

**GESTÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
ACESSO E DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Série Políticas e Práticas Sociais, 15

Títulos em catálogo

Práticas do Serviço Social: espaços tradicionais e emergentes, organizado por *Jacqueline Oliveira Silva*.

Assessoria: inovações e avanços da prática do serviço social, de *Marylin Jos & Sílvia do Valle Pereira*.

Ética e Cidadania: olhares da filosofia latino-americana, organizado por *Cecília Pires Pinto*.

Moral Moderna: a alteridade antropológica na filosofia cartesiana, de *Jesus Eurico Niranda Regina*.

Cidadania: considerações e possibilidades, de *Rita Inês Hofer Bonamigo*.

América Latina: Crescimento no Comércio Mundial e Exclusão Social, organizado por *Carlos Nelson dos Reis*.

Onde está o dinheiro – Pistas para a Construção do Movimento Monetário Mosaico, organizado por *Henk van Arkel, Paulo Peixoto de Albuquerque, Camilo Ramada e Heloisa Primavera*.

Ainda além do medo: filosofia e antropologia do preconceito, de *Ricardo Timm de Souza*.

Novo Voluntariado Social: teoria e ação, organizado por *Jacqueline Oliveira Silva*.

Atores Sociais, Participação e Ambiente, organizado por *Jacqueline Oliveira Silva*.

Luta Ambiental e Cidadania, de *Caio Lustosa e Eva Benites*.

Gestão em Assistência Farmacêutica: regionalização e descentralização no Sistema Único de Saúde, organizado por *Maria Ceci Misoczky, Ronaldo Bordin e Paulo Mayorga*.

Gestão em Assistência Farmacêutica: avaliação dos pontos críticos, organizado por *Paulo Mayorga, Maria Ceci Misoczky e Ronaldo Bordin*.

Gestão em Assistência Farmacêutica: do acesso aos medicamentos à vigilância em saúde, organizado por *Ronaldo Bordin, Paulo Mayorga e Maria Ceci Misoczky*

CONSELHO EDITORIAL DACASA EDITORA

Carmem Délia Sanches (Porto Rico)

Danu A. Platas Fabre (México)

Edward Dew (EUA)

Jacqueline Oliveira Silva

Jack W. Meek (EUA)

Marcos A Pedlowski

Paul Douglas Fisher

Paulo Eduardo Mayorga Borges

Roger dos Santos Rosa

Ronaldo Bordin

PAULO MAYORGA
RONALDO BORDIN
MARIA CECI MISOCZKY
Organizadores

**GESTÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
ACESSO E DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DACASA EDITORA
2009

Esta Publicação foi financiada pelo Ministério da Saúde através do Convênio MS/FAURGS/50/2006

G393 Gestão em assistência farmacêutica – acesso e disponibilidade de medicamentos no sistema único de saúde / org. por Paulo Mayorga, Ronaldo Bordin e Maria Ceci Misoczky. – Porto Alegre: Dacasa Editora, 2009. 154 p.; 16 x 23 cm. - (Série Políticas e Práticas Sociais)

Inclui bibliografia.

ISBN 978858607274-5

I. Saúde Pública – gestão farmacêutica. 2. Sistema Único de Saúde (SUS) – gestão farmacêutica. 3. Medicamentos – gestão farmacêutica. I. Mayorga, Paulo, org. II. Bordin, Ronaldo, org. III. Misoczky, Maria Ceci, org..

CDU 35.07:615.014

CIP – Catalogação na fonte: Paula Pêgas de Lima CRB 10/1229

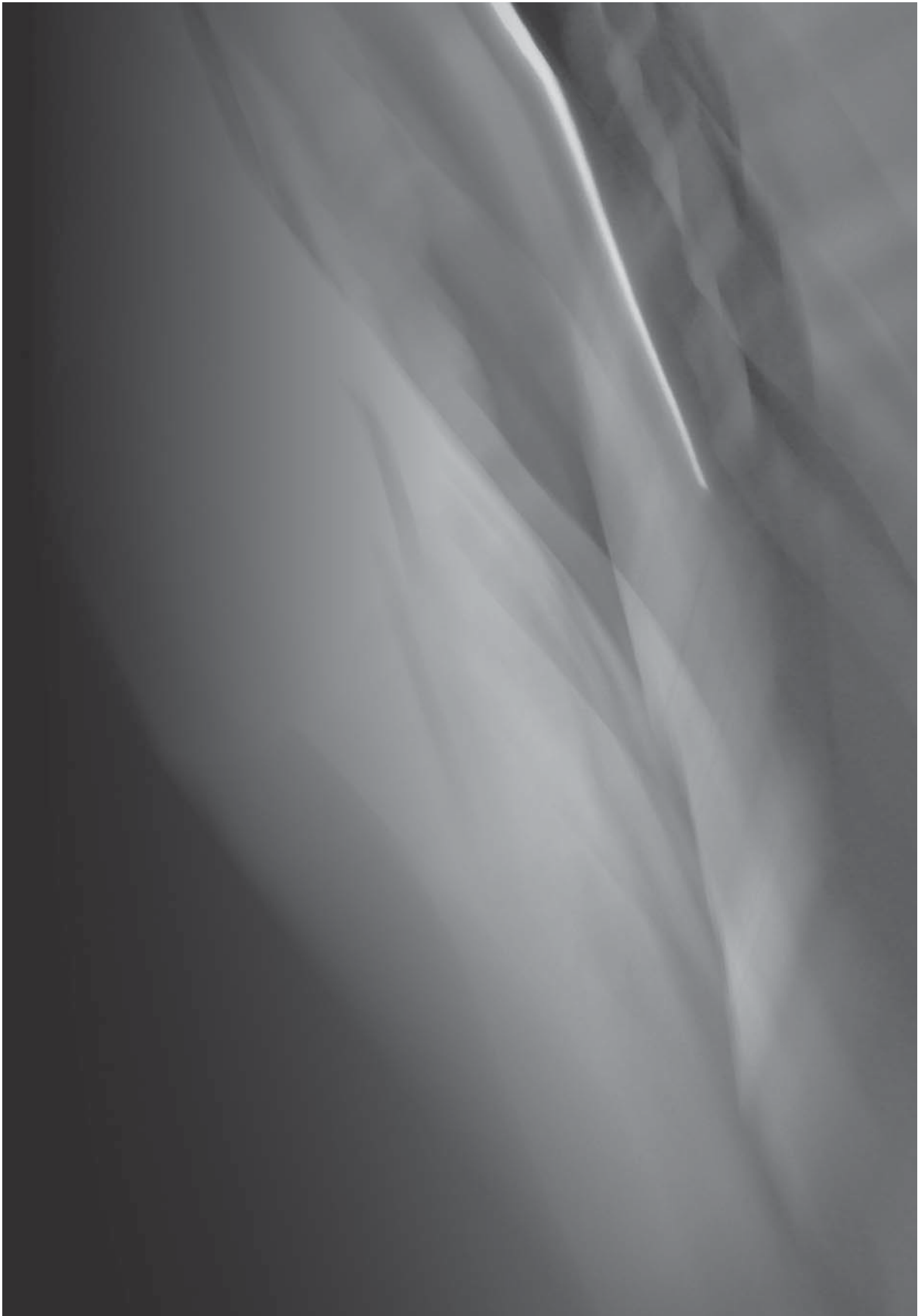
Projeto Gráfico, Capa e Diagramação
Publicato Design Editorial
www.publicato.com.br

© DO AUTOR

Direito de Publicação
Dacasa Editora
Caixa Postal 5057
90041-970 | Porto Alegre | RS
www.dacasaeditora.com.br
dacasa@logic.com.br

ÍNDICE

- 7** ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS REQUERIDAS
PARA O GERENCIAMENTO DO SETOR DE
SAÚDE E DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Marlene K. M. Romio
Marina Keiko Nakayama
- 33** O ACESSO AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS
NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
Ricardo A. Barcelos
Célia M. G. Chaves
- 73** DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS
ESSENCIAIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA –
ANÁLISE DE PROGRAMAS E AÇÕES
EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Luiz Antônio Marinho Pereira
Paulo Mayorga
- 119** A UTILIZAÇÃO DE UM MODELO LÓGICO
PARA A REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS
FARMACÊUTICOS NO ÂMBITO MUNICIPAL
Flávia Nunes da Rosa Fraga
Paulo Mayorga



**ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS REQUERIDAS
PARA O GERENCIAMENTO DO SETOR DE SAÚDE
E DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

Marlene K. M. Romio
Marina Keiko Nakayama

INTRODUÇÃO

Este capítulo propõe discutir a análise de competências gerenciais que são vistas como fundamentais para o gerenciamento do setor da saúde e da Assistência Farmacêutica em particular.

São consideradas fundamentais, porque é consensual que o mundo do trabalho vem sofrendo transformações que acompanham as mudanças da sociedade pós-industrial relativas ao desenvolvimento e à incorporação tecnológica. O setor da saúde sofre impactos inerentes ao processo de mudanças. A Política Nacional de Medicamentos – PNM (BRASIL, 1988; 1999), em 1998, vem subsidiar o SUS (BRASIL, 1988), por intermédio da reorganização da Assistência Farmacêutica – AF (BRASIL, 2002), considerada como um dos elementos centrais do setor saúde. Não obstante os avanços alcançados, ainda persistem grandes problemas no setor, que vão desde as práticas incoerentes às necessidades – demanda espontânea e de necessidades –; iniquidade do acesso aos serviços de saúde, incluindo a terapia medicamentosa e o uso irracional dos medicamentos; profissionais despreparados para o enfrentamento dos problemas da saúde; e ao gerenciamento não condizente do setor. Evidencia-se, assim, a necessidade de adequar o sistema tanto no que se refere ao Modelo de Atenção à Saúde quanto àqueles inerentes às práticas; e dos profissionais exigem-se novos perfis, por isso, a necessidade de identificar e analisar essas competências.

A complexidade do tema ocorre, pois, apesar da noção de competência não ser um termo novo, em razão de uma diversidade de conceitos, há implicações e mesmo noções distintas de competências que causam muitas dúvidas em relação à sua compreensão e aplicabilidade. À luz dessa afirmativa e com base em apenas uma de suas vertentes, dentre várias, discorre-se, de modo específico, sobre as diferentes concepções de competências. Conforme Desprebiteris (2001), destacam-se três perspectivas para a definição e análise de competência: vista como um conjunto de tarefas – pela observação direta do desempenho; como um conjunto de atributos – a partir dos recursos individuais (saber, saber ser e saber fazer) mobilizados para o desempenho das atividades; e como um conjunto estruturado holístico e integrado – combinação complexa de atributos (conhecimentos, atitudes e habilidades) necessários para o desempenho e para as situações específicas (contexto). Para Desprebiteris (2001), uma das afirmativas que mais se encontra quando se fala de competências profissionais é que elas não podem ser vistas exclusivamente em uma perspectiva operacional das tarefas. É fundamental verificar quais são as capacidades e os conhecimentos que estão permitindo a mobilização das competências em situações exclusivas. Isso implica não se limitar ao aparente, mas chegar ao fundamento do que torna uma pessoa competente.

Enfim, o desafio posto é discutir e analisar coerentemente competências no contexto de trabalho na área da saúde, bem como da AF, a fim de que esses serviços não sejam analisados de forma isolada, e sim embasados nos ideais de integralidade à saúde, que, por sua vez, dependem de vários fatores, tendo em vista as características do processo de trabalho em saúde (DELUIZ, 2001) e as peculiaridades da AF (CONASS, 2001; BRASIL, 2001b). O processo de trabalho em saúde é caracterizado pela complexidade, heterogeneidade e fragmentação. A complexidade decorre da diversidade das profissões, dos profissionais, dos usuários, das tecnologias utilizadas, das relações sociais e interpessoais, das formas de organização do trabalho, dos espaços e ambientes de trabalho. A heterogeneidade revela-se pela diversidade dos vários processos de trabalho que coexistem nas instituições de saúde e têm, muitas vezes, uma organização própria e funcionam sem se articularem, de forma adequada, com os demais processos de trabalho. A fragmentação do processo de trabalho em saúde encerra várias dimensões como a fragmentação conceitual – a separação entre o pensar e o fazer, a fragmentação técnica – presença cada vez maior de profissionais especializados e a fragmentação social – que estabelece relações rígidas de hierarquia e subordinação, configurando a divisão social do trabalho no interior e entre as diversas categorias profissionais. Ou seja, o trabalho em saúde guarda algumas especificidades em relação à tomada de decisões, que implicam a articulação de vários saberes que provêm de várias instâncias, tais como das bases científicas e instrumentais, com ênfase no conhecimento científico, das bases tecnológicas, no conhecimento técnico e da experiência de trabalho e do social (qualificações tácitas) que são mediadas pela dimensão ético-política (DELUIZ, 2001). Quanto às peculiaridades dos serviços da AF, estão na lógica do processo produtivo que congrega um conjunto de atividades de eminente cunho técnico, permeado por uma estrutura gerencial que assegura sua eficácia, eficiência e integração sistêmica, em que cada parte está estreitamente relacionada com a anterior, e pelo fato do medicamento encontrar-se presente em toda a estrutura do sistema de saúde. Em outras palavras, essas atividades específicas são executadas por profissionais inseridos no contexto de trabalho com todas as suas características já mencionadas.

Para tanto, considerados como elementos de grande relevância para a implementação de políticas para o setor, destacam-se no presente estudo os recursos humanos e, especialmente, as necessidades de identificar e analisar as competências para a atuação eficiente na área, para contribuir com o processo de formação para futuras atuações, bem como a elaboração de projetos de desenvolvimento gerencial para acompanhar, gerar mudanças e resultados desejáveis no ambiente institucional, em consonância com o modelo de integralidade do cuidado à saúde. Para o estudo, o modelo integral é aquele que dispõe de unidades de prestação de serviços, profissionais capacitados e recursos necessários à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde às ações específicas de vigilância ambiental, sanitária, epidemiológica, a assistência e recuperação (TEIXEIRA, 2004).

Assim sendo, a primeira parte do estudo aborda o referencial teórico mediante o contexto de trabalho na área da saúde; conceitos, estrutura, lógica do processo produ-

tivo da AF e competências. A segunda parte destina-se à apresentação da metodologia proposta, a terceira, à exposição das descrições e discussões dos resultados, organizadas com o objetivo de atender, sequencialmente, aos objetivos específicos; e, por fim, são realizadas as considerações finais do estudo, em que se apresentam algumas contribuições do trabalho realizado.

O CONTEXTO DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE

O processo de trabalho no setor saúde caracteriza-se pelas incertezas decorrentes da indeterminação das demandas, pelas discontinuidades e pela sua disponibilidade em estar pronto para atender a todos os casos, inclusive àqueles excepcionais (DELUIZ, 2001). Além disso, é caracterizado pela complexidade, heterogeneidade e fragmentação, como já mencionado no estudo. O problema que se apresenta é: Como viabilizar uma política de saúde para um país com demandas crescentes que deverão crescer ainda mais intensamente nos próximos anos, com o aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes e capazes de consumir uma parcela desproporcional de recursos do setor saúde? O perfil epidemiológico mostra novas e velhas patologias convivendo em um mesmo tempo. A concepção do modelo biológico e curativo persiste nos locais de saúde, levando as necessidades de serviços como predominantes na racionalidade de sua organização e determinando o modelo na sua lógica e prática. Exigem-se novas estratégias que possam responder às demandas, e o profissional tem o dever, além de assistir, de acautelar os riscos, o que implica promover, prevenir e recuperar a saúde, essencial à qualidade de vida das pessoas.

Quando se fala em Modelo de Atenção como proposta de reorganização e adequações do sistema de saúde, alguns elementos implícitos, como o conceito de saúde, relações de trabalho e sujeitos sociais envolvidos devem ser discutidos, pois os serviços são a expressão material concreta de todo o conjunto de ideias, posições políticas, escolhas e arranjos tecnológicos em campos que vão da economia às ciências da saúde, passando pela política e pela administração, e que conformam de maneiras distintas os modelos existentes de cada uma das possibilidades que possam vir a ser pensadas. O conceito de Modelo de Atenção à Saúde utilizado neste estudo está de acordo com os representantes da Rede Unida, que é:

A forma como se concebem, organizam e concretizam as ações de saúde, segundo um determinado contexto histórico, em determinado local e com determinado conceito de saúde. Envolve as concepções dos sujeitos, as práticas de saúde e as relações que se estabelecem neste processo, particularmente as relações de poder entre os vários atores, a utilização das tecnologias e a gestão do sistema e do processo de trabalho (OFICINA/ REDE UNIDA, 2001 apud REDE UNIDA, 2002).

Assim, uma concepção ampliada de saúde leva a refletir sobre o objeto do modelo de atenção. Na perspectiva de vigilância em saúde, como proposta de reorganização das práti-

cas, a qual considere tanto a busca da integralidade do cuidado à saúde como a necessidade de adequar as ações e os serviços à realidade local, definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias, há de se buscarem movimentos que definam a organização do trabalho na expectativa de incorporar novos sujeitos, extrapolando o conjunto dos trabalhadores da saúde, envolvendo a população de forma organizada, o que corresponde à ampliação do objeto, que abarca, além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam as diferentes populações em função de suas condições de vida (TEIXEIRA, 2004). Desse modo, o trabalho em saúde não pode seguir uma lógica rígida como a racionalidade dos critérios da produção material, sendo difícil a sua normatização técnica e a avaliação de sua produtividade.

Há de se considerar ainda, em conformidade com Nakayama (2002), os novos paradigmas de gestão/administração em uma visão holística, e com Boog (1999), sobre os aspectos em uma mudança institucional. Segundo Nakayama (2002), a função da organização e de seus gerentes está em considerar as necessidades básicas dos trabalhadores, a complexidade e a riqueza do mundo do trabalhador enquanto provedores. O trabalhador apenas sentiria essa necessidade de se perceber como parte do grupo ou de uma instituição depois de ver satisfeitas as suas necessidades de caráter fisiológico e aquelas voltadas para a segurança. Poucas pessoas não obedecem a esse modelo, buscando o reconhecimento como imprescindível. Logo, a inserção do trabalhador, em relação aos processos sob sua responsabilidade, será diferente de acordo com o seu sentimento perante a instituição em que trabalha. Tanto a instituição quanto o ser humano são compostos por esses níveis, pois há uma direta e estreita integração entre eles. Já Boog (1999) acrescenta que um processo de mudança deve contemplar o desenvolvimento do ser humano e da instituição em todos os níveis – identidade, relações, processos e recursos. Segundo o autor, as dificuldades ou indefinições em nível de identidade criam distúrbios em todos os demais níveis, até a sua manifestação mais concreta no nível da instituição. Assim sendo, a instituição só se desenvolve se as pessoas que a compõem se desenvolverem e vice-versa, tendo em vista uma ligação ontológica entre esses seres. Nessa perspectiva, o ser coletivo e a instituição têm dentro de si os valores e as influências de todos os seres individuais que os formam. Para tanto, o objetivo principal de um processo de mudança é conectar esses níveis e as pessoas que sofrerão os impactos das mudanças para que se envolvam e se alinhem com os objetivos.

Sendo o trabalho na saúde resultado da interação de todos os processos que nela ocorrem, admite-se, portanto, que há uma relação intensa de causa-efeito, determinando os acontecimentos futuros. A ideia de que se pode gerenciar processos permite ver que há como modificar a ordem das coisas, uma vez que podem ser, antes de tudo, compreendidos e decompostos, identificando os responsáveis por eles, bem como os recursos necessários para a sua realização. Segundo Deluiz (2001), apesar de a organização do trabalho em saúde apresentar ainda um forte componente gerencial taylorista/fayolista, verificam-se as influências do planejamento estratégico e da administração participativa e a preocupação

com o maior envolvimento e comprometimento da força de trabalho, tendo em vista a melhoria da qualidade da assistência em saúde.

CONCEITOS, ESTRUTURA E LÓGICA DO PROCESSO PRODUTIVO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Atualmente, conceitos como Farmácia Clínica, Cuidados Farmacêuticos, Atenção Farmacêutica e Assistência Farmacêutica têm sido utilizados no sistema de saúde, por vezes, de forma imprópria, como sinônimos ou delimitando as atividades, afetando, dessa forma, a operacionalização dos serviços farmacêuticos (FERRAES, 2002). Assim, considerando o objetivo do tema, torna-se necessário esclarecer o conceito escolhido de AF, expresso no documento da PNM, que a define como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinado a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1999).

Logo, então, a AF congrega um conjunto de atividades de eminente cunho técnico, permeadas por uma estrutura gerencial que assegura sua eficácia, eficiência e integração sistêmica, envolvendo as etapas de seleção do medicamento, programação, aquisição, controle e avaliação, armazenamento, distribuição e dispensação, utilização, incluindo a atenção farmacêutica, o gerenciamento de informação, de financiamento, a qualidade dos produtos e os recursos humanos qualificados com base em critérios de uso racional de medicamentos.

A visão do processo da AF é verdadeiramente a de um ciclo, em que cada parte está estreitamente relacionada com a anterior e com a próxima. Quando se trabalha cada parte de forma independente e desconectada, tem-se como resultado o aumento de custos, a escassez torna-se comum e o paciente é prejudicado. O centro do ciclo logístico do medicamento é toda a parte de seu suporte, englobando a organização, o financiamento, a gestão da informação e os recursos humanos que são os responsáveis pela sua manutenção. Por fim, todo o ciclo está apoiado em uma estrutura política e legal que determina e oferece respaldo ao compromisso público para a provisão de medicamentos, centrada no bem-estar e na qualidade de vida da população. Tanto a seleção como as atividades de programação, aquisição, armazenamento e distribuição constituem os pilares para um objetivo maior, uma efetiva e qualificada utilização dos medicamentos, alcançada por uma atenção farmacêutica individual e coletiva de qualidade.

Porém, mais do que proporcionar acesso aos medicamentos, é indispensável que o ciclo logístico do medicamento esteja inserido em um contexto e em uma lógica mais ampliada de uso racional. Este, por sua vez, além de contribuir para a melhoria da equidade no acesso, busca proporcionar uma maior adesão aos tratamentos e uma utilização adequada dos fármacos em conformidade com as reais necessidades sanitárias da população. Com isso, tem-se uma melhoria na resolução do próprio Sistema de Saúde, nos indicadores de morbimortalidade e na qualidade de vida das pessoas. Portanto, ao se analisarem as questões referentes à reforma do setor saúde, que objetiva a melhoria da igualdade, da qualidade e da eficiência, verifica-se que a Assistência Farmacêutica está colocada como um dos elementos centrais.

Por sua vez, para que a AF possa ocorrer de maneira satisfatória, alguns aspectos devem ser considerados, como estrutura adequada, contexto do processo de trabalho e profissionais competentes. A AF deve estar estruturada, dispondo de condições apropriadas para o pleno desenvolvimento de suas atividades, fazer parte da estrutura formal das Secretarias de Saúde, tendo as suas funções e competências devidamente definidas, contar com infraestrutura adequada e suficiente e ser gerenciada de forma eficiente e coordenada com outras áreas do sistema e a sociedade (BRASIL, 2002). Somado a isso, a AF, sendo uma atividade multidisciplinar e complexa, necessita de articulações permanentes com outras áreas, como Vigilância Sanitária, Epidemiológica, Coordenações de Programas Estratégicos de Saúde, Programa Saúde da Família – PSF, Programa de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde Mental, Área Administrativo-financeira, Planejamento, Material e Patrimônio, Licitação, Auditoria, Setor Jurídico, Controle e Avaliação. Identifica-se ainda a necessidade de manter estreita a relação com os profissionais de saúde, entidades e conselhos de classes, universidades, Ministério Público, Conselhos de Saúde, setores de comunicação, fornecedores, entre outros, visando desenvolver ações conjuntas. Para tal, as várias atividades do ciclo terão que ser desenvolvidas por profissionais competentes, norteados por instrumentos técnicos e humanos.

Enfim, diante das peculiaridades dos serviços da AF, considerando o fato de o medicamento estar presente em toda a estrutura organizacional, em todos os níveis de atenção; ser visto como opção estratégica para a consolidação do SUS; depender da articulação intersetorial para a eficácia e a eficiência do trabalho; ter em sua realidade concreta equipes multidisciplinares com níveis de escolaridade heterogênea; envolver gestores de instituições públicas e privadas, é notória a exigência de perfis profissionais condizentes, há muito tempo ignorada. Ao contrário, veem-se problemas gritantes como profissionais sem qualificação, gestor não sensibilizado, ações de saúde voltadas para a doença e aos medicamentos, automedicação, seleção inadequada do elenco de medicamentos essenciais, desconhecimento do elenco disponível, não uso da relação de medicamentos essenciais, prescrição irracional, dispensação inadequada, com falta de orientação quanto à terapêutica e, conseqüentemente, a não garantia de adesão do usuário ao tratamento (ROMIO, 2002).

