de saúde resultantes de reformas sanitárias decorrentes de mudanças políticas importante, com caráter nacional, e com propostas e objetivos afins: acesso universal e gratuito à saúde – o que inclui acesso a medicamentos. Procuramos comparar os dois sistemas.

Primeiramente, pode-se frisar a discrepância na forma de administração e governança dos dois sistemas: conquanto haja participação da população através das Assembleias do Poder Popular, o sistema cubano é predominantemente centralizado. Isso decorre do fato de se tratar de um país relativamente pequeno (tanto em extensão quanto em população) e com governo centralizado unitário. Já o SUS, como instituído pela CF/88 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 de 1990, tem administração descentralizada e regionalizada, uma vez que o Brasil é uma república federativa (onde o poder é repartido entre entes

federativos autônomos, como Estados e Municípios) de dimensões continentais, grande população e acentuadas diferenças regionais.

Em segundo lugar, pode-se atentar para as diferenças político-econômicas dos dois sistemas. Cuba é uma das últimas repúblicas socialistas do mundo, com uma história de tensões diplomáticas em relação aos EUA, decorrentes da Guerra Fria; uma das consequências dessa história foi o embargo econômico que o país teve de suportar até recentemente – e que, somado a um desenvolvimento material menor (PIB nominal² de U\$ 68,2 bilhões, e PIB *per capita* de U\$ 6.051,22, em 2012), implica uma redução na capacidade de investimento e aquisição, especialmente no mercado internacional. Esses fatos explicam por que, em Cuba, as decisões econômicas são definidas por um planejamento estatal centralizado, que busca (dentro do possível) a autossuficiência, e prima por investimentos em educação e pesquisa em biotecnologia, prevenção a doenças e saúde básica para todos. Assim, se por um lado Cuba está suscetível a problemas de abastecimento de produtos estrangeiros, por outro o país se destaca por indicadores de qualidade de vida e acesso à saúde, como o IDH elevado, baixa mortalidade infantil e uma alta proporção de profissionais da saúde.

Já o Brasil é um país de sistema econômico capitalista, ainda que com alto grau de intervenção do estado na economia e reconhecimento de direitos sociais. Isso se reflete na organização mais fundamental do sistema de saúde, exposta no art. 196 e seguintes da Constituição Federal. De um lado, a Constituição dispõe que a saúde é “direito de todos e dever do Estado” e especifica que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (art. 198), financiado com recursos orçamentários de todos os entes federativos; de outro, ela determina que “assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (art. 199), podendo complementar o sistema único, ainda

² Medido em paridade do poder de compra (PPC), o PIB de Cuba quase dobra: U\$ 123,5 bilhões. V. verbete “Cuba” em *The World Factbook*, da Central Intelligence Agency – CIA. Consultado em 11 de junho de 2016.

que dando preferência a entidades sem fins lucrativos. Isso permite inferir que, no Brasil, além da influência das decisões estatais, a saúde é sensível a fatores de mercado – às decisões econômicas de particulares (empresas e consumidores) sobre investimento e consumo.

Essas diferenças são particularmente observáveis nas políticas de acesso a medicamentos dos diferentes sistemas. Em Cuba, os medicamentos são fornecidos pelo Estado, conforme sua Política Nacional de Medicamentos. No Brasil, os medicamentos podem ser fornecidos diretamente, nos termos da respectiva Política Nacional de Medicamentos e da Política de Assistência Farmacêutica, ou ser adquiridos em farmácia particulares – nesse caso, eles podem ser subsidiados por programas como a Farmácia Popular. Dessa forma, o sistema brasileiro é suscetível não apenas a falhas de governança, mas também a falhas de mercado.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. FIOCRUZ. **Programa Farmácia Popular: manual básico**. Brasília, p. 102, 2005a.
2. CUBA. Republica de Cuba. Ministerio de Salud Pública. **Programa Nacional de Medicamentos**, 2007. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19824es/s19824es.pdf>. Acesso em Dez 2015.
3. MANZANO EF, *et al.* Indicadores vinculados a las funciones asistenciales de los servicios farmacéuticos comunitarios en las regiones Central y Oriental de Cuba. **Rev Cubana Farm**, Havana, v. 40, 2006.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**. Brasília, p. 18, 1998.
5. WHO. World Health Organization. **Progress in the rational use of medicines**. Sixtieth World Health Assembly. March, 2007. Disponível em: <http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_24-en.pdf>. Acesso em 09 jan 2016.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: Estrutura, Processo e Resultados**. Brasília, 2005b.

7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Países**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/paisesat/main.php>>. Acesso em Mar 2016.
8. CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. **Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe**. 2015. Disponível em: <http://www.cepal.org/es/balance-preliminar-de-las-economias-de-america-latina-y-el-caribe> Acesso em Mar 2016
9. ROSSETTI-FERREIRA MC, RAMON F, SILVA APS. Políticas de atendimento à criança pequena nos países em desenvolvimento. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo. v. 1, n. 115, 2002.
10. MORALES, E. C. L. et al. La transformación del policlínico en Cuba de cara al siglo XXI. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, Havana, v. 25, n. 2, 2009.
11. MADUREIRA, P.S.P. **Sistema de Saúde Cubano**. 2010. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/19944/1/Sistema%20de%20Sa%C3%B Ade%20Cubano%20-%20final.pdf>>. Acesso em 24 dez 2015.
12. ROCHA, et al. Sistema Nacional de Saúde Cubano: vivências de uma equipe multiprofissional. **Interagir: pensando a extensão**. Rio de Janeiro, v. 1, n. 20, p. 124-134, 2015.
13. COOPER, R.S. Health in Cuba. **International Journal of Epidemiology**. Oxford. v.1, n. 35, p.817–824, 2006.CUBA 2015
14. CUBA. Ministério da Saúde Pública de Cuba. Situação em Cuba. **Indicadores básicos de 2009**. Havana, 2009.
15. FEITOSA, E. C. **As Assembleias do Poder Popular e as Tradições de Luta Democrática e de Participação Popular em Cuba**. Dissertação. Universidade Federal Fluminense. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, 2011.
16. DOMÍNGUEZ-ALONSO, E.; ZACCA, E. Sistema de salud de Cuba. **Salud pública de México**, v. 53, n. 2, p. 168-176, 2011.
17. NÚÑEZ, L. Retos y contradicciones de la industria biotecnológica actual. **Biotecnología Aplicada**, Havana, v. 24, n. 3, p. 176-282, 2007.
18. LORENZO S.M. et al. La diferenciación territorial en los servicios farmacéuticos comunitarios en Ciudad de La Habana. **Rev Cubana Salud Pública**. Havana, v. 33, n. 1, 2007.

19. ROSSEL-MOZON, A. **Centro de Informacion del Medicamento: la información para la Red Nacional de Farmacoepidemiologia de Cuba**. ACIMED. Ciudad de La Habana. v. 13, n.2, abr 2005.
20. CUBA. Republica de Cuba. Ministerio de Salud Pública. **Formulario Nacional de Medicamentos**. 2016. Disponível em: <<http://fnmedicamentos.sld.cu/index.php?P=Home>> Acesso em Mar 2016
21. MATOS, M.F.M. Acesso a medicamentos: Um estudo de caso sobre o cumprimento do Objetivo 8. E das Metas do Milênio em três países da Região da América Latina e Caribe. Programa de Pós Graduação de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, Dissertação de Mestrado, São Paulo, 2013.
22. PAIM, J., et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Séries, 2011**. Disponível em: <<http://www.ammabarbacena.com.br/files/2e9d93b8abf8ae74b148b4f04fdb3701.pdf>> Acesso em Mar 2016.
23. PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Relatório de Desenvolvimento Humano de 2014**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/arquivos/RDH2014pt.pdf>> Acesso em Mar 2016.
24. MEDEIROS, M. O Topo da Distribuição de Renda no Brasil: Primeiras Estimativas com Dados Tributários e Comparação com Pesquisas Domiciliares (2006-2012). **Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 1, p. 7-36, 2015
25. FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.
26. PETERSEN, L.L. **Políticas sociais no SUS e a gestão da assistência farmacêutica na rede local/regional: o caso da judicialização na 17ª coordenadoria regional de saúde-RS**. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional – Mestrado e Doutorado, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, 2014. Disponível em <btd.unisc.br/Teses/LeticiaPetersen.pdf>. Acesso em Mar 2016.
27. RODRIGUES, P. H.; SANTOS, I. S. **Saúde e cidadania: uma visão histórica e comparada do SUS**. São Paulo: Editora Atheneu, 2009.
28. CARVALHO, R.B; SANTOS, T. **O direito à saúde no brasil: uma análise dos impactos do golpe militar no debate sobre universalização da saúde**. Revista Eletrônica “Diálogos Acadêmicos”. 2015. Disponível em: <http://www.semar.edu.br/revista/downloads/edicao6/o-direito-e-a-saude-no-brasil.pdf> Acesso em Mar 2016.

29. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília. **CONASS**, 2011.
30. POLIGNANO, V.M. **HISTÓRIA DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL: Uma pequena revisão**. Disponível em: < <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226>.> Acesso em Mar 2016.
31. MENICUCCI, T.M.G. A Política de Saúde no Governo Lula. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.2, p.522-532, 2011.
32. FAGNANI, E. A política social do governo Lula (2003-2010): perspectiva histórica /Social Policy in the Lula Government (2003-2010): Historical Perspective. **SER Social**, Brasília, v. 13, n. 28, p. 41-80, 2011.
33. SOARES, A.; SANTOS, N.R. Financiamento do Sistema Único de Saúde nos governos FHC, Lula e Dilma. **Saúde debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 18-25, 2014.
34. SOUSA, G.B. **Estrutura da Democracia Cubana**. Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados. Brasília. 2009. Disponível em: http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/5504/estrutura_democracia_sou_sa.pdf?sequence=3 Acesso em Mar 2016.
35. OLIVEIRA, M. A., BERMUDEZ, J. A. Z., CASTRO, C. G.S. **Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
36. BRASIL. Decreto n. 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (Ceme). **Diário Oficial da União**. Brasília, 1971.
37. BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Disponível em: Acesso em: 02 jan. 2014. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em dez 2015.
38. BRASIL. Lei Federal n. 8080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo. Brasília, 20 set. 1990.
39. OLIVEIRA L.C.F; ASSIS M.M.A; BARDONI R.A; Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 3, p. 3561-3567, 2010.

40. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS n.º 338, de 6 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Brasília, 2004.
41. OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde. Organização Mundial de Saúde. **Avaliação da assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília, 2005.
42. PORTELA, A.S., et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, Araraquara, v. 31, n.1, p. 09-14, 2010.
43. ARAÚJO, A.L.A. et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.611-617, 2008.
44. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica- QUALIFICAR-SUS**. Portaria n.º 1.214 de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br/qualifarsu>
45. MANTOVANI, N; CRISPIM, S. Centrais de Compras e Serviços no Setor de Farmácias do Brasil: Alternativa para a Sobrevivência das Farmácias Independentes Enfrentando Grandes Redes. **Gestão & Regionalidade**, São Caetano do Sul, v. 29, n. 86, maio, 2013.
46. ICTQ. Instituto de Ciência Tecnologia e Qualidade. **Censo Demográfico Farmacêutico, 2014**. Disponível em: <<http://ictq.com.br/portal/estatisticas-do-setor-farmacautico/censo-demografico-farmacautico>>. Acesso em Mar 2016.
47. OMS. Organização Mundial da Saúde. **O papel do farmacêutico no sistema de atenção à saúde**. Relatório do Grupo Consultivo da OMS: Nova Délhi, Índia: 13 – 16 de dezembro de 1988 + O papel do farmacêutico: assistência farmacêutica de qualidade: Benefícios para os governos e a população. Relatório da Reunião da OMS: Tóquio, Japão: 31 de agosto – 3 de setembro de 1993 + Boas práticas em farmácia (BPF) em ambientes comunitários e hospitalares / Organização Mundial da Saúde. Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde. Conselho Federal de Farmácia, 2004.
48. LÓPEZ, L. M. La gestión del conocimiento en los servicios farmacêuticos. **Rev Cubana Farm**. Havana, v. 48, n. 4, p. 701-708, 2014.
49. MOREIRA, et al. Los medicamentos en el mundo asimétrico actual: del no acceso al acceso. **Rev Cub Med Mil**. Habana, v.36, n.3, 2007.