COMPETÊNCIAS

Conforme Fleury e colaboradores (2002), McClelland, em 1973, publicou o artigo *Testing for competence rather than intelligence* (Testando por competências em vez de inteligência), que de certa forma iniciou o debate sobre competência entre psicólogos e administradores nos Estados Unidos. Segundo o autor, competência é a característica subjacente a uma pessoa casualmente relacionada com uma *performance* superior na realização de uma tarefa ou uma determinada ação, diferenciando, assim, competência de aptidões – talento natural da pessoa, o qual pode vir a ser aprimorado; habilidades – demonstração de um talento particular na prática; e de conhecimentos – o que as pessoas precisam saber para desempenhar uma tarefa (FLEURY et al., 2002).

Bitencourt (2001) cita que no contexto gerencial, durante a década de 1980, Richard Boyatzis, reanalisando os dados de estudos realizados sobre competências gerenciais, identificou um conjunto de características e traços que, em sua opinião, definem uma *performance* superior. Seu modelo baseia-se na explicitação de 21 atributos que norteiam a construção de um perfil de gestor, porém centraliza o seu trabalho em “comportamentos observáveis”, com base em uma concepção behaviorista. Seu modelo prevê ainda aspectos psicológicos relacionados a três fatores: autoimagem, papel social e habilidades (BITENCOURT, 2001).

Diante das literaturas, tanto acadêmicas como nos textos que fundamentam a prática, a questão das competências pode ser analisada a partir de várias abordagens. No entanto, com o objetivo de delimitar o tema da discussão, focada no desenvolvimento de competências, e considerando gestores, acima de tudo, profissionais, serão destacadas somente as noções relativas às diferentes concepções existentes, às competências profissionais do indivíduo com relação a toda instituição, às competências na qualificação profissional, à competência e às suas três dimensões e às abordagens que estruturam e sistematizam a metodologia de análise das competências.

Em consonância com Desprebiteris (2001), Bitencourt (2001) afirma que existem diferentes concepções, por vezes contraditórias, sobre a noção de competências. Nota-se um esforço generalizado no que se refere à formação de competências, a partir de treinamento e educação, o que vem provocando um longo debate sobre a sua efetividade e importância no contexto competitivo e educacional. Ou seja, a base desse esforço centraliza-se em um treinamento behaviorista que privilegia a formação de atributos genéricos de competência e que não fazem sentido para as pessoas; além disso, pouca atenção tem sido conferida a abordagens mais holísticas que privilegiam a formação integral com base no significado do trabalho ou em situações específicas vivenciadas pelas organizações. Sob a ótica de aprendizagem coletiva ou organizacional, esse tipo de abordagem behaviorista, com tendências à ênfase na rotina, nos aspectos visíveis e facilmente mensuráveis do trabalho, na repetição das práticas que foram bem-sucedidas no passado, inibe mais do que contribui para o processo de formação e desenvolvimento das pessoas e da organização.

Para Fleury e Fleury (2001), as competências, em uma perspectiva sistêmica, caracterizam-se em três grandes blocos: competências de negócio, competências técnico-profissio-

nais e competências sociais. As competências de negócio são as relacionadas à compreensão do negócio, aos seus objetivos na relação com o mercado, clientes e competidores, assim como na relação com o ambiente político e social, que requer um conjunto de competências como visão estratégica e planejamento. Já as técnico-profissionais são específicas para certa operação, ocupação ou atividade formada pelos conhecimentos peculiares. E, finalmente, as sociais são as competências necessárias para interagir com pessoas que englobam o conjunto de competências para a comunicação, negociação e trabalho em equipe.

Na abordagem da qualificação profissional, a competência tem duas dimensões: uma social e outra cognitiva, conformando sua totalidade. Sob a ótica socioprofissional, pode ser entendida como atitude social, antes de ser um conjunto de conhecimentos profissionais, embora, na quase totalidade dos casos, assumir responsabilidade diante das situações complexas de trabalho exige novas aquisições de conhecimentos (ZARIFIAN, 1998). Sob a ótica cognitiva, a construção de competências implica a subjetividade do conhecimento, mediante a articulação do pensamento com saberes formais ou práticos que estruturam ações, em um processo mediado pelas relações sociais. Sob a perspectiva totalizante, portanto, essa análise deve considerar não somente os determinantes técnicos, operacionais e organizacionais do processo de trabalho, mas também os de ordem econômico-produtivos, físico-ambientais, sociohistóricos, culturais e políticos.

Diante de várias correntes de estudos sobre a questão de competências, é importante salientar que o conceito de competência está relacionado aos seguintes aspectos: formação, capacitação, ação, articulação, resultados, perspectiva dinâmica, autodesenvolvimento e interação. Entretanto, quando traduzidas nos respectivos perfis, as competências acabam descrevendo, na verdade, as atividades requeridas pela natureza do trabalho, podendo ser tomadas como norteadoras dos objetivos dos processos de capacitação e formação, a partir dos quais podem se identificar as habilidades cognitivas (ou capacidades) a serem estimuladas, os conhecimentos científicos e técnicos a serem ensinados/aprendidos, os valores e atitudes a serem problematizados.

Para Ruas (1998), no que se refere ao desenvolvimento de competências, as três dimensões principais são conhecimentos, atitudes e habilidades. Os conhecimentos, ao contrário dos demais, têm respostas esperadas como certas no que se refere ao saber científico, tecnológico, metodológico e tácito. Quanto às atitudes, trata-se de elementos culturais e pessoais, produtos gerados pelos princípios, valores, sentimentos e percepções que refletem no saber agir e ser, os quais se somam às habilidades na busca do comportamento mais condizente com a realidade desejada, traduzindo-se na união entre o discurso e a ação. As habilidades seriam o ato de executar determinada atividade, sabendo o que é o objeto em estudo, o que se pode fazer diante da problemática, como fazer, com quem fazer, com o que fazer, onde, para quem fazer e por que fazer. Assim sendo, necessita articular e mobilizar os recursos, os saberes, para a obtenção os resultados.

Na verdade, as dimensões saber, saber fazer e saber ser estão inter-relacionadas e por vezes se confundem. Em outras palavras, trata-se de análise múltipla de dimensões referentes ao indivíduo, ao grupo e à organização, já que esses conceitos permitem ser amplamente

analisados sob diferentes prismas conforme já mencionado. Contudo, os benefícios à instituição só serão possíveis pela articulação e mobilização do conhecimento, das atitudes e manifestação por meio de atividades no trabalho, envolvendo mudanças na estrutura e no significado das práticas.

Conforme Bitencourt (2001), na gestão de competências, devem-se privilegiar aspectos holísticos e contextuais. A ênfase refere-se à questão processual e contextual em que a articulação e a interação são aspectos fundamentais para o indivíduo, organização e sociedade, tratando assim de uma abordagem dinâmica que privilegia a análise de competências a partir da definição de noção e seleção de atributos de competência, tendo em vista o desenvolvimento e mudança institucional.

Diante do contexto, no âmbito do SUS, tornam-se imperativas a compreensão global do processo de trabalho e seus desdobramentos, a maior articulação entre os diversos setores, a maior integração das ações dos diferentes agentes que atuam na área da saúde e a recomposição dos trabalhos antes fragmentados (ROMIO, 2004). Assim, para o estudo, buscando adaptar o conceito de competência à realidade institucional, mediante o contexto, entende-se competência como:

O processo contínuo de desenvolvimento de capacidades em mobilizar e articular recursos pessoais e de seu meio, que são requeridas pelas situações profissionais, a partir da interação com outras pessoas no ambiente de trabalho, familiar, outros grupos sociais e usuários do SUS, percebendo suas necessidades e escolhas, valorizando sua autonomia para assumir sua própria saúde e assumindo a responsabilidade do cuidado a partir da concepção da saúde como qualidade de vida (ROMIO, 2004).

Pode-se perceber que a primeira parte dessa definição aponta a perspectiva cognitiva da competência, enquanto a segunda coloca a competência na perspectiva socioprofissional. Isto é, as competências são percebidas como um estoque de recursos que o indivíduo detém e são reconstruídas ao longo da trajetória da sua vida profissional, partilhando experiências e práticas coletivas, condicionadas pelo contexto econômico, social, cultural e político, sendo expressão de relações sociais e resultantes de negociações entre os interesses dos diversos atores envolvidos no processo, como trabalhadores, gestores, usuários, educadores, instituições e entidades representativas dos diferentes segmentos, dentre tantos outros. Considerar a competência nesses termos implica possibilitar ao trabalhador conhecer a utilidade de suas ações para os beneficiários, significa, pois, compreender que o usuário não é um ser abstrato ou distante, de quem são ignorados as verdadeiras necessidades e os modos de vida.

Quanto à estruturação e sistematização de análise das competências, que se assemelham pela influência metodológica francesa, têm-se a de Le Boterf (2003) e *Organización Internacional Del Trabajo - OIT* (1999; 2002).

Le Boterf (2003) substitui a noção de posto de trabalho por capacidades no ofício e, de acordo com o desempenho desejável, as competências gerenciais passam a se constituir em um perfil reconhecido e identificável pelas partes envolvidas. As capacidades traduzem-se, assim, em competências mensuráveis e observáveis. Ou seja, substitui a noção de adaptar o trabalhador à tarefa ou ao conteúdo de trabalho pela habilidade e capacidade de desempenho de uma função produtiva. Parte da acepção do conceito de competências operacionalizadas em ação, mediante situações de trabalho em um contexto específico, estão mais ligadas às capacidades de enfrentar a incerteza, do que em uma definição estreita e totalizadora de um posto de trabalho, a qual reforça a inércia da divisão do trabalho a ele associada (LE BOTERF, 2003). A evolução do contexto de trabalho induz a uma evolução do nível de profissionalismo e a uma recomposição das funções e dos ofícios, em que a situação profissional é um posto que estabelece correlações, sendo, também, um posto em evolução, em que situações profissionais reais correspondem a postos de trabalho ocupados em um dado momento.

Segundo a OIT (1999; 2002), a metodologia tem dois referenciais básicos: o do ofício e o das capacidades necessárias ao exercício do ofício. O referencial do ofício baseia-se nas análises feitas pelos seus executores, a saber: a do contexto profissional, que permite situar as missões do ofício, as condições de desempenho e os resultados esperados; a do campo de explicação do ofício, que identifica os diversos elementos constitutivos do campo de atividade, os quais são indispensáveis para definir os conhecimentos necessários e dominá-los para exercer o ofício; a descrição das funções que conformam o “esqueleto” geral do ofício, com o qual se pode apreciar a importância da relação entre as funções do ofício e o referencial das capacidades necessárias ao exercício do ofício. O referencial das capacidades necessárias ao exercício do ofício caracteriza as competências desejadas nos três âmbitos próprios do indivíduo: psicomotor – campo do saber fazer; cognitivo – campo do saber; e socioafetivo – campo do saber ser e do saber se converter.

Enfim, esses referenciais retratam a complementaridade e sistematização das ideias dos demais autores mencionados, no que se refere à análise das competências e às dimensões das competências requeridas pelo sujeito para compor as competências na totalidade.

Porém, várias críticas são apontadas sobre o tema competências gerenciais. Segundo Bitencourt (2001), as principais críticas apontadas são: as diferentes definições quanto ao conceito de competências – diversos significados e contradições, prevalecendo, assim, a ênfase na construção de atributos (visão estática) e a falta de visão processual (perspectiva dinâmica); a tendência de mapeamento de competências com base no imediatismo, sem preocupação com as competências necessárias no futuro; os desenhos de competência serem geralmente superficiais, representando quantidade de atributos e não questionando a sua qualidade; a dificuldade em aferir aspectos ligados a atitudes, pois muitos modelos simplificam a questão e deixam de avaliar esse processo de desenvolvimento, privilegiando atributos que sejam fáceis de mensurar; e as listas de competências, de algumas correntes de estudo, serem desprovidas de um contexto,

não refletindo a necessidade da diversidade no próprio contexto organizacional.

Contudo, para minimizar e evitar tais dificuldades, torna-se necessário levantar alguns aspectos relevantes para a reflexão crítica acerca da avaliação de competências. Isto é, quais os resultados esperados mediante o desenvolvimento de competências e quais as práticas para o estímulo desse desenvolvimento?

Assim, é requerida a definição de uma base de referência para julgamento, de modo a fundamentar o juízo mediante a definição de critérios que legitimarão o objeto avaliado, bem como acompanhar os sujeitos por meio de ações pedagógicas coerentes que viabilizarão de forma estruturada o desenvolvimento dessas competências. Dessa forma, acredita-se que será possível gerir competências de maneira consciente, com visão dinâmica e estratégica, voltada à qualidade de recursos e aos atributos de competências a partir de cada situação e ambiente organizacional.

METODOLOGIA

Este trabalho caracteriza-se como um estudo de caso, de natureza exploratória e descritiva, desenvolvida na Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá – SMSC-MT, e partiu da questão norteadora cuja síntese é: Quais as competências necessárias aos gestores do SUS para o desejável processo de trabalho da Assistência Farmacêutica? Partindo do problema da pesquisa e do objetivo geral que é analisar as competências necessárias aos gestores da SMSC-MT para o desenvolvimento dos serviços da Assistência Farmacêutica, sob o enfoque no nível tático, procurou-se estabelecer propósitos vinculados aos objetivos específicos da pesquisa.

Os gestores informantes (dezessete) tinham cargos distintos, tendo em vista as atribuições e responsabilidades diferentes no que tange aos tipos de serviços e níveis hierárquicos. Os diretores eram responsáveis pela proposição e formulação de políticas e estratégias no nível estratégico; os coordenadores tinham responsabilidades no nível tático e operacional; e os gerentes, responsabilidades no nível operacional. A seleção ocorreu de forma intencional, fazendo uso de informantes-chave e buscando preencher os critérios inspirados em Valles (*apud* MELCHIOR, 2002). Segundo esse autor, informante-chave é a indicação de outros sujeitos em estudo – “técnica da bola de neve”.

Quanto ao primeiro objetivo de identificar e descrever a característica do município e instituição, a estrutura organizacional e o processo de organização dos serviços de saúde, AF e desenvolvimento de pessoas da instituição estudada, utilizaram-se como recursos documentos, diário de campo e revisão bibliográfica.

Com relação ao objetivo de identificar o perfil gerencial requerido para o desenvolvimento dos serviços de saúde e AF, optou-se pela técnica de análise documental (CUIABÁ, 2003a; 2003b; 2004) e referenciais teóricos (RUAS, 1998; OIT, 2002; LE BOTERF, 2003), para então descrever as atividades e funções atribuídas em cada nível de complexidade dos serviços de saúde, considerando a proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde e integrando os serviços de AF. Com as atividades já descritas, buscou-se analisar

que capacidades são requeridas aos gestores para o gerenciamento desses serviços. Por inferência, as competências gerenciais foram mapeadas contemplando as competências gerenciais gerais requeridas a todos os gestores do SUS e as específicas, de acordo com os diferentes níveis de atuação e de serviços demandados e ofertados, conforme referenciais de Fleury e Fleury (2001).

No que se refere à técnica de entrevista para o levantamento de dados, foram utilizados roteiros semiestruturados, contendo 14 perguntas abertas e termo de consentimento dos entrevistados com a garantia do anonimato dos informantes. O roteiro semiestruturado foi composto por três partes, e, conforme estudos de Goldim (2000), as informações obtidas mediante as entrevistas foram categorizadas entre os diferentes grupos de gestores: diretores, coordenadores e gerentes; e subcategorizadas em:

- Caracterização dos gestores atuais da SMSC-MT – foram utilizadas três perguntas abertas referentes à ocupação e ao tempo de ocupação do cargo, nível de escolaridade e vínculo trabalhista, bem como se participaram de algum tipo de capacitação sobre AF.
- Análise dos elementos do conjunto de competências no que se refere às capacidades requeridas aos gestores para a lógica de planejar, organizar e executar as atividades de saúde e AF – foram utilizadas duas questões abertas sobre o que e como executam na prática suas atividades, e outras quatro questões abertas sobre percepções quanto aos profissionais de saúde (colaboradores), aos usuários, aos sentimentos, como servidor público diante do contexto atual de saúde pública e às representações do medicamento no contexto de saúde pública, as quais interferem no pensar e agir individual.
- Análise dos elementos do conjunto de competências requeridas pelo indivíduo, com relação a toda a instituição para o gerenciamento pertinente da AF – foram utilizadas cinco questões abertas sobre o conhecimento da Política de AF, pessoas e setores envolvidos na instituição e com os serviços da AF; a percepção quanto à atual Política da AF e a Política de AF condizente com as reais necessidades do setor saúde, informações indispensáveis para compor as competências individuais a serem sinergicamente desenvolvidas na perspectiva de competências coletivas e institucionais.

As entrevistas foram gravadas facilitando a cópia integral dos dados primários gerados e permitindo a releitura após a sua coleta ter sido encerrada.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O município de Cuiabá nasceu da expansão das bandeiras na busca de riquezas e na conquista de novas fronteiras. Hoje, tornou-se um dos principais polos de desenvolvimento da região centro-oeste do país, com a função de abastecedor das cidades

que gradativamente surgiram ao norte, fortalecendo-se, a fim de atender à crescente demanda do estado de Mato Grosso (MATO GROSSO, 2002). É um entroncamento rodoviário-aéreo-fluvial, interligando o norte do Brasil e o oeste e o centro geodésico da América do Sul.

A economia de Cuiabá, hoje, está centralizada no comércio e na indústria e possui uma área de 3.224,68km, sendo 251,94km de área urbana e 2.972,74km de área rural. Sua população, estimada em julho de 2005, é de 533.800 habitantes, apresentando um equilíbrio percentual entre o sexo feminino e masculino e com maior percentual na faixa etária entre 20 a 44 anos. Quanto aos indicadores de saúde temos: morbidade ambulatorial de 20,2% de doenças do aparelho respiratório, 15,5% de doenças infectoparasitárias, 14,7% de doenças do aparelho digestivo e 11,8% de doenças do aparelho circulatório; morbidade hospitalar de 14,3% de doenças do aparelho circulatório; 13,7% de doenças do aparelho respiratório; 12,5% de doenças do aparelho digestivo e 10,6% de neoplasias; e os coeficiente de mortalidade geral de 5,2; infantil de 17,2; neonatal 11,6; materna 0,8.

A SMSC-MT, desde 1998, encontra-se habilitada em Gestão Plena do Sistema Municipal, segundo a aprovação pela Comissão Intergestora Bipartite Estadual – CIB (Resolução n.º 16/98, de 5 de junho de 1998, apud CUIABÁ, 2002), portanto responsabiliza-se pelo gerenciamento dos recursos e processos do sistema de saúde municipal. É referência estadual para os municípios da Baixada Cuiabana, conforme referendada pela Programação Pactuada Integrada/2001 – PPI, que atribui a responsabilidade, além de atendimento primário, secundário e terciário, especificamente nas áreas de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (Resolução CIB n.º 27 de 2 de outubro de 2001, apud CUIABÁ, 2002).

A estrutura organizacional, de acordo com Marras (2000, p. 41), tem como conceito o *conjunto de funções, cargos, relações e responsabilidades que constituem o desenho orgânico da empresa*. Zimpeck (apud MARRAS, 2000) define a tarefa como um conjunto de elementos que requerem o esforço humano para determinado fim; a função como um conjunto de deveres, tarefas e responsabilidades que requerem os serviços de um indivíduo; e o conjunto de funções similares que formam o cargo. Portanto, funções e exigências diferenciadas definem perfis distintos e, conseqüentemente, cargos diversos. Assim sendo, reconhece-se a direção idealizada pela instituição por meio de sua organização, pela maneira como valoriza e distribui os cargos dentro do seu contexto como caminho para atingir os objetivos. Ou seja, mostra o estilo de gerenciamento aplicado, em que um ponto de divergência normalmente instalado na administração faz com que a organização possa decidir priorizar a estratégia e definir, então, a estrutura, ou o contrário. Estudos mostram que a estratégia deve definir a estrutura, e não o oposto.

Desse modo, mediante literaturas e realidades analisadas, tal como a da SMSC-MT, a tendência atual ainda é a de manter estruturas tradicionais ou por departamentos,

como funcionais e geográficos, por processo, por produto, por cliente e de amplitude do controle. Na estrutura organizacional da SMSC-MT, no nível central, encontram-se as diretorias que se ligam, em nível hierárquico decrescente, às coordenadorias e gerências, no nível local, às respectivas unidades (CUIABÁ, 2002). Dessa forma, organizam-se, geograficamente, em Distritos norte, sul, leste e oeste, cada qual com os seus diferentes serviços ofertados pelas Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde no Nível Secundário e Unidades no Nível Terciário.

A Assistência Farmacêutica congrega um conjunto de atividades relacionadas ao medicamento e destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas pela população. Porém, insere-se de forma indefinida na SMSC-MT, por meio da Diretoria Administrativa, Financeira, concentrando as atividades no Almoxarifado e perpassando por todas as outras diretorias, uma vez que o medicamento encontra-se presente de forma direta ou indireta na resolubilidade das ações de saúde como um todo. Segundo diagnósticos (BARROS, 2002; FONSECA, 2002; ROMIO, 2002), a avaliação dos serviços da AF (CUIABÁ 2003c) realizada na instituição e a não implementação do Plano Municipal contemplando ações da AF, articuladas e integradas ao setor saúde (CUIABÁ, 2004), vêm acarretando problemas como: a falta de acesso aos medicamentos pelos usuários; o uso irracional de medicamentos; medicamentos ofertados à população, sem a garantia de qualidade; a falta de dispensação do medicamento e/ou alternativas terapêuticas adequadas ao usuário. As consequências disto vêm se refletindo no âmbito do SUS/Cuiabá, devido aos elevados gastos institucionais, sem garantir a equidade no acesso aos serviços e medicamentos, e a resolutividade dos serviços Comissão Intergestores Tripartite, à desorganização na demanda e na oferta de serviços, segundo níveis de complexidade, à qualidade questionável do insumo, à inacessibilidade ao atendimento do profissional farmacêutico pelos usuários, desperdiçando o momento de possibilidades de conscientização do usuário quanto ao uso correto e adesão ao tratamento, no que tange à prevenção de efeitos de interação medicamentosa, alimentar, efeitos adversos, tóxicos, o que, por sua vez, não assegura a eficiência terapêutica e, o mais grave, provoca a resistência dos agentes etiológicos aos medicamentos, uso abusivo ou subuso dos medicamentos, acarretando maiores demandas e custos ao sistema.

O desenvolvimento de pessoas concentra-se na Gerência de Desenvolvimento de Pessoas e, em ordem crescente de hierarquia, apresenta-se da seguinte forma: Coordenadoria de RH, Diretoria Administrativa, Diretoria Executiva e Secretário de Saúde. Ela vem executando ações pontuais, adotando uma estratégia autoritária e ineficaz de capacitação, considerando apenas a compreensão da realidade de alguns “que pensam”, mediante treinamentos e cursos, visando simplesmente corrigir eventuais desvios ou defeitos do sistema de saúde por eles detectados. Outra alternativa implementada é por meio de recursos financeiros, de programas especiais de outra esfera de governo, também para corrigir desvios pontuais.

PERFIL GERENCIAL REQUERIDO PARA O GERENCIAMENTO DAS ATIVIDADES DE SAÚDE, INCLUINDO A AF

Ao refletir acerca da organização dos serviços, sob a ótica da concepção de modelo de atenção à saúde, identificou-se a necessidade de situar a AF nos diversos níveis de atenção à saúde, compreendendo que, se o medicamento está sob a perspectiva de um insumo básico, sua relevância se encontra na terapia medicamentosa que conduz a ações de recuperação da saúde. Entretanto tem em conta que, nos cuidados de saúde, a Assistência Farmacêutica contempla também ações de prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde, com melhoria na qualidade de vida dos cidadãos.

Com base na análise documental (CUIABÁ, 2003a; 2003b; 2004) e nos referenciais de Ruas (1998), Le Boterf (2003) e OIT (2002), no que se refere à identificação do perfil gerencial para o desenvolvimento pertinente dos serviços de saúde e AF, a descrição e a discussão dos resultados, foram abordadas de forma a contemplar a descrição de todas as atividades previsíveis da AF integradas aos demais serviços de saúde tanto no nível básico como secundário e terciário; a análise dessas atividades permitiu a identificação do perfil gerencial a partir das capacidades requeridas aos gestores para o desempenho desejável das atividades descritas.

No entanto, para não estender e nem tornar cansativo este capítulo e sem a pretensão de descrever por completo, até por ser impossível esgotar todas as possibilidades de situações profissionais, serão descritas a seguir somente as competências requeridas pelos gestores para o gerenciamento desejável dos serviços no nível básico, secundário e no terciário – composto pelo conjunto de competências gerais amplas, somado ao conjunto de competências específicas de acordo com os tipos de serviços demandados e de sua responsabilidade –, as quais estarão permeando entre as competências de negócio (visão estratégica e planejamento), competências técnico-profissionais (informações e conhecimentos específicos) e competências sociais (comunicação, negociação e trabalho em equipe), segundo Fleury e Fleury (2001).

COMPETÊNCIAS DE NEGÓCIO

Visão estratégica

Compreender o contexto do processo de trabalho no SUS e na AF, os seus objetivos e valores com a sociedade, a necessidade de um trabalho que envolva a combinação de pessoas, recursos e tecnologias, no alcance dos objetivos, a lógica dos serviços específicos disponíveis e os de necessidade da população, que a eficiência da atividade do gestor depende de sua estruturação e inserção institucional e que o gerenciamento da AF deve permear todos os seus componentes. Além disso, dominar as técnicas de leitura crítica, ter capacidade de tomar decisões, visando ao uso apropriado, eficácia e custo-efetividade dos recursos à sua disposição, obter os conhecimentos e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir diante de um contexto e situação. É preciso também reconhecer os níveis de complexidade de atendimento e a realidade social em que atua, auxiliando outros na descoberta do significado de sua área, responsabilidade e contribuições esperadas, assim

como seu papel como gestor e profissional de saúde. Ademais, assegurar uma prática de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema, mobilizando colegas na organização e produção de serviços em prol da população.

Planejamento

Mobilizar a participação do controle social para identificar, entender e relacionar os problemas locais e suas consequências para elaborar o plano operacional com objetivos claros e metas definidas, avaliando os recursos disponíveis e todas as atividades desenvolvidas, além de lançar mão de habilidades, conhecimentos e de um sistema de informações eficiente e preciso. Além disso, realizar controle pela análise da estrutura, do processo e/ou dos resultados obtidos e usar critérios e indicadores claros, úteis, mensuráveis e confiáveis, garantindo acesso aos serviços, com ações planejadas tendo em vista a melhoria da qualidade de vida e de saúde da população.

Competências Técnico-profissionais

É imprescindível que um profissional saiba obter informações e conhecimentos técnicos de sua área, atualizando-os constantemente, criar recursos de informações seguras e eficientes; atuar dentro do sistema hierárquico da saúde, obedecendo aos princípios técnicos e realizando serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética e bioética; desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde, no nível individual ou coletivo, assegurando ações de vigilância à saúde e de assistência nas Unidades Básicas de Saúde; executar atividades rotineiras mediante prescrições flexíveis, assegurando ações de atendimento especializado no nível de atenção secundária e garantindo as intervenções médicas/odontológicas no nível de urgência e emergência; ter responsabilidade com a educação das futuras gerações de profissionais e promover ações educativas com os usuários e comunidade; compreender que a habilidade gerencial não é uma característica nata dos indivíduos, mas é possível de ser desenvolvida; e avaliar a eficiência da AF pelo monitoramento da qualidade, da cobertura e dos aspectos econômicos.

COMPETÊNCIAS SOCIAIS

Comunicação

Compreender o processo total de comunicação, garantindo o entendimento das mensagens por todos os membros da instituição (noções pedagógicas) e ultrapassar barreiras culturais na interação com os usuários, grupos e comunidade, por meio da acessibilidade, postura ética e humanística.

Negociação

É necessário ter capacidade de argumentar coerentemente, assumir posições de liderança e saber navegar na complexidade, mesmo com as regras estabelecidas e os resultados.

Trabalho em equipe

Trabalhar com pessoas na resolução de problemas, resolvendo conflitos, e com pessoas que detenham habilidades e conhecimentos diversos.

Em relação ao terceiro objetivo específico da metodologia utilizada, salienta-se que a análise das competências gerenciais não teve o intuito de realizar formalmente uma análise comparativa entre as diferentes categorias. O estudo procurou destacar que se trata de situações profissionais distintas e que não faz parte dessa análise atribuir juízo de valores às práticas, decisões ou características típicas de cada gestor. No entanto, foi perceptiva, por parte de alguns gestores, a falta de uma base mínima de conhecimentos e experiências, para, então, reestruturar e construir novos saberes e, assim, ser capaz de compor a competência sob a perspectiva totalizante; e que, com exceção de um gerente, todos os gestores informantes não participaram de qualificações referentes à Assistência Farmacêutica, justificando, talvez, vários resultados obtidos na quarta etapa da pesquisa.

Por fim, o quarto objetivo específico da metodologia foi composto pelas duas subcategorias da pesquisa. A primeira análise das competências requeridas e a serem desenvolvidas pelos gestores atuais da SMSC-MT foi viabilizada pela explicitação da lógica utilizada na prática em planejamento, organização e execução das atividades, dos sentimentos e das representações. E a segunda situação profissional, mediante a avaliação dos saberes requeridos para compor as competências individuais, na questão específica da AF, no sentido destas serem sinergicamente desenvolvidas em uma perspectiva de competências coletivas e institucionais. No entanto, ao definir o parâmetro e os critérios para avaliar as competências gerenciais, evidenciou-se que as duas abordagens da pesquisa se complementavam; portanto, a avaliação buscou contemplar as competências a serem desenvolvidas a partir das requeridas e definidas no parâmetro para serem analisadas conforme as suas três dimensões. Em síntese, como resultado da pesquisa, os elementos que puderam ser observados, como capacidades requeridas e a serem desenvolvidas, de forma variável, de acordo com os diferentes gestores pesquisados e que mais se destacaram, foram:

CONHECIMENTOS

Do SUS - mudanças e suas interferências; Modelo de Atenção - elementos implícitos que interferem no pensar e agir dos atores envolvidos; Gestão de pessoas - visão holística do trabalhador e instituição; Da Mudança Institucional - ênfase nos aspectos subjetivos; Do exercício legal - a legislação profissional e sanitária.

Do Planejamento Estratégico-Situacional - das concepções teóricas e metodológicas da prática de Planejamento Estratégico-Situacional – valorização e reconhecimento aos profissionais de saúde e controle social.

Da Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica - ambiente interno e externo no contexto de saúde pública – representatividade do medicamento –; estrutura e lógica de organização e práticas dos serviços de AF– de gestão do conhecimento e informação em saúde.

Noções pedagógicas - Comunicação – técnicas de comunicação apropriadas para cada situação; ações educativas – desenvolvimento da autonomia individual e coletiva sobre sua saúde e de outros profissionais favorecendo o desenvolvimento de competências coletivas.

ATITUDES

De cooperação e responsabilidade; de valorização e reconhecimento aos seus colaboradores; de coerência com os princípios do SUS; de redução do sofrimento do usuário e/ou familiares; de valorização no controle social; de sentido prático e voltadas para a solução de problemas; de tomada de decisão baseada na eficácia, custo-efetividade da força de trabalho, medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e práticas, pautadas em conhecimentos validados cientificamente; de flexibilidade e de adaptação às mudanças mediante atuação em cenários de instabilidade e incertezas; de compromisso com ética; de inovação, alinhadas ao objetivo da instituição; de qualidade, eficiência e eficácia no atendimento e serviços, voltadas à população e ao usuário.

HABILIDADES

Compreender a necessidade de um trabalho que se traduza pela combinação de pessoas, recursos e tecnologias voltadas para atingir os objetivos propostos; ter visão crítica para liderar, gerir, motivar e alcançar resultados; comunicar-se apropriadamente em cada situação; desenvolver competências coletivas no compromisso com a instituição e população; conduzir processos de obtenção de consenso, objetivando resultados satisfatórios para as partes envolvidas e instituição; autodesenvolver-se para reelaborar as práticas; adquirir informações e conhecimentos técnicos relativos à área da saúde e AF e para ter uma visão estratégica sobre o ambiente interno e externo do medicamento; conhecer os aspectos técnicos das atividades e sobre o ambiente interno e externo da instituição para tomar decisões; planejar, organizar e executar os serviços de saúde de acordo com as concepções teóricas e metodológicas do planejamento; planejar, organizar, monitorar e avaliar os recursos disponíveis, utilizando recursos individuais – atitudes, conhecimentos e habilidades – e de um sistema de informações eficiente; valorizar e qualificar as futuras gerações de profissionais; promover ações educativas para os usuários e comunidade; relacionar e se comunicar com os diferentes atores para influenciá-los a colaborar com os objetivos traçados; trabalhar em equipe propiciando a sinergia e o desenvolvimento das competências coletivas, bem como resolvendo conflitos e mantendo o grupo participativo; articular as ações de forma intersetorial e interinstitucional.

Cabe ressaltar que, de modo geral, todos os elementos requeridos para compor as competências para o gerenciamento desejável dos serviços de saúde e AF foram aleatoriamente contemplados, no entanto, de formas parciais. Ou seja, nenhum dos participantes demonstrou as competências em sua totalidade. Assim, como existiam gestores com vários saberes requeridos na lógica de planejamento, organização e práticas das atribui-

ções para impulsionar movimentos para a consolidação do SUS, tinham outros que hão de buscar ferramentas para subsidiá-los no compromisso, tanto institucional como social, com o qual se comprometeram. Todavia, quanto maior o poder na hierarquia institucional, maior evidência no discurso sobre o domínio do conhecimento teórico do trabalho. Entretanto, quando analisadas as dimensões das atitudes e habilidades, esses profissionais demonstraram que não detinham a tridimensionalidade da competência; e, ao contrário, quanto menor o poder hierárquico dos gestores, maior evidência do saber ser, embora todas as dimensões sejam necessárias para compor as competências na totalidade para a efetivação do trabalho.

A necessidade de mudanças na concepção lógica do planejamento, organização dos serviços e práticas de saúde e AF foi fortemente identificada. Essa constatação do processo de trabalho em saúde precisa ser desnudada, no sentido de perceber como a lógica interfere no encaminhamento do trabalho do setor público.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho focaliza o desenvolvimento de pessoas por competências, sob o enfoque tático, tomando-se por base aquelas voltadas ao seu desenvolvimento como estratégia institucional, tentando privilegiar aspectos holísticos e contextuais em que a articulação e a integração das capacidades são aspectos fundamentais para os indivíduos, as equipes, a instituição e sociedade. Trata-se, assim, de uma abordagem dinâmica e que privilegia a análise de competências a partir da mobilização e articulação dos vários saberes necessários para agir nas diversas situações e contexto profissional.

Algumas questões que suscitaram inquietações foram analisadas pelo trabalho, sem o intuito de buscar uma resposta definitiva, mas foram feitas reflexões que pudessem levar ao amadurecimento dessas situações. Assim, partindo do objetivo geral do estudo, foram estabelecidos propósitos vinculados aos objetivos específicos da pesquisa.

Com relação ao primeiro objetivo específico, destaca-se o potencial na contribuição para a compreensão, permitindo uma visão global e sistêmica da instituição em estudo, bem como a aquisição de novos conhecimentos e reflexões relacionados às alternativas de estrutura organizacional, AF e ao desenvolvimento de pessoas.

Levando em conta o contexto de propostas de mudanças, a sua vulnerabilidade e fragilidade, aliadas ao processo que requer maior flexibilização das relações de trabalho, um novo modelo de estrutura organizacional emerge, com critérios que melhor venham a adaptar e aperfeiçoar a organização dos profissionais de saúde, processo produtivo e resultados almejados e, acima de tudo, coerentes com as propostas da instituição. Em conformidade com Marras (2000), a estrutura matricial tem características de integração entre as áreas funcionais; cria relações horizontais entre elas, analisa as múltiplas relações que existem entre um setor (unidade-tarefa) e o setor administrativo que coordenada os setores, entre os vários setores e entre seus membros. Portanto, tem uma hierarquia tradicional e, no entanto, uma entidade solucionadora de problemas que é vista como

alternativa condizente com a instituição por beneficiar os macrointeresses dos profissionais e da instituição, alterando positiva e efetivamente os resultados de ambos os lados. Além disso, considerando os recursos escassos no âmbito do setor, a alternativa possibilita apreender as várias habilidades dentre as requeridas para um gestor, por exemplo, a valorização do exercício da ousadia, criatividade e trabalho em equipe, saber lidar com o poder, para imaginar e construir o novo. Isso se reflete diretamente na forma de pensar a gestão de recursos humanos, em toda a sua dimensão, com ênfase na formação e qualificação de recursos humanos para o SUS, com propostas e formulações de políticas de recursos humanos que respondam às necessidades tanto da instituição como do trabalhador de saúde e satisfação dos usuários.

Destaca-se que a etapa de análise das atividades e funções para traçar o perfil gerencial requerido – segundo objetivo da pesquisa – permitiu maior clareza e confirmação quanto à necessidade da AF estar formalmente estruturada para permitir maior flexibilidade administrativa que, certamente, em níveis inferiores do organograma não será encontrada, ou a instituição deve adotar um modelo mais flexível de estrutura organizacional, tendo suas funções e competências devidamente definidas para o gerenciamento, financiamento, recursos humanos, sistema de informação, controle e avaliação, tendo como base o uso racional de medicamentos. Caso contrário, a garantia da integração sistêmica das etapas do ciclo da AF com o processo produtivo de saúde será impossibilitada. Conforme os diagnósticos e a avaliação dos serviços da AF caberão responsabilidades gerenciais como investimentos na estruturação, reorganização do processo, a fim de viabilizar resultados que contribuirão na resolubilidade e na qualidade da assistência prestada ao usuário. Destaca-se o quanto representa em termos de recursos desperdiçados não apenas a utilização irracional dos medicamentos, mas também a inacessibilidade a eles, comprometendo a assistência resolutiva com agravamento no estado de saúde, sofrimento do usuário e causando prejuízos no âmbito do setor saúde.

A gestão de pessoas por competências é entendida como um modelo dinâmico que toma como referência estratégica a instituição para direcionar as ações de seleção, processos de qualificação, gestão de carreira, desempenho e estabelecimento de parceria mediante a captação, a retenção e o desenvolvimento de competências. Para tanto, a opção pela gestão de pessoas por competências é vista como pertinente, tendo em vista os aspectos relacionados aos servidores públicos que se acomodaram, uma vez que o modelo vigente de políticas de recursos humanos não relaciona a avaliação de desempenho às políticas salariais, assim como potencializa a motivação dos profissionais em se autodesenvolverem, viabilizando a possibilidade de vislumbrarem sua carreira profissional e de vida. Ela é, assim, uma estratégia necessária ao alcance dos objetivos da instituição. No entanto, alguns parâmetros devem ser considerados, por determinarem os aspectos que mais se adaptam à realidade, seja considerando seu porte, seja, até mesmo, considerando a realidade de partes da instituição (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2001).

O segundo objetivo da pesquisa, a partir da descrição das atividades e funções integrando os serviços de AF aos demais serviços de saúde, tomando por base o documento da instituição, permitiu ampliar a compreensão sobre o objeto em estudo, transpor a

realidade da SMSC-MT e descrever uma cartografia de competências gerenciais, que foram utilizadas como referencial para avaliação e análise das competências – terceiro e quarto objetivos do estudo. Entretanto, surgiram alguns aspectos limitantes da pesquisa, tais como a impossibilidade de prever todos os possíveis contextos da situação e que entre a atividade requerida e a atividade real instala-se a atividade redefinida, sendo variável de acordo com o indivíduo e suas próprias representações. Por isso, tem-se a existência de lacunas no processo produtivo dos serviços preconizados, em que as atividades são sempre realizadas de maneira diferente do que haviam imaginado seus criadores, e também a necessidade de considerar as capacidades dos agentes sociais envolvidos e contexto das atividades propostas.

Em relação ao terceiro objetivo específico, contribuiu para refletir sobre a noção de competências profissionais, sob a perspectiva da abordagem de Zarifian (1998), remetendo ao profissional uma base mínima e requerida de saberes e experiências para, então, reestruturar e construir novos saberes e, assim, ser capaz de compor a competência sob a perspectiva totalizante, tendo em vista as missões e os papéis que, segundo Le Boterf (2003), é mais importante saber tomar as iniciativas necessárias para assegurar a continuidade do processo de trabalho do que respeitar as instruções. A informação obtida pela pesquisa de que nenhum dos gestores informantes participou de qualificações referentes à AF justifica talvez os vários resultados obtidos na quarta etapa da pesquisa, com exceção de um gerente, que reforça a necessidade de propiciar cenários que favoreçam a aquisição e construção de novos conhecimentos indispensáveis para o gerenciamento e processo produtivo dos serviços de AF na instituição.

Enfim, o quarto objetivo específico de identificar e avaliar o conjunto de competências gerenciais, no contexto da entrevista, para então analisar os seus elementos, sob duas vertentes, reafirmou a complexidade do assunto. Assim, na busca de novas luzes sobre a área ainda não suficientemente explorada, especialmente no contexto nacional, adaptou-se o conceito de competência à realidade estudada e, ao definir parâmetros e critérios para avaliar as competências gerenciais, evidenciou-se que as duas subcategorias se complementavam, compondo, assim, as competências gerenciais requeridas na totalidade para a efetivação do trabalho.

Essa etapa do estudo também contribuiu na confirmação de alguns pressupostos e evidenciou a necessidade de discussões mais profundas com relação aos aspectos subjetivos que se encontram implícitos no pensar e agir de cada profissional, interferindo na lógica de organização e práticas dos serviços de saúde. Diante de quase a totalidade dos elementos do conjunto de competências gerenciais requeridas para o gerenciamento pertinente dos serviços de saúde, incluindo a AF, que foram possíveis observar, no entanto, parcialmente, acredita-se que, por meio do desenvolvimento de conceitos, princípios e práticas de aprendizagem coletiva, seja possível o desenvolvimento de competências, no sentido de agregar valores aos profissionais, à instituição e à sociedade. A questão referente não apenas ao “o que constitui competências”, mas também à forma de como

as competências são desenvolvidas, passou a ser um novo objeto de estudo e de grande importância no processo de aprendizagem coletiva (ROMIO, 2004).

Acerca das contribuições deste trabalho, enfatiza-se a viabilidade das contínuas adequações no currículo escolar e dos projetos de capacitações pedagógicas da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso, no que se refere ao planejamento, execução, acompanhamento e avaliação, tendo em vista a Coordenação Pedagógica ser o espaço profissional atual. Cabe ressaltar ainda que, decorrentes dessas atividades, simultaneamente, tem-se contribuído com as implementações dos Programas de Educação Profissional de Nível Médio e Programa de Formação *Lato Sensu*, principalmente do Curso Modular e Integrado do Programa Saúde da Família da Escola de Saúde Pública do Estado de Mato Grosso mediante adequações curriculares. Outro espaço, na qualidade de membro da Comissão de Verificadores dos Cursos de Formação do Conselho de Educação do Estado de Mato Grosso, que vem recebendo essa contribuição são as escolas do estado de Mato Grosso na construção de modelos curriculares por desenvolvimento de competências, a fim de buscar diminuir a distância entre intenção e prática das instituições, mediante orientações sobre o plano de curso, ambiente e metodologias que propiciem práticas pedagógicas que sejam condizentes com essas propostas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Lindolfo Galvão de; OLIVEIRA, Patrícia Morilha de. **Competências ou Cargos:** uma análise das tendências das bases para o instrumental de Recursos Humanos. Caderno de Pesquisas em Administração. São Paulo, v.8, n.4, outubro/dezembro, 2001. Disponível em: < <http://www.ead.fea.usp.br/cad.pesq/arquivos/v08n4art2.pdf> >. Acesso em: 20/8/2004.

BARROS, Suely de Abreu. **O Profissional Farmacêutico e a Adequação da Assistência Farmacêutica nas Unidades de Saúde de Cuiabá.** Monografia apresentada para obtenção do grau de Especialista em Gestão da Assistência Farmacêutica no SUS. Universidade Estadual de Mato Grosso. UNEMAT. Mato Grosso, Cuiabá, 2002.

BITENCOURT, Cláudia Cristina. **A Gestão de Competências Gerenciais:** a contribuição da aprendizagem organizacional. Tese de Doutorado em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001.

BOOG, Gustavo G. **Manual de Treinamento e Desenvolvimento ABTD**, 3ª. ed. São Paulo: MAKRON Books, 1999, p. 66 l.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal. 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Federal n.º 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção, recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF, set., 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM n.º 3.916, 30 de outubro de 1998.** Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, /Brasília, s. I, n.º 215-E, p. 18, 10 nov., 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: DF, abril, 1999, 40 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Gestão e Gerenciamento da Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, maio, 2001b, 22 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica**: instruções técnicas para a sua organização. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CONASS. **Assistência Farmacêutica no Brasil**: um componente essencial do sistema de atenção à saúde. Elaboração: MACHADO-DOS-SANTOS et al., Brasília, maio, 2001.

CUIABÁ. Secretaria Municipal de Saúde. Fundação de Saúde de Cuiabá. **Manual de Capacitação para Atuação no SUS**, 2002.

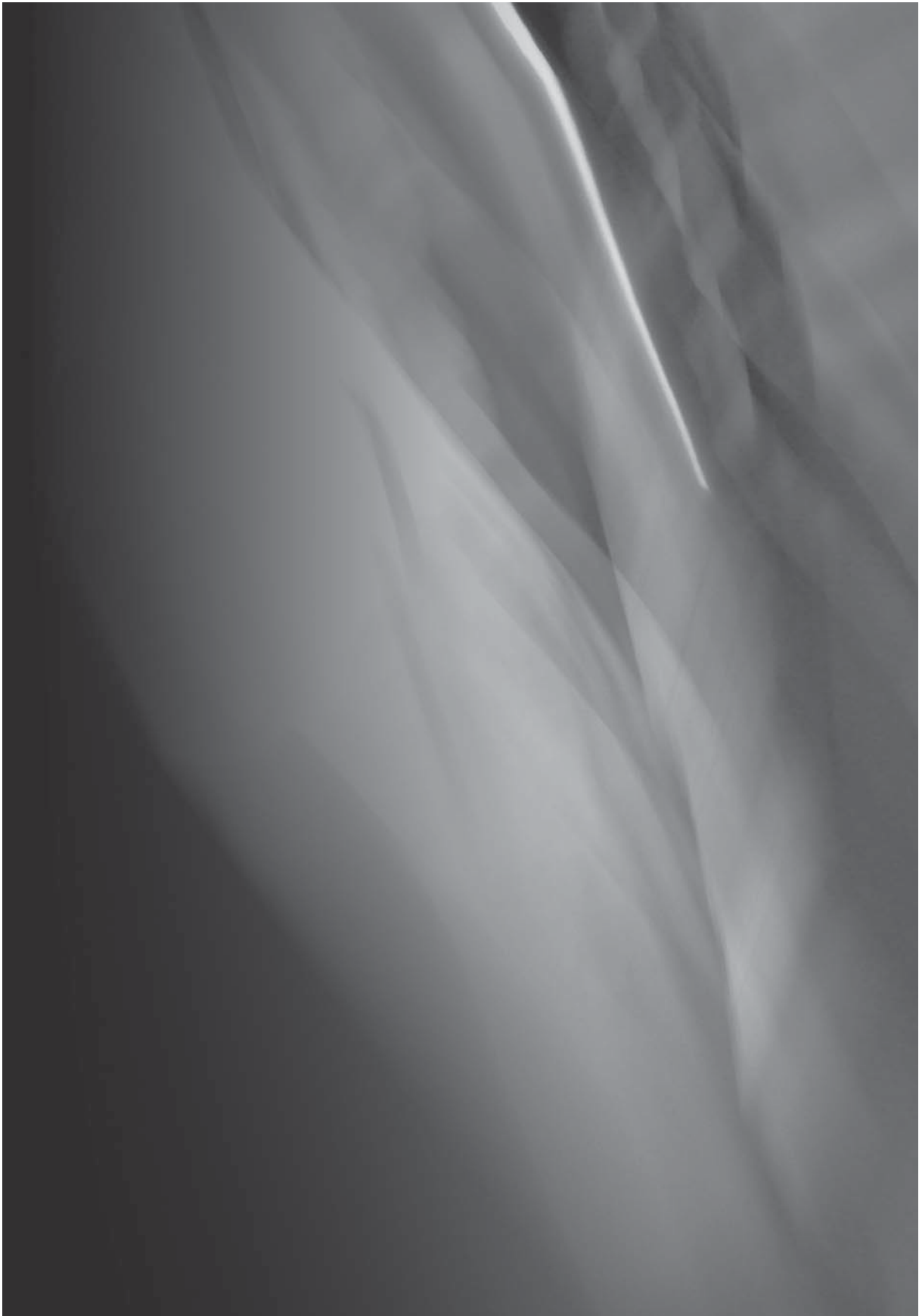
_____. Câmara Municipal de Cuiabá. **Lei Complementar n.º 94**, de 3 de julho de 2003. Consolida as leis municipais de saúde e dá outras providências. Cuiabá, jul., 2003a.

_____. **Reorganização do Modelo Assistencial de Cuiabá**. Informações para subsidiar o planejamento de 2004, jul., 2003b.

_____. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Secretaria de Saúde. **Relatório de Avaliação dos Serviços da Assistência Farmacêutica**. Mato Grosso. Cuiabá, out., 2003c.

_____. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Secretaria de Saúde. **Plano de Trabalho Anual 2004**. abr., 2004.

DELUIZ, Neize. **A Globalização Econômica e os Desafios à Formação Profissional**. **Boletim Técnico do SENAC, 22(2)**, maio/ago., Brasília, 1996.



O ACESSO AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Ricardo A. Barcelos

Célia M. G. Chaves

INTRODUÇÃO

Desde a criação da CEME, o país vem buscando selecionar, programar, adquirir e/ou produzir, distribuir e “dispensar” um elenco de medicamentos essenciais que seja capaz de atender ao quadro nosológico do país.

A Lei nº 8.080/90 e a Lei nº 8.142/90 regulamentam as determinações da Constituição Federal e consagram os princípios de descentralização das ações e serviços de saúde e de municipalização da gestão, definindo papéis e atribuições dos gestores nos três níveis de atuação. O artigo 6º da Lei nº 8.080/90 assegura o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1990, 1990a)

A Assistência Farmacêutica como componente do Sistema Único de Saúde (SUS) tem papel fundamental na efetiva implementação das ações de promoção e melhoria das condições da assistência à saúde da população.