50. MANZANO, et al. Indicadores vinculados a las funciones asistenciales de los servicios farmacéuticos comunitarios en la región occidental de Cuba, 2004. **Rev Cubana Farm** v.40, n.3, 2006.
51. SILVA *et al.* Assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro, Brasil: evolução em aspectos selecionados de 2008 a 2014. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1421-1432, 2016.
52. MONTEIRO *et al.* Acesso a medicamentos pelo Sistema Único de Saúde e equidade: inquéritos de base populacional em São Paulo, Brasil. **Rev. bras. epidemiol.** São Paulo, v.19, n.1, p. 26-37, 2016.
53. YAMAUTI, S.M, BARBERATO-FILHO, S, LOPES, L.C. Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil e a Política de Nacional Assistência Farmacêutica. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.31, n.8, p. 1648-1662, 2015.
54. MAGARINOS-TORRES, *et al.* Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 9, p. 3859-3868, 2014.
55. MACHADO, S.H.S . O uso da teoria de stakeholders em uma análise da etapa de formulação da Política Nacional de Medicamentos. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro, v.47, n.3, p.543-565, 2013.
56. VIEIRA, F. S, ZUCCHI, P. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Saúde soc.** São Paulo, v.22, n.1,p.73-84, 2013.
57. COSTA, K..S, NASCIMENTO Jr, J.M. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo. v.46, 2012.
58. ALENCAR, T.O.S, NASCIMENTO, M.A.A. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.9, 2011.
59. PEPE *et al.* A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2405-2414, 2010.
60. BARRETO, J.L, GUIMARÃES, M.C.L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.26, n.6, 2010.

61. CANABARRO, I.M, HAHN,S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. **Epidemiol. serv. saúde**. v.18, n. 4, p.345-355, 2009.
62. PAULA *et al.* Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. **Physis**. Rio de Janeiro, v.19, n.4, 2009.
63. VIEIRA, F.S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v.24, n.2, 2008.
64. KORNS, *et al.* Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 9, p.3859-3868, 2014.
65. ARAUJO, A.L.A, FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** São Paulo, v.42, n.1,2006.
66. COSENDEY *et al.* Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.171-182, 2000.
67. CARRARO, W.B.W.A. **Desenvolvimento econômico do Brasil e o programa Aqui tem Farmácia Popular: Limitantes e Potencialidades**. Programa de Pós-Graduação em Economia- Doutorado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2014. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/103962>>. Acesso em Mar 2016.
68. ALMEIDA, S.R.P. **Políticas Públicas para o Acesso aos Medicamentos no Brasil: O caso da Farmácia Popular**. Programa de estudos Pós-graduados em Ciências Sociais- Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.pucsp.br/defesas/politicas-publicas-para-o-acesso-aos-medicamentos-no-brasil-o-caso-da-farmacia-popular>. Acesso em Mar 2016.

ANEXO A- Artigos cubanos

Anexo A Resumo dos Artigos Cubanos

Título	Autores	Ano	Objetivo	Delineamento	Resultados	Periodico
La gestión del conocimiento en los servicios farmacéuticos	López LM.	2014	Fornecer uma visão geral da importância da gestão do conhecimento para o desenvolvimento da assistência farmacêutica	Revisão da Literatura	Necessidade de adquirir, capturar e compartilhar conhecimento, trabalhando em conjunto, criando novos estilos de liderança e organização.	Rev Cubana Farm
La diferenciación territorial en los servicios farmacéuticos comunitarios en Ciudad de La Habana	Lorenzo, <i>et al</i>	2007	Caracterizar os serviços farmacêuticos na cidade de Havana	Qualitativo	Constatou grande heterogeneidade e expansão dos serviços de farmácia da comunidade.	Rev Cubana Salud Pública
Los medicamentos en el mundo asimétrico actual: del no acceso al acceso. Parte 3	Moreira, <i>et al.</i>	2007	Analisar o desenvolvimento e a implementação das políticas de assistência social, no sistemas de saúde, em especial o acesso aos medicamentos	Qualitativo	Cuba por suas realizações na produção farmacêutica, biotecnologia, priorização da saúde e educação é um exemplo de desenvolvimento social e econômico.	Rev Cub Med Mil
Indicadores vinculados a las funciones asistenciales de los servicios farmacéuticos comunitarios en la región occidental de Cuba, 2004	Manzano, <i>et al.</i>	2006	Estabelecer os conceitos básicos para implementação do Programa de Assistência Farmacêutica, observando às características dos serviços farmacêuticos prestados a comunidade.	Quantitativa	Contatou uma distribuição heterogênea dos quatro tipos de farmácias em todas as províncias, porém com uma baixa proporção de profissionais farmacêuticos.	Rev Cubana Farm
Indicadores vinculados a las funciones asistenciales de los servicios farmacéuticos comunitarios en las regiones Central y Oriental de Cuba	Manzano, <i>et al.</i>	2006	Conhecer as condições existentes para o exercício dos serviços farmacêuticos	Quantitativa	Observou-se um déficit de unidades de farmácias em relação ao número de habitantes por província.	Rev Cubana Farm