Seguindo a desativação da Central de Medicamentos – CEME em 1997, o Ministério da Saúde, após ampla discussão, aprovou, em outubro de 1998 a Política Nacional de Medicamentos por meio da Portaria GM nº 3.916/98, que passou a ser instrumento de orientação de todas as ações no campo dos medicamentos e Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1998).

Em 1999, foi iniciado o processo de descentralização da Assistência Farmacêutica Básica, período em que a aquisição de medicamentos básicos passou a ser responsabilidade das esferas estadual e municipal, na forma de uma pactuação tripartite, conforme os critérios e requisitos apontados pela Portaria GM N.º 176/99 (BRASIL, 1999).

Nos três níveis de gestão da Assistência Farmacêutica no SUS são identificados problemas de várias dimensões, desde a coordenação das ações, logística, recursos humanos, estrutura dos serviços, financiamento até o planejamento de ações, entre outros. Apesar disso, se houvesse uma ação coordenada dos três gestores do sistema para uma melhor gestão da Assistência Farmacêutica seria possível melhorar o acesso aos medicamentos essenciais no SUS.

Conflitando com o processo de descentralização, alguns programas foram implementados de forma centralizada na esfera federal e conduzidos pelo Ministério da Saúde, como é o caso do programa específico de Assistência Farmacêutica para hipertensos e diabéticos dentro do Programa Nacional de Controle da Hipertensão e Diabetes – HIPERDIA. (BRASIL, 2001a), e da implementação do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica no Programa Saúde da Família (BRASIL, 2001b, 2001c), conhecido como “Kit PSF”. Ambos vêm apresentando dificuldades técnicas e gerenciais no processo de programação, aquisição e controle dos estoques, não há um sistema de informação eficiente

de acompanhamento dos estoques no nível central que permita auxiliar os processos de programação e aquisição pelo Ministério da Saúde. Além das dificuldades citadas, o gestor federal apresenta ainda, dificuldades para a execução da compra centralizada dos medicamentos para os referidos programas.

Somado a esses exemplos citados têm-se ainda, as dificuldades relacionadas à falta de um sistema de informação adequado às necessidades de gestão da Assistência Farmacêutica envolvendo as três esferas de governo e que possibilite o gerenciamento dos recursos nela investidos. Os sistemas de informação, quando existentes, não são integrados para responder às necessidades da Assistência Farmacêutica, portanto não vem atendendo às necessidades dos serviços farmacêuticos das unidades básicas de saúde e ainda são pouco utilizados de forma gerencial pelos municípios.

Outras questões importantes dizem respeito à possibilidade de se ter no país, de forma contínua e oportuna, um elenco de medicamentos essenciais no SUS, e a necessidade urgente de adoção efetiva da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais como referencial imprescindível para apoiar as ações de saúde.

A melhoria da atenção à saúde passa necessariamente pelo desenvolvimento pleno da Assistência Farmacêutica, uma vez que ao ampliar as consultas, os atendimentos ou a cobertura do SUS, dever-se-ia, ao mesmo tempo, promover o acesso e uso racional dos medicamentos pela população, pois os medicamentos são necessários tanto para a promoção, prevenção, bem como para a recuperação da saúde.

Em que pese o esforço de vários anos para a melhoria das ações no campo da Assistência Farmacêutica, o acesso aos medicamentos essenciais no âmbito do SUS ainda é um dos principais problemas para a melhoria da atenção à saúde em nosso país. Paradoxalmente, alguns programas nacionais de acesso aos medicamentos tem tido destaque inclusive internacionalmente, como é o caso do Programa Nacional de Controle de DST/AIDS e o Programa Nacional de Imunização.

O Relatório do Programa de Fiscalização da Controladoria Geral da União, realizado em 2003, destaca que *“a Assistência Farmacêutica pode ser considerada como uma das áreas mais críticas da assistência à saúde. A falta de medicamentos, além de comprometer a imagem dos serviços, não deixa outras alternativas à população e, em muitos casos, a falta de medicamentos em nível ambulatorial acarreta internações desnecessárias e onera cada vez mais o sistema de saúde”* (CGU, 2004).

Na presente reflexão são apresentados os principais fatos, formulações políticas e intervenções do estado no campo da Assistência Farmacêutica com o objetivo de compreender o processo de construção da Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica voltado para o acesso aos medicamentos essenciais no âmbito do SUS.

O estudo apresenta a situação atual da Assistência Farmacêutica no que diz respeito à gestão federal, aponta a necessidade de uma maior reflexão sobre as ações que foram desenvolvidas nos últimos anos e identifica os pontos que deveriam ser

mais bem avaliados visando à correção de rumos da política atual, considerando o aprofundamento dos conhecimentos nos últimos anos e os novos cenários políticos e econômicos.

Os objetivos foram refletir sobre os principais fatos, formulações políticas e intervenções da gestão federal no campo do acesso aos medicamentos no SUS, no período compreendido entre 1998 e 2004. E mais especificamente, discutir o processo de disponibilização de medicamentos essenciais no âmbito do SUS a partir da desativação da CEME (elencos de medicamentos, estrutura dos serviços, sistema de informação, recursos humanos, política) e refletir sobre as ações desenvolvidas no âmbito federal para a promoção do acesso aos medicamentos essenciais no SUS identificando as fortalezas e fragilidades da política pública nesse campo.

ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O sistema de saúde do Brasil é um dos mais modernos e democráticos do mundo, pois está em constante processo de construção e vem permitindo rearranjos ao longo dos anos, a fim de garantir os seus princípios, tais como a universalidade, integralidade e equidade.

PAIM (2004) ressalta que *“a política de saúde na década de noventa foi marcada pela construção do SUS; descentralização das ações, serviços e da gestão, melhorias na gerência e na capacidade de regulação; redução das desigualdades na distribuição dos tetos financeiros da assistência à saúde entre as regiões; ampliação do acesso à assistência; e aumento da cobertura de imunizações das crianças”*. Destaca também que nesse período houve a produção de fatos político-institucionais com consequências importantes para a questão da atenção à saúde:

- Expansão do PSF para uma cobertura de aproximadamente 50 milhões de brasileiros.
- Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
- Aprovação da Lei dos Medicamentos Genéricos (Lei nº 9.787/99)
- Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

Conforme destaca PAIM (2004), as diretrizes e metas do Ministério da Saúde, em 2003, apresentam pontos relevantes que devem ser fortalecidos como a melhoria do acesso e da qualidade, bem como a necessidade de desenvolvimento da humanização da atenção à saúde, *“apesar da falta de indicações de como enfrentar a segmentação do sistema de saúde brasileiro no sentido de melhorar o acesso, a equidade e a qualidade da atenção à saúde”*.

A descentralização dos serviços de saúde é um dos princípios fundamentais para a organização e gestão do SUS e a Assistência Farmacêutica (AF) talvez seja um dos grandes desafios enfrentados pelos gestores do sistema.

De acordo com NORONHA e colaboradores (2004), o processo de descentralização em saúde predominante no Brasil *“é do tipo político-administrativo, envolvendo não apenas a*

transferência de serviços, mas também a transferência de poder, responsabilidades e recursos, antes concentrados no nível federal, para estados e, principalmente, para os municípios”.

No entanto, MENDES (2001) apresenta como principais debilidades da descentralização o enfraquecimento das estruturas locais, dificuldade de coordenação, incremento dos custos de transação, aumento das desigualdades, ineficiência por perda de escala e de escopo, fragmentação de serviços, escassez de recursos gerenciais, entre outros.

A proposta de distribuição pura e simples dos recursos do PAB per capita alterou a lógica de distribuição territorial ainda vigente de financiamento de internação hospitalar e assistência ambulatorial, com base na capacidade de oferta já instalada. A mudança do critério distributivo para um critério populacional coloca recursos do SUS em municípios sem oferta ou rede estruturada (COSTA et al, 1999).

BROSE (2002) destaca que a debilidade do governo local no pequeno município se manifesta na mais grave e visível deficiência das políticas públicas municipais: a falta de continuidade. Presenciamos a cada quatro anos uma política de terra arrasada, com a troca de prioridades, de instrumentos de gestão, de investimentos. Parece que a cada quatro anos muitos governos locais recomeçam do zero, procurando imprimir sua própria marca ao município e buscando deliberadamente desfazer o que foi feito no governo anterior. Fato esse também observado na mudança de governos estaduais e federal, o que reflete negativamente na implementação das ações de médio e longo prazo, que poderiam modificar o cenário das políticas públicas voltadas à melhoria do acesso aos medicamentos no país. Para o estado, o ideal seria o desenvolvimento de avaliações dos processos em andamento para a proposição de novos rumos ou ajustes nas políticas públicas e não a tentativa de apresentar uma marca própria de cada gestão desconsiderando os avanços alcançados na gestão anterior. Nesse caso, é fundamental a participação do controle social.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS – SUS 01/2001 regulamentou as diretrizes gerais para a organização regionalizada da assistência à saúde no Brasil com o objetivo de promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e aos serviços de saúde em todos os níveis de atenção.

Os aspectos relacionados à NOAS e conseqüentemente à descentralização no SUS refletem substancialmente no processo de implementação da Política de Medicamentos e na organização da Assistência Farmacêutica. A organização e gestão do SUS envolvem essencialmente a estruturação de diversos campos de atuação na saúde. A Assistência Farmacêutica faz parte desse complexo, em que existem grandes conflitos entre os gestores sobre o processo de descentralização, o que em muitos casos refletem negativamente na gestão dos serviços farmacêuticos e, como resultado, no acesso aos medicamentos no SUS. Cabe ressaltar que a Assistência Farmacêutica no SUS dentro da sua complexidade, muitas vezes, não entra na pauta de discussão da descentralização apresentada pela NOAS em suas duas versões. Esse é um fato preocupante para a formulação e o enfrentamento dos problemas de ampliação do acesso aos medicamentos.

O apoio às ações de saúde pelo desenvolvimento da Assistência Farmacêutica, talvez

seja um dos grandes desafios para o SUS, em seu processo de descentralização, principalmente na busca de um modelo ou estrutura que possa oferecer maior resolutividade e efetividade nesse campo. A regionalização e os diversos níveis de atenção à saúde, desenvolvidos em cada região, podem gerar grandes conflitos no campo da gestão da Assistência Farmacêutica, caso esse tema não seja incluído na pauta de discussão da NOAS e enfrentado com maior profundidade.

Outro ponto a ser considerado no processo de gestão do SUS é a capacidade de avaliação e introdução de novas tecnologias em saúde. As intervenções em saúde, como é o caso do uso de medicamentos, exigem dos gestores do sistema o desenvolvimento de estratégias para a escolha da melhor tecnologia, sendo que em muitos casos não estão preparados para tal decisão.

De acordo com MOSSIALOS (1997), o aumento dos custos pode ser derivado da introdução de tecnologias e medicamentos novos, mesmo sem alcançar uma melhora no resultado final do tratamento. Tecnologias ou medicamentos novos e eficazes podem substituir facilmente uma tecnologia mais antiga e mais barata, apesar de que, em muitos casos, a utilização destes é tão satisfatória quanto o uso da nova tecnologia. Determinar se uma nova tecnologia ou medicamento é eficiente não é nada fácil, são necessários tempo e recursos para tal avaliação.

Os custos crescentes não decorrem apenas da incorporação acelerada de novas tecnologias como também se justifica no imperativo ético de estender a cobertura a segmentos ainda desassistidos e reduzir as desigualdades de acesso.

MOSSIALOS (1997) destaca ainda que, desde os anos de 1970, o aumento contínuo no custo da assistência sanitária tem sido motivo de grande preocupação por parte dos governos. Nesse caso, as razões desse crescimento estão no envelhecimento populacional e nos cuidados necessários ao tratamento das doenças crônicas.

Outro fator está na imperfeição e, não raro, na perversidade do mercado. Imperfeição porque no mercado da saúde não prevalece a soberania do consumidor — o paciente não escolhe o momento de demandar o sistema, dada a imprevisibilidade da doença (BARROS et al, 1996). O autor também destaca que o paciente, “*desconhecendo as medidas (tratamento) que deve tomar, confia a um especialista — o profissional de saúde — a prerrogativa de decidir em seu lugar sobre o que consumir. Perversidade porque o mercado tende a excluir justo aqueles que mais necessitam dos serviços de saúde — os mais pobres e os mais velhos*”.

FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, PRODUÇÃO SOCIAL E PLANEJAMENTO

O que muitas vezes se noticia é que a falta de acesso aos medicamentos ocorre por problemas de planejamento ou pela ausência de uma política pública estruturada.

MATUS (1997) afirma que o planejamento é sempre possível, mas nem todos os tipos de planejamento são aplicáveis a todas as situações e a todos os problemas. Devemos

pensar no planejamento em sistemas complexos e de final aberto a inúmeras possibilidades, em que a criação dos seres humanos em conflito cria o futuro e qualquer realidade pode ser explicada a partir de muitos diferentes pontos de vista. Temos de desenvolver uma teoria para abordar o planejamento em sistemas eivados de problemas mal-estruturados, ambíguos, maldefinidos e com fronteiras difusas.

No campo dos medicamentos, as regras do jogo parecem definidas, porém a produção social nessa área deve evoluir tendo em vista as acumulações e desacumulações que poderão mudar as regras básicas e conseqüentemente possibilitar por meio dos equilíbrios e desequilíbrios do sistema superar as dificuldades até então enfrentadas pelos gestores para a melhoria do acesso aos medicamentos.

A Política Nacional de Medicamentos publicada em 1998 define o seu propósito e suas diretrizes fundamentais, bem como as responsabilidades de cada gestor do SUS, explicitando algumas regras básicas do jogo.

No campo do acesso aos medicamentos essenciais o que se observa, por exemplo, é que ainda persiste o desenvolvimento de práticas já ultrapassadas ou que não deveriam ser fortalecidas, em detrimento do processo de descentralização da Assistência Farmacêutica ou mesmo da correção dos rumos relacionados ao processo de implementação das diretrizes da Política Nacional de Medicamentos. Cabe destacar que o Ministério da Saúde ainda, vem utilizando compras centralizadas para o fornecimento de medicamentos por meio de kits para o Programa Saúde da Família e para o Programa Nacional de Controle da Hipertensão e Diabetes – Hiperdia. De uma forma ou de outra, esse tipo de prática não estimula o processo de desenvolvimento e estruturação da Assistência Farmacêutica no SUS.

Espera-se, portanto, logicamente com uma atuação mais efetiva e eficiente dos diversos atores sociais envolvidos com a questão dos medicamentos, uma evolução das políticas públicas no campo dos medicamentos e que os conflitos no processo de produção social, nessa área, promovam realmente mudanças significativas na ampliação do acesso aos medicamentos essenciais no SUS.

ACESSO AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS - ASPECTOS CONCEITUAIS

O relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, realizada em Alma-Ata, URSS, de 6 a 12 de setembro de 1978, apresenta uma série de aspectos que são fundamentais e atuais para a discussão da questão do acesso aos medicamentos essenciais no âmbito do SUS. O documento enfatiza que o objetivo da atenção primária ou básica à saúde é promover os cuidados essenciais de saúde à população.

O relatório destaca a necessidade de introdução de novos elementos para o enfrentamento dos problemas relacionados à atenção à saúde, além daqueles envolvidos com a questão da cobertura populacional e que são normalmente expressos em termos numéricos, por exemplo, a relação entre a provisão dos serviços de saúde e a população a ser atendida, quantidade de leitos hospitalares em relação às necessidades de uma

determinada população, quantidade de médicos em relação à população a ser atendida, dentre outros. De acordo com o documento, abordagens dessa forma podem induzir a erros (WHO & UNICEF, 1978).

Na busca de uma forma mais efetiva de enfrentamento dos problemas da atenção à saúde, o relatório aponta a necessidade de introduzir novos elementos relacionados especificamente à provisão do cuidado de saúde para aqueles que dele necessitam. Nesse sentido, somente a existência ou disponibilidade dos serviços não mostra a extensão em que eles são usados ou se são adequadamente utilizados. Destaca também que, os serviços devem ser **acessíveis**, apresentando o conceito de **acessibilidade** que implica organização e manutenção dos serviços de atenção à saúde e que para isso, depende efetivamente de componentes geográficos, culturais, funcionais e econômicos.

A partir de então, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem adotando o conceito de acessibilidade considerando os componentes já citados. Dessa forma, tem-se a **acessibilidade geográfica** como um tipo de variável relacionada com a localização dos serviços de saúde: distância, tempo necessário para atingir o serviço e os meios de transporte disponíveis para a população, dentre outros fatores. A **acessibilidade cultural** como uma variável que indica a adequação das normas técnicas do serviço aos hábitos e costumes da população usuária. A **acessibilidade funcional** como uma variável relacionada à disponibilidade contínua do tipo certo de cuidado pela oferta de serviços oportunos e compatíveis com as necessidades da população. A **acessibilidade econômica** como uma variável relacionada ao custo dos serviços, estabelecendo que quaisquer que sejam as formas de pagamento adotadas, o custo financeiro dos serviços deve estar ao alcance dos usuários e do sistema adotado no país (WHO & UNICEF, 1978).

GUERRA JR. (2002), a partir das definições da OMS, destaca que, “quando se discute o acesso a medicamentos a acessibilidade geográfica, a disponibilidade e a acessibilidade econômica são do ponto de vista do indivíduo, as três dimensões que apresentam particular importância. Em outras palavras, ter acesso aos medicamentos significa, sobretudo, que os produtos possam ser obtidos dentro de uma distância razoável (geograficamente acessível), que estejam prontamente disponíveis (disponibilidade contínua) nos serviços de saúde e que sejam economicamente acessíveis (capacidade de pagamento)”.

Já a publicação HEALTH SERVICES RESEARCH (2002) relembra também o artigo de Penchansky e Thomas publicado em 1981, “The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction”, que definiu e avaliou a essência do acesso por meio de dimensões específicas que visavam caracterizar o relacionamento entre os clientes e provedores da atenção à saúde. Há quase 25 anos, destacaram que o termo acesso é um dos temas principais e mais frequentemente presentes nas discussões do sistema de atenção à saúde, sendo tal preocupação válida até hoje. Essas características foram abordadas em cinco dimensões:

- *Affordability* ou capacidade de pagamento: relação estabelecida entre o custo dos serviços e capacidade de pagamento do usuário ou cliente.

- Disponibilidade: relação estabelecida entre o tipo de serviços e volume de recursos existentes em função das necessidades e do volume de usuários.
- Acessibilidade: relação estabelecida entre a localização do serviço e a localização dos usuários, levando em conta os recursos dos usuários de transporte, tempo de viagem, distância e custo.
- Acomodação: relação estabelecida entre a maneira na qual os serviços são organizados para aceitar usuários, em termos de sistemas de marcação de consultas, horário de funcionamento, instalações apropriadas e do relacionamento paciente/provedor existente, em função da capacidade e percepção dos usuários em aceitar como apropriados o conjunto desses fatores.
- Aceitabilidade: relação estabelecida pelas atitudes dos usuários frente às práticas que caracterizam um serviço, tendo como referência outros serviços existentes aceitáveis para esses usuários.

O presente trabalho limita-se à discussão do acesso aos medicamentos essenciais no âmbito do SUS na dimensão da **acessibilidade funcional**, apesar de se discutir e apresentar a importância e necessidade de integração das políticas públicas relacionadas à questão dos medicamentos. O estudo considera outros elementos fundamentais e interdependentes, por exemplo, a necessidade da implementação da política industrial com foco na questão dos fármacos e medicamentos vinculados à Política de Medicamentos, ao cenário da descentralização do SUS, da regulação do mercado de medicamentos, da organização dos serviços farmacêuticos. Reconhece também a interdependência entre as diferentes dimensões do acesso (econômica, geográfica, cultural) que são fundamentais para a análise e formulação das políticas públicas no campo dos medicamentos e para a melhoria do acesso aos medicamentos essenciais no país.

O acesso aos medicamentos essenciais faz parte do direito humano à saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde – OMS, o acesso aos medicamentos essenciais depende: (1) da seleção e do uso racional de medicamentos (2) do financiamento adequado e sustentado (3) dos preços adequados e (4) do sistema de suprimento (WHO, 2004).

A CPI de medicamentos de 2000 enfatizou a importância e a imprescindibilidade de uma política de Assistência Farmacêutica no interior do Sistema Único de Saúde, “*para que essa enorme fatia da população que não tem acesso, ou tem acesso insuficiente, aos medicamentos, possam tê-los nos momentos em que deles necessitam*” (BRASIL, 2000a).

Segundo consta no trabalho do Ministério da Saúde, em 2003, o Ministro da Saúde manifestou algumas tendências para a política de saúde relativa a medicamentos. Assim, pretende-se ampliar o acesso da população aos medicamentos, tendo sido criada a Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, que se tornou responsável pela formulação das políticas nacionais de Assistência Farmacêutica (CAPANEMA & PALMEIRA FILHO, 2004). *Com a reestruturação administrativa no Ministério da Saúde pelo Decreto n.º 4.726/03, a área de medicamentos teve uma grande oportunidade para se reestruturar e se*

modernizar após o período de desativação da CEME, uma vez que o tema medicamentos vinha sendo tratado em secretarias distintas dentro do Ministério da Saúde por meio de uma gestão descoordenada das ações tanto internamente como também com os estados e municípios. Cabe destacar que apesar da criação da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos e do Departamento de Assistência Farmacêutica, e este com a função de coordenar e integrar as ações nesse campo, os objetivos propostos não foram alcançados, pois não se tem, até o momento, nenhum trabalho que aponte para a melhoria do quadro de acesso aos medicamentos essenciais no âmbito do SUS.

Algumas das medidas já programadas são o aumento da isenção de impostos para determinados medicamentos e o estímulo aos laboratórios oficiais, que deverão ser utilizados como instrumento de controle de preços dos medicamentos, além de contribuírem para a ampliação do acesso da população carente aos medicamentos (CAPANEMA & PALMEIRA FILHO, 2004).

A partir de junho de 2005 mais de mil apresentações de medicamentos tiveram isenção das contribuições PIS e Confins. A medida estabelecida pelo governo federal permitiu a redução em média de 11% nos preços praticados nas farmácias. Na lista de produtos isentos, estão 60 classes e indicações terapêuticas, dentre elas antidepressivos, antineoplásicos, anti-inflamatórios e medicamentos de uso contínuo, como anti-hipertensivos e anticoncepcionais. Estão inclusos medicamentos para o tratamento da osteoporose, hepatites B e C e reumatismo. A relação de isenções reúne apresentações comerciais de medicamentos formulados a partir de 253 substâncias ativas. Para ter direito a esse crédito, as indústrias encaminham à Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) pedido de isenção das taxas. A Câmara analisará a documentação da empresa e comprovará se o produto apresentado foi fabricado a partir de substância ativa que consta da lista de isenção (BRASIL, 2005).

Outra medida importante é o projeto de lei que prevê subsídios para a compra de medicamentos para hipertensão e diabetes na rede privada. Pelo projeto, a subvenção será paga ao setor varejista, para as farmácias que forem credenciadas pelo governo. O projeto deverá beneficiar 11,5 milhões de pessoas portadoras das doenças que não utilizam o Sistema Único de Saúde, ou seja, os usuários de planos de saúde. A subvenção permitirá a compra dos medicamentos com descontos que vão variar de 50 a 90% (BRASIL, 2005).

Para estimular os Laboratórios Oficiais, considerando o Plano Diretor da Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil – ALFOB seria necessário o desenvolvimento de uma série de ações coordenadas que pudessem contemplar “a regulação e fiscalização dos fabricantes e fornecedores de matérias-primas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, a substituição e aquisição de máquinas e equipamentos, a ampliação e adequação de área física, a capacitação e o treinamento de recursos humanos, o investimento em pesquisa e desenvolvimento tecnológico, a implementação de uma gestão unificada focada em melhoria de processos organizacionais e finalmente de recursos financeiros para sustentar as necessidades apontadas anteriormente” (ALFOB, 2004).

Outra estratégia utilizada para elevar o acesso da população aos medicamentos foi a definição de uma política de preços de medicamentos, cujos valores ficaram congelados até março de 2004 por meio da Medida Provisória 123, de 26 de junho de 2003, a qual estabelece o reajuste anual de preços para os medicamentos e cria a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED) – composta por representantes dos Ministérios da Saúde, da Justiça e da Fazenda, além da Casa Civil, e que tem entre suas principais atribuições a regulação do mercado e o estabelecimento de critérios para a definição e ajuste de preços (CAPANEMA & PALMEIRA FILHO, 2004).

Cabe ressaltar que antes da CMED ocorreu a criação da Câmara de Medicamentos – CAMED, por meio da Lei n.º 10.213/01, com a finalidade de promover a Assistência Farmacêutica à população por meio de mecanismos que estimulassem a oferta de medicamentos, a competitividade do setor e a estabilidade de preços. Nesse período, foram estabelecidas normas de regulação do setor de medicamentos e instituída a Fórmula Paramétrica de Reajuste de Preços de Medicamentos – FPR. Em 2003, a Lei n.º 10.742/03 revoga a Lei n.º 10.213/01 e a Medida Provisória n.º 2.230/01 e cria a CMED que absorve as competências e atribuições da CAMED. Com essa nova lei, o Governo Federal procurou conjugar elementos de defesa do consumidor e defesa da concorrência e corrigir aspectos mais criticados da Lei n.º 10.213/01, como a natureza, a composição e a aplicação da fórmula paramétrica de reajustes de preços de medicamentos e a imposição de entrega de relatórios de comercialização com informações confidenciais das empresas.

A nova Câmara tem atribuições mais abrangentes para deliberar sobre preços e para elaborar diretrizes de regulação do setor, podendo responsabilizar todos os atores do setor farmacêutico: a indústria, o atacado e o varejo. Na vigência da antiga Câmara, o trabalho desenvolvido limitava-se à análise e aprovação dos preços dos medicamentos que eram lançados no mercado, a fixar os limites para os reajustes de preços e a instaurar processos administrativos contra laboratórios em casos de desobediência à legislação. A Medida Provisória (MP) n.º 123 permitiu ainda o avanço em diversos outros pontos, tais como a possibilidade de fixar as margens de comercialização para toda a cadeia produtiva, competências para sugerir a celebração de acordos e convênios internacionais relativos ao setor de medicamentos, solicitar informações sobre produção, insumos, matérias-primas, vendas e para auxiliar no monitoramento do mercado farmacêutico. À nova CMED cabe também opinar sobre regulamentações que envolvam tributação de medicamentos e sugerir a adoção, pelos órgãos competentes, de diretrizes e procedimentos voltados à política de acesso da população a medicamentos, atuando como órgão de apoio às políticas planejadas e àquelas a serem implementadas pelo Executivo (ANVISA, 2004).

CAPANEMA & PALMEIRA FILHO (2004) destaca ainda que “o fortalecimento, o aperfeiçoamento e a dinamização das compras governamentais são excelentes estratégias de regulação de preços, fundamentais para a ampliação do acesso da população aos medicamentos essenciais”. Portanto, criar políticas e condições para que todos os pacientes tenham acesso aos medicamentos de que precisam é tarefa do estado, no caso, por

meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que é coordenado pelo Ministério da Saúde, no nível federal, mas também, pelas secretarias estaduais e municipais de saúde em suas respectivas jurisdições.

A CPI dos medicamentos estimou que no ano 2000, setenta milhões de brasileiros não dispunham dos meios para fazer uso dos medicamentos essenciais à sua saúde. (BRASIL, 2000a).

Segundo RÊGO (2000), nos países em desenvolvimento, particularmente na América Latina, grandes são as diferenças entre os níveis de consumo por parte dos diferentes estratos da população, com as camadas de maior poder aquisitivo apresentando padrões de consumo similares aos dos países mais ricos e as camadas mais pobres com dificuldade de acesso aos medicamentos básicos. De modo geral, tal fato se deve *“a uma combinação perversa: má distribuição da renda e precariedade (ou ausência) da Assistência Farmacêutica por parte dos sistemas públicos de saúde”*.

RÊGO (2000) afirma que os Estados Unidos foram os pioneiros na regulação dos mercados farmacêuticos no que diz respeito à segurança e à eficácia dos produtos e à proteção dos direitos de patente dos inovadores, mas *“coube aos países europeus o desenvolvimento de um marco regulatório voltado para a garantia de acesso da população aos medicamentos”*.

RÊGO (2000) destacou também que somente *“uma pequena parcela da população brasileira tem acesso a tratamentos e medicamentos de última geração, enquanto um grande contingente de pessoas ainda carece de medicamentos essenciais e que as políticas de regulação são cruciais para a garantia do acesso da população a medicamentos de qualidade a preços razoáveis”*.

Os medicamentos essenciais

Apesar dos entendimentos distintos sobre o conceito de medicamentos essenciais, o Brasil vem insistindo na sua adoção ao longo dos anos.

Para a Organização Mundial da Saúde e também para o Ministério da Saúde, os medicamentos essenciais são aqueles que atendem às necessidades prioritárias de saúde de uma população. Devem ser selecionados adequadamente levando em consideração sua importância para a saúde pública, a sua eficácia, segurança, e o seu custo para o sistema de saúde. Os medicamentos essenciais devem estar disponíveis no sistema de saúde de forma ininterrupta, em quantidades suficientes e em formas farmacêuticas apropriadas às necessidades de saúde, sendo fundamental a garantia da qualidade, o fornecimento de informação apropriada e o preço justo (WHO, 2002).

De acordo com a OMS, depois da imunização na infância, a utilização apropriada dos medicamentos essenciais é um dos componentes mais custo-eficazes da atenção sanitária moderna, por isso a relação de medicamentos essenciais deve ser considerada como um dos princípios fundamentais de qualquer política de medicamentos para o estabelecimento de prioridades no âmbito farmacêutico (WHO, 2002).

Uma seleção criteriosa de medicamentos essenciais permite uma melhor qualidade na atenção, no gerenciamento dos medicamentos e uma melhor gestão dos recursos sanitários investidos (WHO, 2002).

Segundo a OMS, apesar do impacto dos medicamentos essenciais na atenção à saúde e dos gastos significativos, ainda persistem os problemas para atenção à saúde da população relacionados ao acesso, aos medicamentos essenciais, ao uso irracional dos medicamentos e à qualidade dos medicamentos (WHO, 2002).

A OMS destaca também que a maioria das políticas públicas adotadas não é adequada às necessidades de saúde no âmbito dos medicamentos. A prescrição dos medicamentos é inapropriada às necessidades de tratamento. Somente 50% dos pacientes utilizam corretamente os medicamentos. A resistência aos antimicrobianos vem se desenvolvendo para a maioria das doenças infecciosas, incluindo diarreias, gonorréia, malária, pneumonia e tuberculose. A qualidade e segurança dos medicamentos são também outros pontos considerados como problemas de saúde pública que devem ser enfrentados (WHO, 2002).

Na perspectiva da OMS, a utilização dos medicamentos essenciais é um dos elementos mais custo-efetivos, pois podem impactar positivamente na melhoria da atenção à saúde das populações. Estima-se que mais de 40 milhões de mortes por ano podem ocorrer em países em desenvolvimento, sendo que um terço delas entre crianças menores de cinco anos. Dez milhões, devido a infecções respiratórias agudas, diarreias, tuberculose e malária, condições para as quais medicamentos seguros, baratos, essenciais podem salvar vidas. Preparações simples à base de ferro podem reduzir a mortalidade materna e infantil por anemia na gravidez; o tratamento de doenças sexualmente transmissíveis pode reduzir a transmissão do vírus da AIDS, e o tratamento da hipertensão pode controlar os ataques cardíacos (WHO, 2004).

Uma política de medicamentos essenciais deve aprofundar o processo de avaliação dos medicamentos disponíveis, identificando aqueles que demonstrem com evidência técnica suficiente (critérios básicos: eficiência, segurança e custo-benefício) que oferecem vantagens sobre outros similares, de forma tal que a sociedade possa no campo dos medicamentos utilizar de forma adequada os recursos (ARANGO, 1997).

A relação nacional de medicamentos essenciais – Rename

MÉDICI e colaboradores (1992) destacaram que a Rename, como um instrumento estratégico para a política de medicamentos, existe no Brasil desde 1974, antes mesmo que a OMS estabelecesse uma lista de medicamentos essenciais, o que veio a ocorrer em 1977. Nesse período, foi formulado o Plano Diretor da Central de Medicamentos, com o objetivo de orientar a política do governo para a Assistência Farmacêutica. A Rename deveria servir para indicar o arsenal terapêutico adequado e suficiente para o tratamento e prevenção das doenças prevalentes na população brasileira.

Apesar da importância da Rename como instrumento da política de medicamentos, MÉDICI e colaboradores (1992) salientaram que a Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil – Alfob já havia apontado em 1990 dificuldades para a adoção

da Rename, “o que se verifica na prática é a existência de uma Rename desmoralizada junto à classe médica e a outros profissionais de saúde, em função principalmente da pouca divulgação, da ausência física dos medicamentos nas unidades de saúde e também em função do atraso na revisão da listagem em questão”.

A Rename constituiu uma lista de medicamentos de fornecimento prioritário para as unidades de saúde. Entretanto, a sua implementação foi deficiente durante todo esse período. Da mesma forma, a sua atualização não tem sido frequente, enquanto a lista modelo da OMS é revisada praticamente a cada dois anos. Não obstante, é necessário ressaltar a importância da Rename como um instrumento estruturante para o uso racional de medicamentos e a organização da Assistência Farmacêutica.

A Política Nacional de Medicamentos destacou a desarticulação da Assistência Farmacêutica no âmbito dos serviços de saúde e a falta de prioridades na adoção, pelo profissional médico, de produtos padronizados, constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) como prioridades para o desenvolvimento da política de medicamentos (BRASIL, 1998).

A Rename deve servir de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva (BRASIL, 1998).

A elaboração e utilização da relação de medicamentos essenciais têm grandes implicações no abastecimento de medicamentos, na produção local de medicamentos, no treinamento, na prescrição e nas avaliações, assim como influencia a política industrial nesse campo. De acordo com o *Managing Drug Supply*, publicado pelo *Management Sciences for Health – MSH*, muitas relações de medicamentos, protocolos e formulários terapêuticos tem sido elaborados, editados e acabam esquecidos.

Muitas são as razões dessas falhas. Provavelmente, a principal razão é o não envolvimento amplo dos técnicos e gestores do sistema de saúde. Muitas vezes, as listas são elaboradas por um grupo restrito de técnicos, departamentos e instituições que atuam de forma isolada, não ocorre a atualização permanente e regular, o que diminui a credibilidade do trabalho e ainda levam ao fracasso. Tais fragilidades oferecem oportunidade para a pressão de grupos em derrotar o esforço demandado na elaboração de uma relação de medicamentos essenciais. Também é fundamental a transparência do processo de elaboração, atualização e divulgação ampla da relação. A utilização de uma relação nacional de medicamentos essenciais é uma diretriz essencial para qualquer Política Nacional de Medicamentos (MSH, 1997). Aqui cabe questionar se o Brasil vem realmente adotando o conceito de essencialidade, apresentado em sua Política de Medicamentos, apesar de ser uma de suas diretrizes, não são identificadas ações efetivas de sua utilização como referencial para a melhoria do acesso e do uso racional dos medicamentos essenciais no âmbito do SUS, pois até o momento não se tem um formulário terapêutico disponível

e o processo de revisão permanente da Rename parece interrompido.

A política industrial e o acesso aos medicamentos

Considerando as dificuldades que o Brasil enfrenta no campo da Assistência Farmacêutica, uma grande perspectiva de evolução da política de acesso aos medicamentos surgiu com a nova Política Industrial Brasileira, que contempla o eixo fármacos e medicamentos como uma de suas prioridades.

O aumento da eficiência econômica, a promoção do desenvolvimento e a difusão de tecnologias com maior potencial de indução do nível de atividade e de competição no comércio internacional são os principais objetivos da Política Industrial, Tecnológica e de Comércio Exterior publicada em 2004. Essa Política tem como foco o aumento da eficiência da estrutura produtiva, o aumento da capacidade de inovação das empresas brasileiras e a expansão das exportações, estimulando os setores nos quais o Brasil tem capacidade ou os julgados estratégicos para o desenvolvimento de vantagens competitivas, especialmente aqueles considerados mais dinâmicos (CAPANEMA & PALMEIRA FILHO, 2004).

De acordo com CAPANEMA & PALMEIRA FILHO (2004), a política para estimular a produção de farmoquímicos e medicamentos deve ser estreitamente coordenada com a política de saúde e com as políticas de regulação sob pena de serem invalidados os esforços para o desenvolvimento da indústria farmacêutica doméstica.

Para CAPANEMA & PALMEIRA FILHO (2004), as propostas para o setor de produção de farmoquímicos e medicamentos baseiam-se no apoio às atividades de Pesquisa e Desenvolvimento realizadas no país, na internalização de atividades de P&D, no estímulo à produção doméstica, em particular o que consta da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RANANE) (BRASIL, 2002b), no fortalecimento do programa de genéricos, na exploração da biodiversidade e no estímulo aos laboratórios públicos.

Em termos de diagnóstico sucinto da situação da produção farmacêutica nacional, CAPANEMA & PALMEIRA FILHO (2004) resumem algumas das fragilidades da indústria farmacêutica nacional:

- Alto grau de dependência da importação de fármacos e, mais recentemente, de medicamentos.
- Desverticalização da cadeia farmacêutica.
- Predomínio da produção de medicamentos de baixo valor, em geral antigos no mercado e de baixo conteúdo inovador.

No entanto, CAPANEMA & PALMEIRA FILHO (2004) identificam oportunidades e necessidades para o setor, que serviriam para nortear um programa do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) específico para apoiar o setor. São elas:

- Modernização e expansão dos laboratórios públicos.
- Fabricação de genéricos.

- Produção de farmoquímicos.
- Atividades de P&D para o desenvolvimento de novos produtos.
- Atividades de P&D para o desenvolvimento de medicamentos dedicados a doenças negligenciadas.
- P&D e produção de fitoterápicos.
- Apoio às empresas de biotecnologia produtoras de farmoquímicos.
- Adequação das instalações, processos e produtos às normas da Anvisa.
- Apoio a fusões e aquisições de empresas.

Assim, a fim de garantir a inserção do BNDES no esforço de implementação de uma política industrial ativa, faz-se necessária a elaboração de um conjunto de condições de financiamento que atendam às especificidades das atividades listadas, consolidadas em um futuro programa setorial de apoio aos investimentos e à modernização da cadeia farmacêutica.

Fármacos e medicamentos no complexo industrial da saúde

O desenvolvimento do complexo industrial dos fármacos e medicamentos é imprescindível para fortalecer e assegurar o suprimento de medicamentos necessários aos programas governamentais da política de saúde brasileira.

Segundo GADELHA (2004), *“a articulação da política de saúde com a política tecnológica poderia favorecer o desenvolvimento competitivo no campo das drogas para doenças negligenciadas, hemoderivados, produtos da Rename, genéricos, biofármacos e antibióticos sendo esses exemplos de uma base a partir da qual se poderia pensar em estratégias seletivas e de focalização dos esforços tecnológicos”*.

O autor reforça ainda que a forte e crescente dependência de importações no complexo da saúde poderá levar a *“uma situação de vulnerabilidade da política social, por exemplo, o acesso aos medicamentos no SUS, que pode ser extremamente danosa para o bem-estar da população. Os programas sociais de Assistência Farmacêutica, de vacinação, de assistência médica, de testes para diagnóstico das transfusões sanguíneas, entre outros, não podem ficar com uma dependência tão expressiva de divisas, sujeitas a oscilações do mercado financeiro internacional”*.

“Os incentivos concedidos pelo Estado – ainda claramente insuficientes – devem ser condicionados a resultados e focalizados no desenvolvimento do potencial empresarial de inovação em nichos específicos com alto conteúdo estratégico – produção de genéricos, de fármacos e medicamentos da Rename, de vacinas dos programas nacionais de imunização, fitoterápicos, hemoderivados, certos grupos de equipamentos e materiais, biofármacos, drogas negligenciadas e reagentes para diagnóstico, por exemplo – conformando uma estratégia de ganhos efetivos de competitividade a longo prazo” (GADELHA, 2004).

Outro aspecto ressaltado pelo autor é a necessidade de “*se buscar um novo padrão de intervenção e uma aproximação entre o universo da ciência, da tecnologia e da inovação do universo da política social e que para tanto, é necessário pensar o complexo industrial da saúde de forma integrada, articulando a prestação de serviços de saúde à população e a competitividade das indústrias fornecedoras de produtos e de inovações*”. Destaca ainda o autor a importância da vinculação da política industrial e tecnológica com a política social em saúde como “*uma oportunidade para o desenvolvimento do País em paradigmas de elevado dinamismo, favorecendo tanto a redução da vulnerabilidade externa quanto da vulnerabilidade da política social, uma vez que esta se mostra fortemente dependente das condições de oferta dos produtos das indústrias da saúde*”.

A produção oficial de medicamentos

No Brasil, desde 1945 (Decreto-Lei 7.903/45), a legislação não reconhecia patentes de produtos químico-farmacêuticos. Em 1969, foi também suspenso o reconhecimento de patentes de processos (Decreto-Lei 1.005/69), situação que prevaleceu até 1996, quando, sob a imensa pressão dos países desenvolvidos na Organização Mundial de Comércio (OMC), foi aprovada a nova lei sobre patentes que engloba produtos e processos (FIÚZA & LISBOA, 2001).

Ao contrário do que previa um dos decretos que definia as atribuições da CEME (Decreto 71.205/72), o apoio à pesquisa para descobrimento de novas matérias-primas de uso terapêutico, o Brasil continua à margem do seleto clube de inovadores de produtos da indústria farmacêutica, a despeito da riqueza de sua flora medicinal, até por causa da própria falta de proteção patentária ao produto (FIÚZA & LISBOA, 2001).

A CEME acabou se transformando em um mero comprador e distribuidor de medicamentos (94,26% de seu orçamento) e, durante os anos de 1980, mesmo essa função foi sendo minada pelos atrasos nos pagamentos a fornecedores (Interbrás, que intermediava a importação de matérias-primas, e laboratórios que manipulavam os medicamentos sob encomenda) e pelas denúncias de corrupção nas licitações, que mais tarde, nos anos de 1990, motivaram sua extinção.

O projeto autonomista foi gravemente comprometido com a ascensão ao poder do presidente Collor, devido à abertura comercial de 1990 e ao fim da reserva de mercado, em que poucos laboratórios mantiveram a capacidade de produção verticalmente integrada.

A nova lei de patentes, em 1996, por sua vez, sepultou o projeto de autonomia tecnológica (FIÚZA & LISBOA, 2001).

Embora seja bastante questionável a eficiência de um modelo como o da CEME, que centralizava na mão de burocratas decisões que iam do P&D à produção e distribuição de medicamentos, o fato é que, desde a extinção da CEME, o país carece de um projeto de desenvolvimento tecnológico na área de fármacos, a indústria está quase completamente desverticalizada e a universalização de acesso à saúde garantida pela Constituição de 1988 esbarra na falta de acesso da população a medicamentos que são parte fundamental dos tratamentos (FIÚZA & LISBOA, 2001).

No Brasil, os laboratórios estatais de produção de medicamentos, vinculam-se aos governos estaduais e governo federal e se “*caracterizam como unidades (empresas ou fundações em sua maioria) de apoio e suporte a políticas setoriais no âmbito da saúde*”. O sistema compreende atualmente 18 laboratórios: Far-Manguinhos/Fiocruz, Laboratórios Farmacêuticos do Exército, Marinha e Aeronáutica, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, da Universidade Federal da Paraíba e da Universidade Federal do Ceará, (Governo Federal); laboratórios vinculados aos governos estaduais, em Pernambuco, Alagoas, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro, São Paulo, Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Paraíba; laboratórios vinculados às universidades estaduais, em Londrina e em Maringá (SCHENKEL *et al.*, 2004).

Em relação ao potencial da produção estatal de medicamentos e seu papel estratégico para uma política consistente de acesso aos medicamentos e à Assistência Farmacêutica, é essencial a presença do Estado, na medida em que este deve assegurar que os mecanismos de financiamento ao setor público e privado funcionem de maneira a garantir o acesso universal aos medicamentos considerados indispensáveis (SCHENKEL *et al.*, 2004).

Sendo estruturas governamentais inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS), os laboratórios estatais representam um componente essencial na implementação e consolidação de estratégias da Política Nacional de Medicamentos. De acordo com o Plano Diretor Estratégico da Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil – ALFOB–, elaborado em 2004, a capacidade produtiva instalada era de 6.515.557 unidades/hora, ou 10.164.268.920 unidades anuais, considerando 52 semanas com 6 horas diárias de produção (ALFOB, 2004).

A capacidade instalada desses laboratórios vem direcionando as suas linhas de produção ao atendimento das demandas dos programas estratégicos do Ministério da Saúde. Adicionalmente, a produção é direcionada aos programas estaduais de Assistência Farmacêutica Básica, além de outras prioridades determinadas pelo perfil epidemiológico local (SCHENKEL *et al.*, 2004).

Problemas de ordem financeira, administrativa e técnica somaram-se aos de natureza jurídica, que concorrem para a falta de agilidade e flexibilidade nos processos de gerenciamento, aquisição de insumos e o cumprimento de prazos de entrega. À exceção da Fundação para o Remédio Popular (FURP), em São Paulo, e Far-Manguinhos, no Rio de Janeiro, a maioria dos laboratórios enfrenta problemas comuns relativos às plantas industriais defasadas, a obsolescência dos equipamentos e conseqüente baixa capacidade de produção, frente às demandas crescentes do setor público de atenção à saúde. Há consenso sobre a necessidade de ampliação dos recursos financeiros que permitam a utilização plena e a modernização e expansão da capacidade produtiva, bem como um plano integrado e intersetorial de desenvolvimento visando à produção de medicamentos essenciais como parte da política de saúde. Essa capacidade deve ser direcionada para dar suporte aos programas prioritários de expansão da Assistência Farmacêutica à população brasileira (SCHENKEL *et al.*, 2004).

A estrutura administrativa desses laboratórios constitui-se em mais uma importante limitação para desenvolver a plenitude de sua capacidade. Os que têm a natureza jurídica de direito público, constituídos como autarquias, fundações ou mesmo parte da administração direta, sofrem com a falta de flexibilidade e agilidade gerenciais, especialmente no que se refere a compras de insumos, o que os impossibilita de cumprir prazos de entrega ou mesmo de assumir compromissos com quantidades pré-estipuladas.

Os baixos ou quase inexistentes incentivos à produção e à distribuição são causas determinantes para a obsolescência ou mesmo ausência dos equipamentos da maioria dos laboratórios e, ainda, pela inadequação ou insuficiência de suas plantas produtoras.

Tem-se, portanto, praticamente reduzido a zero o potencial de atuar como um dos instrumentos reguladores de preços no mercado nacional. Ademais, a ação fragmentada, em verdade, fragiliza cada um dos laboratórios e todo o setor produtivo público, o que tem impossibilitado o atendimento da demanda de milhões e milhões de brasileiros atendidos pelo SUS.

Com o processo de deterioração e extinção da CEME, os laboratórios públicos perderam definitivamente a capacidade de ação articulada em nível nacional, que possibilitasse o direcionamento de sua produção para as necessidades do país como um todo. Sua atuação ficou quase que exclusivamente voltada para necessidades estaduais, perdendo, assim, enormemente, o poder que uma ação conjunta e ordenada lhes possibilitaria.

Em regra, essa produção está direcionada para atender ao programa de Assistência Farmacêutica Básica e, em alguns casos, para os programas estratégicos do Ministério da Saúde – AIDS, malária, tuberculose, hanseníase.

Conclui-se, de acordo com os levantamentos da CPI de medicamentos, realizada em 2000, que o papel estratégico dos laboratórios públicos está por demais identificado e reconhecido. Os problemas que enfrentam estão suficientemente diagnosticados. Portanto, o que se coloca como indispensável é a promoção das mudanças políticas e operacionais indispensáveis e a identificação das melhores estratégias, para que se consolide, e não sofra solução de continuidade, o processo produtivo público de medicamentos essenciais.

Outros pontos destacados pela CPI de medicamentos fundamentais para melhoria do acesso aos medicamentos são aqueles relacionados à necessidade de ampliação e diversificação da produção de medicamentos da Rename, estabelecendo estratégia que assegure, inicialmente, a oferta daqueles de uso contínuo. Nesse sentido, é urgente a promoção de uma reestruturação e modernizações institucional, gerencial, administrativa e técnica dos laboratórios, objetivando oferecer-lhes maior flexibilidade e agilidade gerencial.

Mudanças na estrutura produtiva da indústria farmacêutica

De acordo com QUEIROZ & GONZÁLES (2001), para melhor orientar e detalhar as ações governamentais no campo farmacêutico é necessário preencher algumas lacunas do conhecimento em relação ao conjunto da Indústria Farmacêutica:

- as pesquisas clínicas em desenvolvimento no Brasil (agentes envolvidos, recursos aplicados, produtos, prazos, qualificações exigidas, etc.);
- a reorganização de Pesquisa & Desenvolvimento (P&D) farmacêutica mundial (principais empresas, distribuição das atividades de P&D, novos centros, etc.);
- a capacidade técnico-científica na área de desenvolvimento de medicamentos instalada no país (avaliação quantitativa e qualitativa dos grupos de pesquisa existentes);
- a legislação referente à pesquisa de medicamentos (mecanismos regulatórios existentes, aspectos legais da pesquisa, etc.);
- o setor produtor de fármacos (principais empresas, capacidade industrial e tecnológica existente, investimentos, etc.);
- a legislação referente à produção e comercialização de fármacos (mecanismos regulatórios existentes, implicações da adoção do registro de produtos farmacológicos, etc.);
- o comércio exterior do setor farmacêutico (discriminação por produto dos fármacos e medicamentos importados e exportados na base da Secex);
- a concentração e o poder de mercado na indústria farmacêutica (evolução do grau de concentração por classe terapêutica, fusões e incorporações na indústria farmacêutica brasileira, etc.).