ANEXO B-Artigos Brasileiros

Anexo B Resumo dos Artigos Brasileiros

Titulo	Autores	Ano	Objetivo	Metodologia	Resultados/Conclusão	Periódico
Assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro, Brasil: evolução em aspectos selecionados de 2008 a 2014	Silva <i>et al</i>	2016	Analisar a evolução da assistência farmacêutica no contexto da atenção primária.	Quantitativo-estudo longitudinal, retrospectivo	Ocorreu aumento da cobertura terapêutica e expansão do financiamento de medicamentos.	Ciência & Saúde Coletiva
O acesso aos medicamentos no Sistema Único de Saúde e da equidade: os inquéritos de saúde da população em São Paulo, Brasil	Monteiro <i>et al</i>	2016	Analisar o acesso a medicamentos obtidos do setor público e as desigualdades socioeconômicas no acesso.	Quantitativo	O acesso a medicamentos pelo setor público aumentou.. Entretanto, gastos com medicamentos essenciais e a equidade no acesso ainda são desafios.	Rev. bras. epidemiol
Elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil e a Política de Nacional Assistência Farmacêutica	Yamauti;Barberato-Filho;Lopes	2015	Analisar o elenco de medicamentos do Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) frente à política de assistência farmacêutica.	Estudo transversal, descritivo e qualitativo	A revisão do elenco do PFPB, o alinhamento às políticas de assistência farmacêutica e à produção pelos LFO são fundamentais para melhorar a qualidade da atenção à saúde.	Cad. Saúde Pública
Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros	Magarinos-Torres <i>et al.</i>	2014	Discutir a percepção dos gestores da AF, sobre o processo de funcionamento e as práticas de gestão da AF.	Qualitativa	Fragilidades no processo de seleção e utilização da RENAME, identificação de barreiras na AF e dificuldades na composição de comissão de farmácia e terapêutica.	Ciência & Saúde Coletiva
O uso da teoria de stakeholders em uma análise da etapa de formulação da PNM	Machado	2013	Analisar a etapa de formulação da política de assistência farmacêutica no âmbito do governo federal.	Qualitativa	Foram identificadas arenas decisórias e atores envolvidos na formulação da Política Nacional de Medicamentos, aspectos de legitimidade, poder e urgência.	Rev. Adm. Pública

Título	Autores	Ano	Objetivo	Metodologia	Resultados/Conclusão	Periódico
Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde	Vieira; Zucchi	2013	Descrever e discutir a evolução do financiamento da AF no SUS	Quantitativo	Ocorreu aumento nos recursos financeiros para aquisição de medicamentos, investimento no Programa Farmácia Popular, e nos recursos destinados à estruturação de serviços.	Saúde Soc.
HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde	Costa; Nascimento Jr	2012	Analisar resultados do Sistema Hórus, comparando elementos desse Sistema com algumas experiências internacionais.	Misto (quali-quantitativo)-descritivo e exploratório	Melhoria de ações e serviços da Assistência Farmacêutica, porém falta de inserção do Hórus a uma política nacional de sistemas de informação em saúde.	Rev. Saúde Pública
Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização	Alencar; Nascimento	2011	Discutir a organização da Assistência Farmacêutica no Programa de saúde da família.	Qualitativa	A organização da Assistência Farmacêutica é uma realidade ainda em construção, que ocorre de modo centralizado e desarticulado das demais ações de saúde	Ciência & Saúde Coletiva
Avaliação da assistência farmacêutica básica em um município da Bahia, Brasil	Oliveira, LCF; Assis, MMA; Bardoni, AR	2010	Avaliar aspectos relacionados à estrutura e processos da assistência farmacêutica em um município da Bahia, Brasil.	Quantitativo	Dificuldades como estrutura física inadequada, processos pouco eficientes e escassez de recursos humanos comprometem a distribuição de medicamentos e prejudicam a integralidade da atenção e a resolubilidade do SUS.	Rev B.S.Publica Miolo
Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde	Oliveira, LCF; Assis, MMA; Bardoni, AR	2010	Discutir a Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde	Revisão Bibliográfica	Em muitos municípios brasileiros ocorre diversas falhas no processo de AF.	Ciência & Saúde Coletiva
A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica	Pepe, <i>et al.</i>	2010	Avançar na compreensão do uso da via judicial para fornecimento de medicamentos, a relação deste com a gestão da AF no SUS.	Revisão Bibliográfica	Constatou a necessidade de formulação de estratégias e ações mais efetivas para a melhoria do acesso à saúde.	Ciência & Saúde Coletiva