As compras governamentais e os medicamentos essenciais

O processo de aquisição de medicamentos adotado no âmbito público, de uma maneira geral, ainda é um dos pontos de estrangulamento do sistema de suprimento contínuo de medicamentos para os serviços de Assistência Farmacêutica no SUS.

Como a descentralização é a diretriz prioritária da política de saúde atual, a aquisição dos medicamentos passa a ser, cada vez mais, uma atribuição dos estados e municípios. Se, por um lado, a descentralização significou maior autonomia para os municípios na gestão do sistema de saúde, oferecendo mais eficácia ao SUS, por outro lado, criou um problema para os municípios tendo em vista que, em sua grande maioria, apresentam uma população pequena para permitir compras com mais vantagens de escala. (BRASIL, 2000a).

As modalidades de abastecimento do SUS em medicamentos são fragmentadas, têm lógicas distintas e não são articuladas entre si, o que fragiliza o poder institucional das compras governamentais.

Na prática, o potencial de compras governamentais é extremamente inferior à sua capacidade de indução da política industrial, quer se considerem os cerca de R\$ 3 bilhões anuais disponíveis, quer se considere a enorme demanda de medicamentos do SUS, que atende a mais de cem milhões de habitantes.

Alguns fatores são determinantes na conformação desse quadro. Entre eles, destacam-se a abrupta descentralização, que provocou uma forte diluição das compras, e a ausência

de mecanismos de articulação e coordenação entre gestores, que favoreçam a concentração das compras.

Merece ser enfatizado, também, que são características das compras governamentais, entre outras, os processos assistemáticos de compras não planejadas e sem as informações indispensáveis; a falta de padronização dos medicamentos; a inexistência de protocolos de tratamento de medicamentos; o cadastro de fornecedores inadequados; e a fragilidade dos mecanismos de controle de qualidade (BRASIL, 2000a).

A tarefa inicial, nesse sentido, é precisar o efetivo poder de compra e a real capacidade do estado de gerenciar o processo de aquisição de medicamentos por intermédio das diversas instâncias de gestão do SUS.

Assim, é indispensável conhecer e analisar todo o processo de compras de medicamentos pelo setor público: quem compra e quem vende, quais medicamentos são adquiridos, quais os principais entraves e quais as experiências positivas que possam oferecer elementos para a construção de um conjunto de propostas, proporcionando nova forma e conteúdo às compras institucionais, direcionando-as para atender às exigências da sociedade (BRASIL, 2000a).

Na década de 1990, com a implantação do SUS, esse processo se inverteu. Em razão da crescente descentralização dos serviços e responsabilidades sanitárias para os municípios e da extinção da CEME, o poder de compra institucional se diluiu, embora o Ministério da Saúde tenha se mantido como um grande comprador de medicamentos (BRASIL, 2000a).

De acordo com CAPANEMA & PALMEIRA FILHO (2004) é de suma importância para o país a utilização do poder de compra como instrumento de política industrial do governo. A elaboração de um conjunto de medidas que permitissem ao Ministério da Saúde realizar o seu processo de compras com condições diferenciadas para as empresas nacionais seria fundamental para o sucesso da política industrial. Nessa ação, devem ser considerados o grau de verticalização das empresas beneficiadas, os contratos de fornecimento de longo prazo, os acordos de compensação tecnológica e os critérios de qualidade.

O orçamento para medicamentos

Como os serviços de Assistência Farmacêutica no SUS, na sua maioria, não estão estruturados e organizados é difícil afirmar se o orçamento atual para medicamentos atende ou não às necessidades do sistema de saúde.

Os estados e municípios complementam com recursos próprios, estimados em R\$ 1 bilhão, o montante destinado à aquisição de medicamentos.

União, estado e municípios dispõem, assim, de cerca de R\$ 3 bilhões para compras, sendo que grande parte dessas aquisições são realizadas por aqueles entes federativos que passaram, nos últimos anos, em razão da descentralização do setor, a substituir, gradativamente, a esfera federal nas compras governamentais de medicamentos (BRASIL, 2000a).

Os municípios, por sua vez, têm aumentado constantemente o seu papel na prestação de serviços e, por consequência, nas compras. Sem dúvida, existe um peso maior dos grandes

municípios, que, se de alguma forma têm conseguido gerenciar esse processo, têm apresentado grandes disparidades em seus processos de aquisição e nos resultados alcançados.

Já os pequenos municípios têm encontrado maiores dificuldades para assumir a função de comprador de medicamentos; sem grande poder de compra (BRASIL, 2000a). Uma das estratégias utilizadas por alguns municípios brasileiros foi a participação nos consórcios intermunicipais, o caso mais conhecido, até o momento, é o do Consórcio Paraná de Medicamentos com uma adesão de cerca de 90% dos municípios do estado do Paraná e vem funcionando desde o ano de 2000 (embora seja uma iniciativa para o enfrentamento das dificuldades relacionados ao processo de aquisição de medicamentos, no âmbito do SUS, para os pequenos municípios, ainda não se tem uma avaliação de sua eficiência e de sua aplicabilidade para outros municípios).

Outro destaque para o enfrentamento do processo de aquisição de medicamentos foi o desenvolvimento do Registro Nacional de Preços para medicamentos pelo Ministério da Saúde em 2001. Até a presente data, não se tem uma avaliação publicada sobre os benefícios de tal iniciativa para otimização dos recursos financeiros descentralizados aos municípios de pequeno porte por meio do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. Cabe ressaltar que ocorreu apenas uma edição da ata nacional de registros de preços pelo Ministério da Saúde até agora.

O MERCADO FARMACÊUTICO E O ACESSO AOS MEDICAMENTOS

A Política de Medicamentos e a Política de Assistência Farmacêutica devem enfrentar com maior profundidade os problemas que envolvem o mercado de medicamentos com o objetivo de ampliar o acesso aos medicamentos pela população e para isso devem ser utilizadas ferramentas adequadas de intervenção na oferta e demanda de medicamentos.

A indústria farmacêutica apresenta uma estrutura de mercado concentrada e oligopolista, estando sujeita a barreiras de entrada, em função da proteção de patentes, da necessidade de altos investimentos em P&D, do controle do fornecimento de princípios ativos e da reputação das marcas de laboratórios líderes. É um exemplo de atividade econômica que apresenta falhas de mercado e que gera produtos essenciais ao bem-estar da população, caracterizando-se como um alvo ideal para políticas industriais específicas, ditas verticais (CAPANEMA & PALMEIRA FILHO, 2004).

A indústria farmacêutica doméstica destaca-se como alvo a ser atingido pelas políticas públicas setoriais por apresentar falhas de mercado e gerar produtos essenciais ao bem-estar da população, além de ser uma indústria de alta tecnologia caracterizada por elevada capacidade inovadora (CAPANEMA & PALMEIRA FILHO, 2004).

Do lado da demanda, a principal característica do mercado de medicamentos é a baixa elasticidade da procura, embora ela seja diferenciada para os diferentes segmentos de renda e de produto (BRASIL, 2000a).

Nos estratos superiores e intermediários de renda, o preço pouco influencia os níveis de consumo no caso dos produtos sob prescrição, cuja demanda é constituída por um

grande número de consumidores finais, os quais não têm opções de compra, tendo em vista que o medicamento é receitado pelo médico. A procura é, portanto, inelástica às variações de preços (BRASIL, 2000).

Já nas camadas de baixa renda, pode-se dizer que a procura é altamente inelástica ao preço e extremamente elástica à renda. Assim, se houver reduções nos preços dos medicamentos, mesmo significativas, a renda é tão baixa que ainda poderá tornar o seu consumo difícil. Todavia, como a elasticidade-renda é elevada, incrementos de renda nesse estrato podem significar grande aumento de consumo (BRASIL, 2000).

RÊGO (2000) em seu estudo destaca que a concorrência nos mercados farmacêuticos é limitada pela presença de várias falhas, que conferem grande poder a algumas empresas. As mais importantes delas são listadas a seguir:

Existência de oligopólios e de monopólios – Ainda que nenhuma empresa farmacêutica controle uma grande parcela do mercado do conjunto dos medicamentos, quando estes são analisados por especialidades terapêuticas observa-se que a oferta no mercado relevante está altamente concentrada, com poucas empresas controlando a produção de medicamentos por classe terapêutica. Desse modo, uma das principais características do mercado farmacêutico é a existência de grandes monopólios e oligopólios por classes e subclasses terapêuticas, sendo comuns os casos em que um único laboratório domina mais da metade de um mercado específico. Isso ocorre porque os produtos farmacêuticos são heterogêneos (não existem remédios universais) e diferenciam-se por classes e subclasses terapêuticas, com uma baixa taxa de substituição. O poder de mercado de algumas poucas empresas produtoras de medicamentos é reforçado pelo controle que elas detêm das fontes de matéria-prima.

Proteção por patentes e lealdade a marcas – O setor farmacêutico depende de altos investimentos em P&D, mas não se caracteriza pela existência de barreiras naturais ou técnicas significativas à entrada de competidores potenciais, em razão de a indústria farmacêutica não ser muito intensiva em capital e depender de uma tecnologia facilmente copiável em determinadas fases produtivas. Isso faz com que as empresas do setor busquem barreiras institucionais como as marcas e, principalmente, as patentes. Estas permitem que empresa inovadora mantenha um monopólio sobre os seus produtos e processos por um determinado período. A lealdade à marca, geralmente criada e mantida por meio da publicidade e da inércia dos médicos, permite que os laboratórios conservem nichos de mercado mesmo depois de suas patentes expirarem.

Assimetria de informação – Como ocorre nos demais mercados de bens e serviços de saúde, nos mercados farmacêuticos, os consumidores finais, além de não decidirem sobre o que devem consumir, sabem muito pouco sobre a qualidade, a segurança, a eficácia, o preço e as características específicas do medicamento que lhes foi prescrito. O médico e o farmacêutico, que seriam os mais bem informados, sabem menos que os laboratórios. Na verdade, todos – paciente, médico e farmacêutico – dependem inicialmente de informações fornecidas pelo fabricante quanto à eficácia, às contraindicações

e aos efeitos colaterais do produto. Por isso, a importância crucial de órgãos de vigilância sanitária bem estruturados e aparelhados.

Separação das decisões sobre prescrição, consumo e financiamento – De modo geral, quem consome não é quem decide sobre os medicamentos, quem decide não paga e quem paga (parcial ou integralmente) às vezes é um terceiro, como é no caso em que os medicamentos são cobertos por seguros públicos ou privados. Em consequência, há interesses contrapostos, dado que quem paga quer minimizar custos, quem consome quer o melhor e quem decide é influenciado pela oferta, que, além de ser concentrada, procura induzir a um maior consumo. Os mercados farmacêuticos caracterizam-se pela existência de várias falhas que restringem a concorrência e fornecem grande poder às empresas na fixação de seus preços. As políticas de regulação adotadas por inúmeros países procuram garantir condições mínimas de concorrência e o acesso da população aos medicamentos a um menor custo.

Nos países desenvolvidos, bem como no Brasil, o consumo de medicamentos e de serviços de saúde tem crescido a taxas elevadas, em razão do envelhecimento da população, do aumento das doenças crônicas e da disseminação das novas e custosas tecnologias médicas. O aumento dos gastos públicos com saúde a taxas superiores às da renda nacional e a necessidade de reduzir desequilíbrios fiscais motivaram a realização de amplas reformas sanitárias em vários países, inclusive no Brasil, a partir dos anos de 1980 (RÊGO, 2000).

No campo das políticas de regulação, de acordo com RÊGO (2000), aquelas que buscam não apenas resultados de curto prazo, mas também procuram influenciar em bases mais permanentes o comportamento de todos os agentes envolvidos no mercado farmacêutico – médicos, pacientes, farmacêuticos, produtores, administradores de recursos são as que têm apresentado maior êxito. De acordo com a autora, muitas medidas têm produzido resultados inferiores aos esperados por problemas de implementação, por não permanecerem pelo tempo necessário ou por não terem tido o suporte técnico e/ou político requerido.

RÊGO (2000) em seu estudo sobre as Políticas de Regulação do Mercado de Medicamentos observa que as políticas de regulação são mais comuns e tendem a ser mais efetivas nos países onde os sistemas públicos de saúde cobrem parcial ou integralmente os gastos com medicamentos da população. Alguns dos instrumentos adotados têm como foco o controle dos preços, enquanto outros são direcionados para o controle dos gastos. Os do primeiro tipo destinam-se à regulação da oferta e tendem a ser evitados ou utilizados com mais cautela pelos países produtores de medicamentos. Os do segundo tipo estão voltados para a demanda e procuram influenciar o comportamento dos médicos e dos pacientes.

De acordo com RÊGO (2000), a partir da análise da experiência internacional, podem ser levantados alguns elementos que parecem contribuir para o êxito de políticas de regulação do mercado de medicamentos:

- Adoção de medidas voltadas tanto para o lado da demanda quanto para o da oferta de medicamentos, de modo a influenciar o comportamento de todos os agentes envolvidos no mercado farmacêutico – médicos, pacientes, farmacêuticos, produtores e administradores de recursos.
- Desenvolvimento de um sistema de informação confiável sobre a utilização dos medicamentos – efetividade clínica, custo-efetividade do tratamento, hábitos de prescrição dos médicos, prescrições desnecessárias e prescrições inadequadas –, a fim de detectar áreas problemáticas e avaliar a efetividade das políticas adotadas. *“A verdade é que ainda pouco se sabe sobre a efetividade de muitos dos tratamentos, tanto antigos quanto novos, amplamente aceitos e utilizados, assim como sobre os hábitos de prescrição dos médicos”*. Segundo RÉGO (2000), desde os anos de 1980 vêm sendo desenvolvidas novas técnicas para se avaliar o impacto econômico de tratamentos clínicos e com medicamentos por meio de análises farmacoeconômicas, envolvendo a comparação de custos de determinados tratamentos, sobretudo aqueles de maior custo para o sistema de saúde.
- Obtenção de dados confiáveis sobre os gastos, a situação financeira e a lucratividade da indústria farmacêutica, o que não é uma tarefa fácil, em especial, quando se trata de grandes conglomerados com estruturas de distribuição extremamente pulverizadas.
- Avaliação cuidadosa da estrutura da demanda e da oferta de medicamentos no país e definição clara dos objetivos das políticas públicas.

Para o caso brasileiro, a autora destaca que algumas medidas podem ser consideradas para a regulação do mercado farmacêutico (RÉGO, 2000).

Do lado da oferta:

- negociação com a indústria de uma política de preços, com definição de critérios de reajustes, indicadores de desempenho e penalidades em caso de desrespeito ao que foi pactuado;
- redução dos impostos incidentes sobre os medicamentos;
- incentivo ao incremento da oferta de genéricos;
- reordenamento do setor de distribuição tanto no atacado quanto no varejo;
- adoção de salvaguardas quanto ao poder conferido pelas patentes.

Do lado da demanda:

- ampliação da Assistência Farmacêutica para a população de baixa renda, com especial atenção aos portadores de enfermidades crônicas;
- utilização do poder de compra do setor público para contrabalançar o poder de oligopólio e de monopólio das empresas farmacêuticas;
- medidas para influenciar a prescrição dos médicos, particularmente no que diz respeito à utilização de substitutos genéricos;

- banco de preços para as compras hospitalares;
- institucionalização do registro de preços;
- incentivo à incorporação de Assistência Farmacêutica aos planos de saúde privados, o que abrirá espaço para o desenvolvimento no país de instituições como as Pharmaceutical Benefit Managements (PBMs), que são as empresas nos Estados Unidos que gerenciam a Assistência Farmacêutica prestada pelos planos de saúde privados aos seus segurados;
- acesso facilitado da população como um todo aos medicamentos de alto custo.

A POLÍTICA DE MEDICAMENTOS E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Aspectos fundamentais da Política de Medicamentos

Não se pode dizer que seja novo o processo de formulação e implementação da Política de Medicamentos e de ações de Assistência Farmacêutica no país e que as diretrizes definidas nesses campos sejam desconhecidas pelos gestores do SUS.

De acordo com MÉDICI e colaboradores (1992) “a *Central de Medicamentos - CEME* foi criada em 1971, pouco antes do estabelecimento do Programa Nacional de Assistência Farmacêutica, colocado sob coordenação daquela instituição em 1972. Seus objetivos iniciais eram basicamente assistencialistas. No entanto, existiam interesses governamentais estratégicos, especialmente no campo bélico-militar, associados à sua criação”. O autor destaca ainda que “no campo assistencialista, o objetivo da CEME era suprir de medicamentos as camadas mais carentes da população, enquanto do estratégico havia o interesse em tornar os laboratórios militares auto-suficientes tecnologicamente nos campos da química fina e da bioquímica”.

Outro ponto observado pelo autor é que apesar da redução de seu espaço e de sua missão institucional, ao longo de sua existência a CEME teve nos anos de 1980, o importante papel de fortalecer e modernizar a rede de laboratórios oficiais pelo imenso poder de compra de medicamentos que obtinha.

Dentre os problemas ligados ao funcionamento da CEME, oficialmente reconhecidos, destacavam-se as grandes dificuldades operacionais para funcionar como centro de aquisição e distribuição de medicamentos.

O papel da CEME foi redefinido no orçamento plurianual para o período 1990/95, definindo objetivos, diretrizes e instrumentos de ação, tais como: “*atualização da RENAME, coordenação da produção, aquisição e suprimento de medicamentos essenciais para o SUS, melhoria da eficiência dos estados no que tange aos programas de Assistência Farmacêutica, aperfeiçoar os métodos de aquisição, facilitar a importação de matéria-prima aos laboratórios oficiais e privados nacionais*” (MÉDICI et al., 1992).

Em 1992, o autor já destacava que “se a execução das ações de saúde é descentralizada, o controle sobre a aquisição e distribuição também deveria ser. É certo que em determinados estados, a inexistência de estruturas de produção e a fragilidade do mercado não permitem o acesso da população e das instituições públicas de saúde aos medicamentos necessários.

Nessas regiões, instituições como a CEME ainda tinham um papel a cumprir. No entanto, elas deveriam fomentar mais a autonomia na produção e/ou aquisição destes medicamentos do que a dependência eterna do nível federal nesse setor”.

Outro ponto enfatizado por MÉDICI e colaboradores (1992) é que “a descentralização para os municípios seria conveniente, mas deveria se ater aos de maior porte, ou seja, aqueles com autonomia de gestão para tal. E que em muitos casos, as secretarias estaduais de saúde poderiam indicar as condições para a municipalização desse processo. Ainda de acordo com o documento, a maior parte dos municípios do país não teria condições para gerir processos de aquisição e distribuição de medicamentos. Enfatiza também que seria possível estabelecer tais condições através de um processo ordenado de planejamento sob coordenação das secretarias estaduais de saúde”.

A desativação da Central de Medicamentos (CEME) em 1997, provocada pelo distanciamento de seus objetivos iniciais e pela emergência de uma crise de credibilidade motivada por denúncias diversas, constituiu um dos determinantes para a educação das atividades relacionadas com a Assistência Farmacêutica e com a política de medicamentos em vários órgãos do Ministério da Saúde naquela época. A prática fragmentada é demonstrada pela multiplicidade de listas de medicamentos: Programa de Saúde Mental, Kit do Programa Saúde da Família, “Farmácia Hipertensão Arterial” (distribuição às Secretarias Municipais de Saúde de produtos para hipertensão arterial), “Farmácia Mulher” (Programa Saúde da Mulher, com distribuição de anticoncepcionais), “Farmácia Domicílio”, “Farmácia Presídio” (atende à população carcerária), entre outros programas. Essa compartimentalização certamente contribuiu para desarticulação da Assistência Farmacêutica do conjunto das ações da atenção à saúde, dissipando responsabilidades, verticalizando e centralizando a tomada de decisões (SCHENKEL et al., 2004).

Para que sejam evitados os erros do passado recente, cabe finalmente ressaltar, que o país tem em sua história, na área de medicamentos, alguns aprendizados em relação à formulação e implementação de políticas voltadas à melhoria do acesso aos medicamentos. É necessário fortalecer as estratégias já iniciadas em outros momentos, assim como avaliar minuciosamente o grau de implementação das diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, buscando a correção dos rumos da política atual.

A Assistência Farmacêutica Básica

Considerações iniciais

A Assistência Farmacêutica Básica é também outro grande desafio a ser enfrentado pelos gestores para avançar na atenção básica à saúde, uma vez que grandes são os esforços para se ampliar as ações básicas de saúde como é o caso dos investimentos crescentes na cobertura da população brasileira pelo Programa Saúde da Família.

Com a desativação da CEME, por meio do Decreto n.º 2283/97, os anos de 1997 e 1998 foram marcados por um processo de transição dentro do Ministério da Saúde – MS, onde coube à Secretaria Executiva – SE a responsabilidade pela manutenção das atividades de

aquisição e distribuição dos medicamentos dos Programas Estratégicos para as Secretarias Estaduais de Saúde. Ao mesmo tempo, houve a criação de uma nova Farmácia Básica, nos moldes daquela de 1997, que tinha um elenco de medicamentos destinados ao atendimento ambulatorial dos municípios com população igual ou inferior a 21.000 habitantes, entregues diretamente aos municípios, com exceção dos estados de São Paulo, Paraná e Minas Gerais, que já haviam iniciado um processo de organização da Assistência Farmacêutica.

A Portaria GM/176/99 – O Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica

Cumprindo a prioridade de implementar a política de descentralização do setor saúde, em consonância com uma das diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (Reorientação da Assistência Farmacêutica) e a deliberação da Comissão Intergestores Tripartite, foi estabelecido o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, com a edição da Portaria GM/176/99 (BRASIL, 1999).

O Incentivo criado vem sendo financiado pelos três gestores, em que a transferência dos recursos federais está condicionada à contrapartida dos estados, municípios e do Distrito Federal.

O repasse federal definido em 1999 foi de R\$ 163.947.554,00 (Cento e sessenta e três milhões, novecentos e quarenta e sete mil, quinhentos e cinquenta e quatro centavos) que somados à contrapartida mínima de estados e municípios totalizaram um valor mínimo de R\$ 327.895.108,00 (Trezentos e vinte sete milhões, oitocentos noventa e cinco mil, cento e oito reais) (BRASIL, 1999).

A Portaria GM/514/03 atualiza os valores do Incentivo para Assistência Farmacêutica Básica, utilizando a população da Resolução n.º 4 da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, publicada no Diário Oficial da União, em 30/08/02, que trata da estimativa da população para estados e municípios para o ano de 2002. Atualmente, o teto financeiro anual do Incentivo para Assistência Farmacêutica Básica, é de R\$ 174.632.960,00 (Cento e setenta e quatro milhões, seiscentos e trinta e dois mil e novecentos e sessenta reais).

Os recursos federais aos estados e municípios qualificados são repassados pelo fundo nacional de saúde aos respectivos fundos estaduais e municipais de saúde em parcelas mensais correspondentes a 1/12 do valor estabelecido, na proporção do número de habitantes dos municípios (Resolução IBGE PR – 05/99) (BRASIL, 1999).

Os objetivos principais da implementação do Incentivo são a busca da otimização e eficácia do sistema de distribuição de medicamentos no setor público, a partir da seleção de medicamentos consoante a realidade nosológica de cada estado e de seus municípios e a melhoria do acesso ao medicamento essencial por parte da população que utiliza os serviços de saúde do SUS.

As pactuações

Estados e municípios brasileiros participam na implementação do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, definindo, conjuntamente, um Plano Estadual de Assistência

Farmacêutica Básica, que contempla um elenco de medicamentos básicos de acordo com o perfil epidemiológico local, bem como estabelecem de uma forma pactuada, os recursos financeiros para o financiamento do Incentivo. As pactuações realizadas são referendadas pelas Comissões Intergestores Bipartite – CIBs (Comissão constituída por representantes das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde).

Diferentes formas de pactuação foram realizadas, desde a centralização total dos recursos financeiros no fundo estadual de saúde, por exemplo do Amazonas, Goiás e São Paulo, até a descentralização total dos recursos aos fundos municipais de saúde, como é o caso do Mato Grosso, Pernambuco e Rio de Janeiro. Outros estados optaram pela pactuação mista, em que os municípios em Gestão Plena de Sistema recebem os recursos diretamente, ficando aqueles em Gestão Plena de Atenção Básica e os não habilitados, recebendo os recursos via fundo estadual de saúde.

Cada estado e seus municípios adotaram uma estratégia específica de pactuação, na busca de um melhor gerenciamento dos recursos financeiros pactuados. Há de se ressaltar que alguns avançaram consideravelmente, como os estados do Paraná com a implantação do Consórcio Paraná de Medicamentos e a experiência de São Paulo com o prosseguimento do programa denominado “Dose Certa” e a sua extensão a todos os municípios daquele estado tem se constituído em um modelo de assistência para o país. No entanto, torna-se preocupante a situação vivenciada por municípios, quase todos de pequeno porte, que optaram pelo recebimento dos recursos financeiros diretamente em seus fundos municipais de saúde.