Título	Autores	Ano	Objetivo	Metodologia	Resultados/Conclusão	Periódico
Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil	Barreto, JL; Guimarães, MCL	2010	Avalia a gestão descentralizada da assistência farmacêutica no âmbito municipal do Estado da Bahia, Brasil.	Misto-Não informado	Identificaram avanços na dimensão organizacional e da sustentabilidade voltadas para fomentar maior participação e autonomia da gestão da assistência farmacêutica municipal.	Ciência & Saúde Coletiva
Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil	Vieira, FS.	2010	Descrever e discutir a organização da assistência farmacêutica no SUS, analisando os avanços e desafios para que o direito à assistência terapêutica integral e farmacêutica seja garantido à população brasileira.	RT/misto-Não informado	Necessidade de reestruturação do modelo de financiamento da assistência farmacêutica no SUS.	Rev Panam Salud Publica
Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios	Portela, <i>et al.</i>	2010	Efetuar um resgate histórico sobre a preocupação da gestão pública com o acesso e a utilização dos medicamentos e com a qualidade dos serviços de AF, apontando as formas de atuação de cada política, os resultados alcançados e as dificuldades encontradas.	Revisão Bibliográfica	Ocorre um grande dinamismo no processo e não se verificam retrocessos capazes de inviabilizar os avanços conquistados. Cabe a todos impulsionar as ações da PNM	Rev Ciênc Farm Básica Apl.
Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul	Canabarro, IM;Hahn,S	2009	Verificar o panorama da assistência farmacêutica.	Estudo transversal descritivo	Evidência de falta de organização nos processos de assistência farmacêutica, porém as unidades apresentaram boas condições de armazenamento e conservação dos produtos e correlação com as especificações da RENAME.	Epidemiol. Serv. Saúde

Título	Autores	Ano	Objetivo	Metodologia	Resultados/Conclusão	Periódico
Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade	Paula, <i>et al</i>	2009	Discutir os motivos que levaram à adoção de uma política de medicamentos no Brasil.	Revisão Bibliográfica	A política de medicamentos não pode se afastar dos princípios básicos da política de saúde, com características universais e iguais.	Physis Revista de Saúde Coletiva,
Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde	Vieira, FS.	2008	Apontar aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde (SUS) para a qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil.	Qualitativa	Os propósitos da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica estão distantes da concretização.	Rev Panam Salud Publica
Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde	Araújo, <i>et al</i>	2008	Apresentar uma revisão e análise da assistência farmacêutica como parte integrante do sistema de atenção primária à saúde	Revisão Bibliográfica	Necessidade de reestruturação dos serviços de assistência farmacêutica.	Ciência & Saúde Coletiva
Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006)	Korns, GEM;Braga, MH;Zaire, CEF	2008	Avaliar o processo de reorientação da assistência farmacêutica levada a termo no Brasil a partir da Lei 8.080 de 1990.	Qualitativa	Necessidade de um levantamento minucioso dos estudos avaliativos hoje promovidos pelos principais grupos de pesquisa em saúde coletiva e áreas afins à assistência farmacêutica, sobre ao monitoramento das políticas nacionais de medicamento, assegurando sua implantação.	Rev. APS
Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança	Araujo, ALA; Freitas, O.	2006	Realização da Assistência Farmacêutica em farmácias de Unidades Básicas de Saúde do município de São Paulo, Brasil.	Qualitativa	A falta de um modelo que norteie as práticas da Assistência Farmacêutica nos sistemas locais .	Rev. Bras. Cienc. Farm.
Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros	Cosendey, <i>et al.</i>	2000	Fornecer subsídios para a organização e/ou estruturação da AF estadual na a atenção primária de saúde.	Qualitativa	A assistência farmacêutica deve ser um dos componentes da promoção integral à saúde que utiliza o medicamento como instrumento para o aumento da resolubilidade do atendimento.	Cad. Saúde Pública

ANEXO C-Normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não. Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na Rev Port Clin Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço. **Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. **Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área. **Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço. **Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço. **Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg. **Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.

2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key-words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.
2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações),

figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).

5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.

6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.