O Artigo 4º da Portaria GM/176/99 definiu que a parcela federal somente deve ser repassada aos estados e/ou municípios mediante o encaminhamento, ao Ministério da Saúde, do Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, que deverá conter:

- o elenco dos medicamentos para assistência básica, aprovado pela CIB;
- os mecanismos de adesão e responsabilidade dos municípios, para integrarem o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica;
- o pacto de gestão entre o estado e município, negociado na CIB, incluindo a contrapartida de recursos do estado e municípios com a respectiva ata de aprovação;
- a sistemática de programação, acompanhamento, controle e avaliação da implementação do Plano no estado.

Pelo Artigo 8º da Portaria 176/99 o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, deve ser aprovado pelo Conselho Estadual de Saúde e encaminhado, anualmente, até o dia 30 de setembro, ao Ministério da Saúde, visando à manutenção dos recursos federais ao incentivo relativo ao ano posterior.

O artigo 4º da Portaria GM/956/00 estabeleceu a necessidade de um elenco de medicamentos básicos que atendam ao quadro de doenças prevalentes no âmbito regional e nacional, fundamentado na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename.

Já o Artigo 1º estabeleceu o Elenco Mínimo e Obrigatório de medicamentos para a Pactuação na Atenção Básica, que deverá estar contemplado nos Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica Básica conforme deliberação da Comissão Intergestores Tripartite, que aprovou o Elenco Mínimo e Obrigatório de medicamentos para pactuação na atenção básica.

De acordo com a CPI de medicamentos, na forma de pactuação totalmente descentralizada as aquisições de medicamentos são feitas diretamente pelos municípios em muitos casos, os resultados não têm sido satisfatórios para os municípios de pequeno porte por não terem escalas de compras dos medicamentos. Em síntese, os pequenos municípios têm tido dificuldades extremas na otimização dos recursos disponíveis, adquirindo medicamentos a preços mais altos e quase sempre utilizando compras diretas de distribuidoras e de farmácias comerciais (BRASIL, 2000).

A prestação de contas

O parágrafo 4º do artigo 2º da Portaria GM/176/99 estabeleceu a necessidade da comprovação da aplicação dos recursos financeiros correspondentes às contrapartidas estadual e municipal. A comprovação deveria constar no Relatório de Gestão Anual, com as prestações de contas devidamente aprovadas pelos Conselhos de Saúde.

O Artigo 1º da Portaria 176/99 definiu que os recursos financeiros destinados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica devem ser movimentados na conta de transferência dos recursos do Piso de Atenção Básica do Fundo Municipal de Saúde ou do Fundo Estadual de Saúde, conforme a Portaria GM 2939/98, e de acordo com os pactos estabelecidos na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Pela Portaria GM/2050/01, foram alterados os artigos 5º e 6º da Portaria GM/956/00, que regulamentaram a Portaria GM/176/98, relativa aos critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e aos valores a serem transferidos, que passaram a ter novas redações. O Artigo 5º define que as Secretarias Municipais de Saúde deveriam elaborar um relatório trimestral de movimentação de recursos financeiros, por intermédio do **Sistema Informatizado para Acompanhamento da Execução do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica – Sifab** –, que deve ser encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde para avaliação e consolidação das informações (BRASIL, 2001d).

Já o Artigo 6º definiu que as Secretarias Estaduais de Saúde deveriam informar à Secretaria de Políticas de Saúde, por intermédio do Sifab, a movimentação financeira, a relação das aquisições de medicamentos correspondentes à contrapartida estadual ou a relação das aquisições de medicamentos.

Programas estratégicos ou complementares

Ao revisar os programas de Assistência Farmacêutica centralizados no nível federal, conduzidos e orientados por um excessivo número de portarias que abordam o tema e

ao elaborar o cruzamento de elencos de medicamentos destinados à Assistência Farmacêutica Básica identifica-se a necessidade urgente de otimização e coordenação dos esforços dos três níveis de gestão na formulação de estratégias que realmente possam garantir a melhoria do acesso aos medicamentos pela população usuária do SUS no tocante à atenção básica à saúde.

Nos elencos de medicamentos destinados à Atenção Básica à saúde tem-se a superposição dos seguintes programas:

Programa de Assistência Farmacêutica para hipertensão e diabetes.

Programa de Incentivo ao Programa Saúde da Família (*Kit PSF*).

Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica.

No caso dos medicamentos para hipertensão e diabetes, a situação é bastante clara, uma vez que os medicamentos fazem parte do Elenco Mínimo e Obrigatório, portanto devem estar disponíveis na Assistência Farmacêutica Básica. Os mesmos medicamentos são fornecidos diretamente aos municípios pelo Programa Hiperdia e pelo *Kit PSF* (BRASIL, 2001b, 2002a).

Os medicamentos para Saúde Mental

Para a Saúde Mental, também foi criado um programa de Assistência Farmacêutica específico.

A Portaria GM/1077/00 estabeleceu o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estaduais do SUS, definindo que a transferência dos recursos federais estaria condicionada à contrapartida dos estados e do Distrito Federal.

O Artigo 5º da mesma portaria definiu que os recursos financeiros oriundos do orçamento do Ministério da Saúde e as contrapartidas estaduais e do Distrito Federal, destinadas a esse programa, correspondem ao montante anual de, no mínimo, R\$ 27.721.938,00 (vinte e sete milhões, setecentos e vinte e um mil, novecentos e trinta e oito reais), dos quais R\$ 22.177.550,40 (vinte dois milhões, cento e setenta e sete mil, quinhentos e cinquenta reais e quarenta centavos), o equivalente a 80% (oitenta por cento) desses recursos, são aportados pelo Ministério da Saúde; restando o correspondente de, no mínimo, 20% (vinte por cento) dos recursos, em um total de R\$ 5.544.387,60 (cinco milhões, quinhentos e quarenta e quatro mil, trezentos e oitenta e sete reais e sessenta centavos), como contrapartida dos estados e Distrito Federal. Esses valores foram definidos no ano 2000 e até a presente data não foram atualizados.

A Portaria GM/1077/00 definiu também que os medicamentos que compõem o Programa são aqueles constantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

– Rename/99, oficializada pela Portaria GM/507/99, item 10, Grupo Terapêutico: Medicamentos que atuam no Sistema Nervoso Central.

Os medicamentos para Hipertensão e Diabetes

Como uma das prioridades de atuação do Ministério da Saúde, em 2001, foi criado o Programa Hiperdia – Programa Nacional de Controle da Hipertensão e Diabetes.

Pela Portaria GM/371/01, foi instituído o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, destacando que o referido Programa deve ser financiado e desenvolvido de maneira solidária e pactuada pela União, estados e municípios.

Essa Portaria definiu a oferta de maneira contínua para a rede básica de saúde dos medicamentos para hipertensão: hidroclorotiazida 25 mg, propranolol 40 mg e captopril 25 mg e para diabetes: metformina 850 mg, glibenclamida 5mg e insulina.

Os medicamentos para o Programa Saúde da Família

Reconhecendo a falta de uma estrutura de Assistência Farmacêutica em muitos municípios brasileiros, o Ministério da Saúde definiu o fornecimento de um *kit* de medicamentos para proporcionar suporte às ações de saúde desenvolvidas pelas equipes do Programa Saúde da Família, uma vez que grande parte das ações de saúde demanda a utilização de medicamentos.

Conforme já exposto, foi instituído, por meio da Portaria n.º 343/01, um elenco de medicamentos para o **Incentivo à Assistência Farmacêutica, vinculado ao Programa Saúde da Família** que de uma forma sobreposta ao processo de descentralização passa a ser distribuído ao referido programa. Cabe ressaltar que em nenhum momento foi discutida a estruturação dos serviços de Assistência Farmacêutica para o acompanhamento e avaliação ou mesmo a gestão e gerenciamento dos medicamentos.

OS RELATÓRIOS DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PELA CONTROLADORIA-GERAL DA UNIÃO

A Controladoria-geral da União trabalha, agora, com um novo instrumento de fiscalização, visando à dissuasão da corrupção entre gestores de todas as esferas da administração pública. Além disso, utiliza o mecanismo de sorteio público para definição de regiões onde serão desenvolvidas fiscalizações especiais, por amostragem, com relação aos recursos públicos federais ali aplicados, por via dos órgãos da administração federal, diretamente ou por meio de repasse, sob qualquer forma, para órgãos das administrações dos estados ou dos municípios e quaisquer outros órgãos ou entidades legalmente habilitados.

Os sorteios são realizados mensalmente pela Caixa Econômica Federal, que utiliza os mesmos equipamentos empregados em suas loterias. Representantes da imprensa

escrita, da televisão e do rádio, dos partidos políticos e de entidades da sociedade civil são convidados a acompanhar os sorteios, para atestar a lisura e a imparcialidade na definição das regiões a serem fiscalizadas.

O Programa de Fiscalização a partir de Sorteios Públicos ganhou o seu formato definitivo, com o sorteio mensal de 50 municípios, com até 300 mil habitantes, das diversas regiões do país (CGU, 2004).

Em 2003, de acordo com o Relatório de Fiscalização da CGU, na Ação de Atendimento à População com Medicamentos para Tuberculose e Outras Pneumopatias, integrante do Programa de Controle da Tuberculose e Outras Pneumopatias, dos 43 municípios em que havia pacientes em tratamento, foram detectadas algumas impropriedades como: em cerca de 14% dos municípios houve falta de medicamentos, provocando descontinuidade no tratamento dos pacientes; em aproximadamente 16% dos municípios ocorreu descarte de medicamentos vencidos, comprovando a ausência de planejamento prévio e remanejamento adequado; e em em torno de 25% dos municípios não foi efetuado um controle de estoque e de dispensação eficientes, ocasionando perda de medicamentos e descontinuidade no tratamento (CGU, 2004).

Ainda de acordo com o relatório da CGU, na maioria dos municípios visitados, e que possuem tratamento da tuberculose, os pacientes têm acesso aos tuberculostáticos necessários ao tratamento da doença. Contudo, a falta de critérios técnicos para a programação, a falta de controle nos estoques e o descumprimento no cronograma de distribuição do Ministério da Saúde são responsáveis diretamente pelo desperdício ou a falta de medicamentos e retratam o descaso dos responsáveis pelo bom resultado da ação. Em decorrência das fiscalizações realizadas, foram encaminhadas ao gestor federal, notas técnicas contendo o sumário das principais constatações evidenciadas, com proposição de ações corretivas, visando contribuir para a eliminação ou redução dos problemas evidenciados (CGU, 2004).

Outro programa eleito pela Controladoria-geral da União para acompanhamento, devido à amplitude geográfica e aos benefícios diretos à população, foi o de Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do PAB para Assistência Farmacêutica Básica. De acordo com esse programa, na avaliação da Ação buscou-se averiguar a aquisição dos medicamentos básicos pelos municípios e/ou recebimento destes, provenientes das Secretarias Estaduais de Saúde; a armazenagem, o controle de estoque e a distribuição dos medicamentos às unidades de saúde; assim como a efetiva entrega aos usuários do SUS (CGU, 2004).

No exercício de 2003, foram realizadas fiscalizações relativas à Ação de Incentivo Financeiro a Municípios Habilitados à Parte Variável do PAB para Assistência Farmacêutica Básica em 279 municípios, em 26 Unidades da Federação (exceto Distrito Federal). Dos 279 municípios avaliados, as principais constatações foram: o não repasse aos municípios da contrapartida estadual, na forma de recursos ou medicamentos; a retenção pela Secretaria Estadual de Saúde do recurso referente ao repasse federal;

a não aplicação pelo município do valor correspondente à contrapartida municipal; as irregularidades nos procedimentos licitatórios para aquisição de medicamentos; a aquisição de medicamentos com preços superiores aos encontrados no Banco de Preços do Ministério da Saúde; e a existência de medicamentos com a validade vencida nos estoques das Unidades de Saúde para distribuição à população. Não existiam nas Unidades Básicas de Saúde, no momento da avaliação, os medicamentos da relação pactuada pelos estados e municípios, uma vez que os recursos foram repassados pela União para a aquisição dos medicamentos da referida relação (CGU, 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho apresenta um panorama das ações desenvolvidas pelo gestor federal no campo da descentralização da Assistência Farmacêutica e da questão do acesso aos medicamentos no âmbito do SUS.

A partir das exposições já apresentadas, podem ser identificados pontos críticos para o desenvolvimento e a implementação de uma política de medicamentos. Vale acrescentar que o país publicou sua Política Nacional de Medicamentos, em 1998, com o propósito claro de promover o acesso e o uso racional de medicamentos. Para alcançar tal propósito, seria fundamental o desenvolvimento de oito diretrizes também claras, porém os passos foram tímidos em relação à implementação das referidas diretrizes.

Analisando-se o estágio atual de desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no país é necessário considerar os aspectos da organização da atenção à saúde, o seu processo de descentralização, as políticas formuladas, a questão do financiamento e o nível de organização dos serviços farmacêuticos no SUS. Nesse sentido, existem oportunidades para a promoção do acesso aos medicamentos essenciais no SUS, se houver um processo coordenado e planejado dessas políticas.

Os trabalhos desenvolvidos pelo Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, com a participação do Ministério da Saúde, que prioriza os setores de fármacos e medicamentos vêm sendo fortalecidos pela instalação do Fórum de Competitividade da Cadeia Farmacêutica, instalado em 28 de maio de 2003, onde foram criados cinco grupos de trabalho: Acesso, Compras Governamentais e Inclusão Social de Investimentos, Comércio Exterior, Tecnologia de Regulação e Qualidade (MDIC/MS, 2004).

Esses trabalhos têm como uma das metas o aumento do acesso da população brasileira, incrementando a produção de medicamentos e fármacos, notadamente de vacinas, genéricos, hemoderivados, DST/AIDS, doenças negligenciadas e de alto custo, bem como facilitar o acesso da população a medicamentos distribuídos pelo Ministério da Saúde. Outra meta é diminuir o déficit da balança comercial de cerca de US\$ 2 bilhões, em 2003, para US\$ 1 bilhão, em 2008, aumentando as exportações e diminuindo as importações de fármacos e principalmente de medicamentos. A política

industrial atual conta com os instrumentos de apoio para o fortalecimento da política setorial e contempla o financiamento, o desenvolvimento tecnológico, as compras governamentais, o poder de compra do estado como fomentador das prioridades do programa, a modernização de laboratórios públicos, a regulamentação sanitária e qualidade e o programa de financiamento do BNDES, o PROFARMA (Programa Setorial de Fortalecimento da Cadeia Produtiva Farmacêutica).

Em termos de perspectivas e intenções para a melhoria do acesso aos medicamentos no SUS, no biênio 2003-2004, apesar de os objetivos ainda não estarem concretizados, tendo em vista o curto espaço de tempo e a complexidade do tema, o plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), considerando as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde e as deliberações da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica – Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência Farmacêutica, com controle social, realizada no período de 15 a 18 de setembro de 2003, aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica como parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde e garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade.

A política aprovada reforça o conceito de Assistência Farmacêutica apresentado na Política Nacional de Medicamentos, uma vez que *“trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Esse conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população”*.

Outro ponto importante é que a Resolução n.º 338, de 6 maio de 2004 do CNS, incorpora o conceito de **Atenção Farmacêutica**, considerada como um *“modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando a uma farmacoterapia racional e à obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde”*.

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica então aprovada apresenta eixos indispensáveis para a melhoria do acesso aos medicamentos no SUS e aponta a necessidade de uma mudança profunda no cenário atual principalmente no âmbito da gestão e do gerenciamento, pois reforça a urgência na qualificação dos serviços de

Assistência Farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção, na descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando à superação da fragmentação em programas desarticulados, e, por fim, o desenvolvimento, a valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos.

Conclui-se que, no contexto do acesso aos medicamentos essenciais no âmbito do SUS, apesar dos esforços dos gestores, nos últimos anos, a formulação e implementação de políticas públicas nesse campo carecem de uma melhor identificação do problema e de suas principais interfaces, de um processo de coordenação e integração com as demais políticas, como a de ciência e tecnologia, de uma política industrial, a necessidade de desenvolvimento e organização dos serviços de Assistência Farmacêutica e de um desenvolvimento de recursos humanos para o enfrentamento do grande desafio que é o acesso aos medicamentos essenciais pela população.

RECOMENDAÇÕES

Acredita-se que o Brasil tem ainda pela frente um longo caminho a ser percorrido para ampliar o acesso aos medicamentos essenciais no âmbito do SUS. Além de resolver os problemas do processo de implementação da política de medicamentos, seria necessário buscar estratégias mais ousadas em relação à organização de uma estrutura de oferta de serviços farmacêuticos como a possibilidade de se desenvolver Parcerias Público Privadas para utilizar a rede de farmácias públicas e privadas para a garantia dos tratamentos de uso contínuo. Seria, portanto, imprescindível a estruturação e organização dos serviços já existentes, bem como uma análise mais aprofundada do custo das farmácias para o SUS. Outra questão é o desenvolvimento de farmácias-modelo que pudessem colocar em prática o desenvolvimento das ações de Assistência Farmacêutica e, em um futuro próximo, implementar efetivamente a atenção farmacêutica no Brasil.

É urgente também que o Ministério da Saúde assuma, de modo definitivo, a coordenação da política de medicamentos, na forma de uma estrutura dinâmica e única, atuando internamente com as suas diversas secretarias, órgãos e programas, criando canais de interlocução com as secretarias estaduais e municipais e, externamente, buscando as integrações com as demais políticas públicas, como a política industrial e de ciência e tecnologia, fortalecendo as interfaces necessárias para o desenvolvimento de uma política que resulte em melhoria do acesso aos medicamentos essenciais pela população dentro de um planejamento de curto, médio e longo prazos, evitando a descontinuidade das políticas públicas que ocorrem sempre nas mudanças de governo.

Todas as estratégias de ação, no campo dos medicamentos, devem priorizar a promoção do uso racional de medicamentos no Brasil. Não há como desvincular o acesso e o uso racional dos medicamentos do processo de atenção à saúde e da política de medicamentos. Nesse sentido, ações mais perenes e objetivas devem ser estabele-

cidas pelos atores para mudar o cenário atual do uso irracional de medicamentos. As recomendações e orientações da Organização Mundial da Saúde poderiam ser seguidas como eixos de orientação para o uso racional de medicamentos pelos gestores do sistema, por exemplo, o estabelecimento dos elencos de medicamentos essenciais e a utilização dos formulários terapêuticos, junto com o treinamento permanente dos profissionais prescritores do serviço e da academia. Muitas outras ações dependem exclusivamente do papel efetivo da regulação sanitária relativo aos medicamentos, como a regulamentação e fiscalização da propaganda de medicamentos.

Por fim, é fundamental o desenvolvimento do processo de gestão dos serviços de Assistência Farmacêutica no Brasil dentro de um fluxo lógico em que as ações de Assistência Farmacêutica funcionem por meio de etapas na conformação de um ciclo, e que as variáveis, assim como os problemas sejam equacionados.

REFERÊNCIAS

- ALFOB. Associação dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais do Brasil. **Plano Diretor Estratégico**. Brasília, 2004.
- AGENCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Information on drug regulation and control of hospital infection**. Rev. Saúde Pública, Feb. 2004, vol.38, n.º1, p.145-148. ISSN 0034-8910.
- ARANGO, F.J.I. Regulación, Políticas y Medicamentos esenciales. In: LOBO, F., VELÁSQUEZ, G. (orgs.) **Los medicamentos ante las nuevas realidades economicas**. Madrid: Editorial Civitas, 1997.
- BARROS, M. E., PIOLA, S.F, VIANNA, S.M. **Política de Saúde no Brasil: Diagnóstico e Perspectivas**. Brasília: IPEA, 1996 (Texto para discussão, 401)
- BRASIL, 1990. **Lei n.º 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n.º182, p.18055, 20 set. 1990.
- BRASIL, 1990a. **Lei n.º 8142, de 19 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, v.78, n.º 249, p.25694, 31 dez. 1990.
- BRASIL, 1998. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3916**, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, v.86, n.º 215E, p.18, 10 nov. 1998.
- BRASIL, 1999. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 176**, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define critérios a serem transferidos. Diário Oficial da União, Brasília, v.87, n.º 47E, p.22, 11 mar. 1999.
- BRASIL, 2000. Câmara dos Deputados. **CPI dos Medicamentos**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.
- BRASIL, 2000a. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 956**, de 24 de agosto de 2000. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Diário Oficial da União, Brasília, v.88, n.º 166E, p.15, 28 ago. 2000.

BRASIL, 2001a. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL, 2001b. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 343**, de 21 de março de 2001. Cria o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, vinculado ao Programa Saúde da Família, destinado aos municípios participantes. Diário Oficial da União, Brasília, v.89, n.º 57E, p.16, 22 mar. 2001.

BRASIL, 2001c. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2050**, de 8 de novembro de 2001. Dispõe sobre critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e aos valores a serem transferidos. Diário Oficial da União, Brasília, v.88, n.º215E, p.44, 9 nov. 2001.

BRASIL, 2001d. Ministério da Saúde. **Sistema de Acompanhamento do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica - SIFAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, 2002a. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 371**, de 4 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Diário Oficial da União, Brasília, v.89, n.º 44E, p.88, 6 mar. 2002.

BRASIL, 2002b. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, 2005. **DECRETO N.º 5.447, DE 20 DE MAIO DE 2005**. Altera o Anexo ao Decreto n.º 3.803, de 24 de abril de 2001, que dispõe sobre o crédito presumido da contribuição para os Programas de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PIS/Pasep e da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - Cofins, previsto nos arts. 3º e 4º da Lei n.º 10.147, de 21 de dezembro de 2000. Disponível em <http://www.presidencia.gov.br/ccivil/03/Ato2004-2006/2005/Decreto/D5447.htm>. Acesso em 22.8.2005.

BROSE M. **Descentralização e good government**: como aperfeiçoar o desempenho dos governos locais? In: **Revista do Serviço Público**, Ano 53, N.º 3, jul-set 2002.

CAPANEMA, L.X.L. & PALMEIRA FILHO, P.L. A Cadeia farmacêutica e a Política Industrial: uma proposta de inserção do BNDES. **Revista BNDES Setorial**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 23-48, mar. 2004.

CONTROLADORIA GERAL DA UNIÃO (CGU) – **Relatório de Gestão 2003** Disponível em http://www.presidencia.gov.br/cgu/relatorio_gestao_cgu_2003.pdf. Acesso em 22 de setembro de 2004.

COSTA, N. R.; SILVA, P.L.B. & RIBEIRO, J. M. A Descentralização do sistema de saúde no Brasil. In **Revista do Serviço Público**/Fundação Escola Nacional de Administração Pública. Ano 50, n.º 3, (jul-set 1999). Brasília: ENAP, 1999.

FIÚZA, E.P.S, LISBOA, M.B. Bens credenciais e poder de mercado: um estudo econométrico da indústria farmacêutica brasileira. **Rio de Janeiro: IPEA, 2001 (Texto para discussão, n.º 846)**.

GADELHA, C.A.G. O Complexo Industrial da Saúde: desafios para uma política de inovação e desenvolvimento. In Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: **Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília, 2004, p. 275-301.

GUERRA JR., AUGUSTO A. **Estudo sobre a disponibilidade e acessibilidade econômica em duas regiões do Estado de Minas Gerais: o Norte de Minas e o Vale do Jequitinhonha**. Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2002.

HEALTH SERVICES RESEARCH. **Access to care: remembering old lessons** - Editorial Column - analysis of access to medical care, health insurance – Editorial Dec, 2002 Disponível em http://findarticles.com/p/articles/mi_m4149/is_6_37/ai_97177040/print. Acesso em 28.7.2005.

- MATUS, C. **Adeus Senhor Presidente: governantes e governados**. São Paulo: Edições FUNDAP, 1997.
- MÉDICI, A.C.; BELTRÃO, K. I. & OLIVEIRA, F. **A Política de Medicamentos no Brasil**. Documento de política n.º 9. Brasília, Ipea, 1992.
- MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**. Tomo II. Salvador-BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.
- MDIC/MS. **Fórum de competitividade da cadeia produtiva farmacêutica – 2003-2006 – o desafio de prosseguir**. Disponível em www.desenvolvimento.gov.br/arquivo/publicacoes/sdp/atasubgrupo7/farmacaceutico/publicacao.pdf. Acesso em 22 de setembro de 2004.
- MOSSIALOS, E. El impacto sobre los medicamentos de la contencion Del gasto y las reformas en la asistencia sanitaria. In: LOBO, F., VELÁSQUEZ, G. (orgs.) **Los medicamentos ante las nuevas realidades economicas**. Madrid: Editorial Civitas, 1997.
- MSH. MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. **Managing drug supply: the selection, procurement, distribution, and use of pharmaceuticals**. West Hartford (CT): Kumarian Press for MSH in collaboration with World Health Organization, 2nd edition revised and expanded, 1997. 816p.
- NORONHA, J.C.; LIMA, L.D.; MACHADO, C. V. A Gestão do Sistema Único de Saúde: Características e Tendências. In Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: **Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília, 2004, p. 45-94.
- PAIM, J. S. Atenção à Saúde no Brasil. In Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: **Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília, 2004, p. 15-44.
- QUEIROZ, S., GONZÁLES, A. J. V. Mudanças recentes na estrutura produtiva da indústria farmacêutica. In: (Org.) NEGRI, B. e GIOVANNI, G. **Radiografia da saúde**. Campinas: UNICAMP, Instituto de Economia, 2001.
- RÊGO, E.C.L. Políticas de regulação do mercado de medicamentos: A experiência internacional. **Revista do BNDES**, v.7, n.º 14, p. 367-400, 2000.
- SCHENKEL, E. P. et al. Assistência Farmacêutica. In Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil: **Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília, 2004, p. 199-217.
- WHO, 2002. **The Selection of Essential Medicines**. Geneva: WHO, 2002 (WHO Policy Perspectives on Medicine, No. 4) (WHO/EDM/2002.2).
- WHO, 2004. **Equitable access to essential medicines: a framework for collective action**. Geneva: WHO, 2004 (WHO Policy Perspectives on Medicine, No. 8) (WHO/EDM/2004.4).
- WHO & UNICEF. **Final report of the international conference on Primary Health Care (Alma Ata Declaration)**. Geneva, 1978. Disponível em <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>>. Acesso em 22.8.2005.

DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS
ESSENCIAIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

ANÁLISE DE PROGRAMAS E AÇÕES
EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Luiz Antônio Marinho Pereira

Paulo Mayorga

APRESENTAÇÃO

Este estudo analisa a contribuição de programas e ações em Assistência Farmacêutica em relação à disponibilidade de medicamentos essenciais no programa saúde da família, considerando a evolução da atenção básica no Brasil com a implantação do PACS/PSF.

Para a correta compreensão do estudo proposto, a estrutura adotada contempla uma parte introdutória, a qual define o cenário e o referencial teórico do trabalho conforme descrito a seguir.

Inicialmente, a caracterização do Programa Saúde da Família (PSF) é abordada a fim de demonstrar os seus marcos regulatórios em que se evidenciam as responsabilidades dos gestores, a constituição das equipes e o financiamento do programa.

A expansão do PSF é demonstrada pela evolução no número de equipes e a cobertura populacional correspondente na totalidade do país ou por regiões geográficas.

A viabilidade dessa expansão foi garantida por um financiamento compatível, o que pode ser verificado a partir da análise dos gastos com o programa ao longo dos anos e a sua comparação com outros gastos na atenção básica.

Após a definição do contexto do PSF na Atenção Primária à Saúde (APS), a abordagem enfoca os medicamentos essenciais nesse nível de atenção. Considerando a definição de medicamentos essenciais pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e a garantia de disponibilidade destes nas atribuições da APS, como um importante marco na saúde pública, são relatadas as ações do governo brasileiro nas últimas décadas nesse cenário, incluindo a formulação da Política Nacional de Medicamentos (PNM).

Em seguida, abordam-se os programas de saúde da atenção básica e suas interfaces com a PNM, principalmente quanto à oferta de medicamentos e custos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Finalmente, destacamos que o referencial teórico considera ainda a disponibilidade de medicamentos como um indicador, entre tantos outros, do desempenho das ações de saúde na atenção básica.

Com a apropriação do conceito de disponibilidade de medicamentos essenciais, a discussão sobre os resultados obtidos neste estudo é feita a partir da "Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil" realizada pelo Ministério da Saúde (MS) no período de 2001/2002 (Brasil, 2004d). Essa avaliação investigou a presença de medicamentos essenciais nas equipes do PSF, permitindo uma classificação quanto ao seu desempenho no país e em suas regiões geográficas.

Nesse contexto, espera-se, como principal fruto deste estudo, estimular a análise e discussão sobre as competências estabelecidas aos gestores na PNM, a hierarquização

do SUS, a organização da Assistência Farmacêutica, o financiamento da PNM e, por fim, a necessidade de reorientação do modelo assistencial.

INTRODUÇÃO

A ESTRATÉGIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A adoção, no início da década de 1990, da estratégia de saúde da família, como complemento do esforço feito pela implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), veio apresentar uma resposta ao desafio de materializar os pressupostos constitucionais por meio da valorização da atenção básica (Campos, Cherchiglia e Aguiar, 2002).

A inserção do PSF de forma sistêmica nos serviços de saúde fortalece a atenção básica e coloca o Brasil em consonância com experiências internacionais em que existe evidência de que um sistema de saúde com forte base em atenção primária torna-se mais eficiente e equânime, mesmo em situações de grande iniquidade social (Souza, 2003).

Quando se evidencia a inversão do modelo de assistência à saúde, proposto pela NOB/96, torna-se necessário a edição de portarias ministeriais que regulamentem suas (verdadeiras) intenções. Concordando com Goulart (2001), vamos esculpindo o SUS a golpes de portaria. A construção do SUS tem requerido, ao longo desses anos, um esforço dos gestores de saúde na discussão e implementação de seus marcos regulatórios, no caso da experiência brasileira por edição de portarias ministeriais, que compatibilizem a descentralização das ações de saúde e o seu financiamento adequado. Diversas portarias têm contribuído para a expansão do PSF, algumas delas merecem maior detalhamento pelo caráter de institucionalização desse programa.

Apesar de publicada em novembro de 1996, a NOB/96 só começou a ser implementada, de fato, a partir de janeiro de 1998. Em fins de 1997, editou-se a Portaria GM n.º 1882/97 (Brasil, 1997) que estabeleceu o Piso da Atenção Básica –PAB – em que a remuneração das ações de saúde na atenção básica deixa de ser por pagamento de serviços prestados para transferências de recursos *per capita*, fundo a fundo, ou seja, diretamente dos cofres da união para os cofres de municípios e estados.

O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinados exclusivamente ao custeio de procedimentos e às ações da assistência básica de responsabilidade municipal.

O PAB apresenta duas partes, uma fixa e outra variável. A parte fixa corresponde ao mínimo de R\$ 10,00 per capita/ano para o conjunto de procedimentos da atenção básica, entre os quais se destacam: consultas médicas em especialidades básicas, atendimento odontológico básico, atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior, vacinação, assistência pré-natal, pequenas cirurgias, orientação nutricional e o pronto atendimento. A parte variável do PAB destina-se a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da atenção básica, as quais contemplam: ações básicas de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e ambiental e a Assistência Farmacêutica

Básica, bem como o programa de agentes comunitários de saúde, a estratégia de saúde da família, o programa de combate às carências nutricionais, e outros que venham a ser agregados.

O incentivo para o PSF apresenta uma variação no valor financeiro repassado por equipe/ano, dependendo da cobertura do programa no município. Já o incentivo do PACS tem um valor estabelecido fixo por agente comunitário/ano. Ambos são pagos em parcelas mensais de 1/12 ao município. Além desses recursos, para cada nova equipe de saúde da família implantada é repassado ao município um valor financeiro fixo, destinado ao financiamento da adequação da unidade de saúde onde estará atuando essa nova equipe.

O PAB criou novas condições de financiamento para a atenção básica, diferenciando, no seu bojo, alguns programas de saúde e/ou ações de saúde como prioritários, constantes de sua parte variável. Tornou-se então necessário editar novas portarias que regulamentassem os programas de saúde e/ou ações de saúde dessa parte variável. A Portaria GM n.º 1886/97, que aprova as Normas e Diretrizes do PACS e PSF, foi editada no mesmo dia em que a portaria instituiu o PAB, sendo que em seu anexo II trata das competências do MS, estados e municípios para o Programa Saúde da Família.

É possível verificar a grande responsabilidade do município, como gestor, na execução do Programa Saúde da Família. Cabe ao gestor municipal identificar as áreas a serem cobertas pelo PSF, instituir as unidades de saúde da família com a determinação do número de equipes e definir a composição mínima de cada uma delas. Toda essa responsabilidade vai ao encontro do processo de municipalização, mesmo havendo certo paradoxo por se tratar de um programa verticalizado, ou seja, o MS determina as condições e os requisitos para o financiamento do programa. Alguns gestores questionam a estratégia do PSF, especialmente pela criação do vínculo entre financiamento da atenção básica e implantação do programa. Outro aspecto a ser destacado é o caráter substitutivo do programa com relação ao modelo tradicional da atenção básica que tem maior determinação nas definições de cobertura populacional e área de abrangência.

A responsabilidade dos gestores estaduais na implantação do PSF, à primeira vista, comporta-se de maneira cartorial. Entretanto, o que tem se verificado em vários estados é a incorporação da estratégia do PSF como prioridade na gestão da saúde por incentivos financeiros, materiais ou humanos.

As ações de promoção e prevenção de saúde são as principais bandeiras alardeadas em torno do PSF. Outro componente predominante é o vínculo direto entre a equipe de saúde da família e os usuários, facilitado pelo cadastramento proveniente da área de cobertura de cada equipe. A formação de generalista do profissional médico, sem a necessidade de especialização, assim como a ascendência da enfermagem, com a presença do enfermeiro de nível superior e dos auxiliares de enfermagem na equipe mínima do PSF, também merecem destaque.

Em 2000, a odontologia foi incorporada ao PSF com financiamento garantido pelo MS. A equipe mínima de saúde bucal constitui-se de um profissional de nível superior de

odontologia e dois auxiliares de cirurgião dentista. Atualmente, existem aproximadamente 4.000 equipes de saúde bucal no PSF. Os municípios que desenvolvem ações de saúde bucal também recebem um incentivo financeiro por equipe implantada. De acordo com a composição das equipes, o valor financeiro repassado varia. Além disso, o MS paga um incentivo adicional por equipe implantada para a aquisição de instrumentos e equipamentos. É importante ressaltar que outros profissionais podem compor a equipe do PSF, dependendo das necessidades e prioridades da gestão municipal.

Quanto ao financiamento de novos profissionais de saúde nas equipes de saúde da família, por parte do governo federal, depende do poder de convencimento dessas corporações e da demonstração aos dirigentes do MS de que as atividades desenvolvidas por esses profissionais contribuem significativamente para o conjunto das ações de saúde na atenção básica.

Em 2001, o MS edita a Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS/NOAS/01/2001² que estabelece diretrizes para a reorganização dos serviços, destacando a estratégia do PSF e sua consolidação como eixo estruturante da atenção à saúde. Apesar do processo contínuo de expansão do PSF na imensa maioria dos municípios brasileiros, os grandes centros urbanos que podem se estabelecer como polos ou sedes de módulos no processo de regionalização proposto pela NOAS ainda se mantinham com baixa cobertura pelo PSF.

O Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) foi lançado, em 2002, por iniciativa do MS e com apoio do Banco Mundial (BIRD) com investimentos de US\$ 550 milhões divididos em partes iguais pelo Banco Mundial e governo federal. O projeto consta de três componentes básicos: apoio à conversão do modelo assistencial, o desenvolvimento de Recursos Humanos e o monitoramento e avaliação. O período de implementação compreende os anos de 2002 a 2009, distribuídos em seus três componentes básicos já citados. O primeiro componente básico atenderá somente aos municípios com população superior a 100 mil habitantes, os outros dois componentes já são destinados a todos os municípios que têm ou que ainda implementarão o PSF. Verifica-se com o PROESF a preocupação do MS em urbanizar ou “metropolizar” a estratégia de saúde da família (Brasil, 2003).

O Programa Saúde da Família em 2004 fez 10 anos de existência, atingindo mais de 65 milhões de pessoas e contando com uma quantidade superior a 20 mil equipes (Brasil, 2004a). Ao longo desse período, observa-se que a cobertura do PSF vem se expandindo em todas as regiões brasileiras. Na Tabela 1, podemos verificar a cobertura do PSF, o número de equipes, bem como os habitantes assistidos, considerando as informações regionais e o consolidado nacional.

Na Tabela 1, observa-se também que a região nordeste, a qual representa 28% da população do país, apresentou o maior número de equipes (40,3%), correspondendo a 26,6 milhões de habitantes assistidos, o que representa a maior cobertura populacional por região (53,9%).

Tabela 1: Programa de Saúde da Família: número de equipes, população assistida e distribuição regional em junho de 2004

Regiões	População * habitantes	Equipes do PSF			
		% do total de habitantes	N.º	% do total de equipes	Habitantes *Assistidos
Norte	13,7	7,7	1.340	6,5	4,4
Nordeste	49,3	28	8.297	40,3	26,6
Centro-oeste	12,3	6,9	1.582	7,8	5,1
Sudeste	75,3	42,7	6.335	30,8	21,2
Sul	26,0	14,7	3.007	14,6	9,6
Total	176,6	100,0	20.561	100,0	66,9

Fonte: Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica/SIAB / *Dados em milhões de habitantes

A região sudeste que apresenta o maior percentual da população brasileira (42,7%) tem o segundo maior número de equipes (6.335) e também o segundo maior percentual por região (30,8%) de equipes do PSF, porém apresenta a menor cobertura populacional por região (28,2%). As demais regiões apresentam percentuais bem próximos tanto sobre a população total do país como para o total de equipes do PSF. Ao longo dos 10 anos de existência do PSF, vários fatos ocorreram que marcaram sua história, desde a publicação de documentos, portarias até grandes eventos como mostras e seminários. A Tabela 2 apresenta os momentos mais marcantes.

Tabela 2: Momentos relevantes na história do Programa Saúde da Família no Brasil

Final década de 1980	Início da experiência de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde (MS)
1991	Criação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo MS.
1994	Realização do estudo: "Avaliação Qualitativa do PACS". Criação do Programa Saúde da Família (PSF). Primeiro documento oficial "Programa Saúde da Família: dentro de casa". Criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na Tabela do SAI/SUS.
1996	NOB 01/96 - Definição de novo modelo de financiamento para atenção básica à saúde com vistas à sustentabilidade financeira desse nível de atenção. Primeiro número do "Cadernos de Saúde da Família: construindo um novo modelo".

continua >

1997	<p>Reforsus - Implantação dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família.</p> <p>Segundo documento oficial “PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino.</p> <p>O PACS e PSF são incluídos na agenda de prioridades da política de saúde. Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB). Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.886, com as normas de funcionamento do PSF e do PACS.</p>
1998	<p>O PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do sistema de saúde.</p> <p>Início da transferência dos incentivos financeiros ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.</p> <p>Primeiro grande evento: “I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família”.</p> <p>Edição do “Manual para a Organização da Atenção Básica”, importante respaldo organizacional para o PSF. Definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual.</p>
1999	<p>Realização do 1º Pacto da Atenção Básica.</p> <p>Segundo grande evento: “I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família - construindo um novo modelo”.</p> <p>Lançamento do 1º número da “Revista Brasileira da Saúde da Família”.</p> <p>Realização do estudo “Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família”. Edição da Portaria n.º 1.329 que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional.</p>
2000	<p>Criação do Departamento de Atenção Básica para consolidar a Estratégica de Saúde da Família. Publicação dos Indicadores 1999 do Sistema de Informação da Atenção Básica.</p>
2001	<p>Edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/01”, ênfase na qualificação da atenção básica.</p> <p>Terceiro evento: “II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família (ESF).</p> <p>Apoio à disponibilização de medicamentos básicos para a Equipe de Saúde da Família (ESF).</p> <p>Incorporação das ações de saúde bucal no PSF. Primeira fase do estudo: “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.</p>
2002	<p>Quarto evento: “PSF - A saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros”.</p> <p>Segunda fase do estudo: “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.</p>
2003	<p>Início da execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (Proesf).</p> <p>Publicação dos indicadores 2000, 2001 e 2002 do Sistema de Informação da Atenção Básica.</p>

Fonte: Ministério da Saúde/ Informe da Atenção Básica n.º 21 (Brasil,2004a)

Nos primeiros quatro anos de sua implantação, de 1994 a 1997, o PSF assistia 3,51% da população brasileira, demonstrando que o nível de adesão dos gestores municipais era bastante limitado. No ano de 1998, o percentual praticamente dobrou, atingindo 6,57%. Esse crescimento parece estar relacionado com as novas administrações municipais que tomaram posse, o que pode significar a incorporação do PSF nas intenções de inovações das novas gestões e o reflexo das portarias que entraram em vigor. Outro fato importante nesse período foi a edição do Manual para a Organização da Atenção Básica (Brasil, 1998a). Segundo Souza (2003), ao final de 1999 a cobertura do PSF atingia 8,95% da população.

Entretanto, o crescimento mais expressivo ocorre a partir do ano de 2000 (Fig. 1), quando uma nova sistemática para o cálculo dos incentivos financeiros valoriza a cobertura populacional e reajusta os valores transferidos aos municípios. Isso certamente foi um indutor para a expansão do número de equipes nos anos subsequentes.

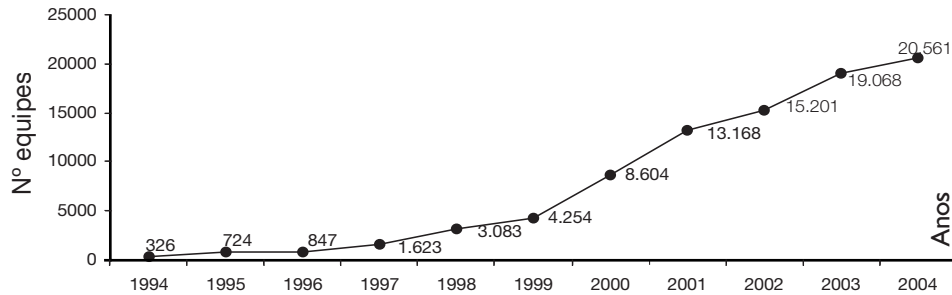


Figura 1: Evolução do número de equipes do PSF: 1994-.2004 (Jun.)

A evolução dos gastos do Ministério da Saúde, ao longo dos anos, confirma a priorização pela a atenção básica e, em especial, o PSF/PACS. A Figura 2 apresenta os gastos aplicados no PSF e PACS, desde 1994, e o percentual que esses valores representam de todo o montante destinado à atenção básica.

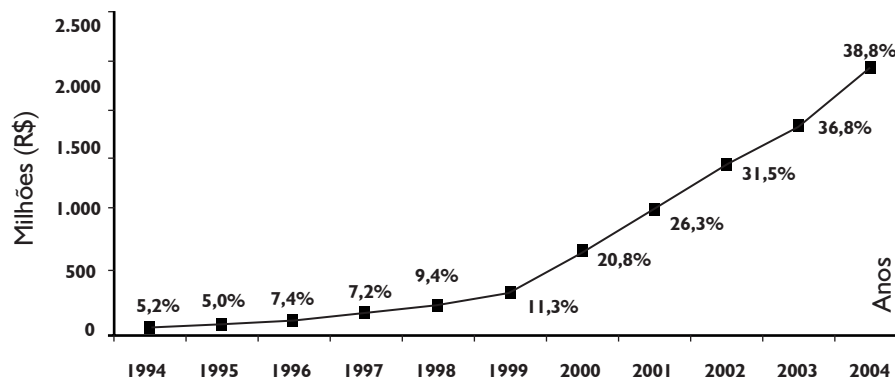


Figura 2: Evolução dos Recursos do MS (em milhões) aplicados no PACS/PSF e o percentual sobre os recursos da Atenção Básica

Verifica-se que de 1994 até 2004 o percentual sobre o total de recursos financeiros destinados à atenção básica, por esses dois programas, pulou de 5,2% para 38,8%, o que representa mais de sete vezes de aumento de participação no financiamento da atenção básica. Por sua vez, o aumento nominal em reais no período foi de 55,8 milhões de reais para 2,071 bilhões de reais, o que representa um aumento de receita superior a 3.700%.

Na Figura 3, verifica-se a evolução do orçamento federal com a atenção básica considerando seis dos seus principais gastos no período de 1998 a 2004. A evolução dos gastos com o PACS/PSF em relação aos outros é notável, principalmente a partir de 2000. O PACS/PSF atinge, em 2004, a cifra de 2,071 bilhões de reais, um valor bem próximo dos 2,137 bilhões de reais destinados ao PAB fixo.

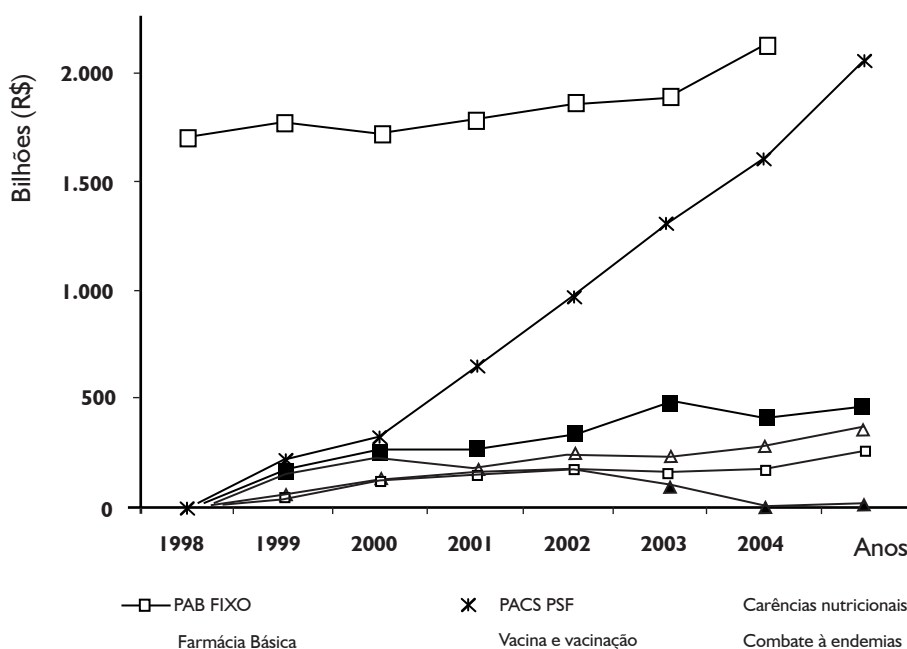


Figura 3: Evolução dos gastos federais com Atenção Básica à Saúde

Na esteira do governo federal, também as Secretarias de Estado da Saúde (SES) têm incentivado a implantação do PSF nos últimos anos, uma vez que esse programa constitui a principal estratégia para o fortalecimento da atenção básica. Cerca de 10 secretarias estaduais de saúde, em estudo realizado pelo MS no ano de 2001, proporcionaram incentivos financeiros para a implantação do PSF, utilizando diferentes critérios de repasse. Além de recursos financeiros, outras formas de incentivo, como fornecimento de material didático, insumos/medicamentos, equipamentos e recursos humanos foram utilizados (Marques e Mendes, 2003).

Contudo, apesar do crescimento dos incentivos financeiros à atenção básica, com ênfase no PAB variável e dos recursos adicionais por parte dos estados, os municípios

ainda são os responsáveis por grande parte dos recursos despendidos nesse programa. Ainda segundo Marques e Mendes (2003), em um país onde os municípios são caracterizados por apresentarem alto nível de desigualdade de renda e de capacidade de geração de receitas próprias, os incentivos federais (principalmente) e os estaduais cumprem (e deverão continuar a cumprir) um papel fundamental na busca da equidade do gasto do PSF.

MEDICAMENTOS ESSENCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Depois da imunização contra as doenças comuns da infância, a utilização apropriada de medicamentos essenciais é um dos componentes de melhor relação custo-eficácia da atenção sanitária moderna, segundo a OMS (2002). A política de saúde implantada no Brasil, desde a Constituição de 1988, tem feito referência à questão dos medicamentos na organização do SUS. No Artigo 200, o texto constitucional cita como uma das competências do SUS "a participação na produção de medicamentos" (Brasil, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990) define que o conjunto das ações e serviços prestados pelas instituições públicas federais, estaduais e municipais, de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos e medicamentos faz parte do SUS. Ela determina também que está incluída no campo de atuação do SUS a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

A ABS, com todo o seu conjunto de ações e resultados esperados, mantém uma considerada dependência com o medicamento como insumo. Conforme a OMS (2000), os produtos farmacêuticos e os medicamentos são uma das principais ferramentas necessárias para melhorar e manter o nível de saúde. Logo, o PSF e diversos outros programas e ações de saúde estão comprometidos com o acesso da população aos medicamentos essenciais.

O conceito de medicamentos essenciais foi estabelecido pela resolução adotada pelos Estados Membros da Organização Mundial da Saúde – OMS – na Assembleia Mundial de Saúde realizada em 1975 (WHO, 1995). Os medicamentos essenciais foram assim definidos:

“Medicamentos Essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades de saúde da maioria da população, devem estar disponíveis, a todos os momentos, em quantidades adequadas e em dosagens apropriadas.”

A reformulação do conceito de medicamentos essenciais foi tornando-se cada vez mais necessária face à evolução e ao surgimento de novas doenças, como a AIDS, e do alto custo do tratamento terapêutico dessa e de outras doenças. Sendo assim, a OMS reformulou recentemente o conceito original agregando a questão relativa aos custos (WHO, 2002):

“Medicamentos Essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades de saúde da maioria da população, devem estar disponíveis, a todos os momentos, em quantidades adequadas e em dosagens apropriadas, a um preço que os indivíduos e as comunidades possam arcar.”

O Brasil se antecipou em alguns anos às discussões sobre medicamentos essenciais. Em 1973, o Decreto 72.552 estabeleceu as Políticas Básicas do Plano Diretor de Medicamentos, em que no Artigo 2º definia

“estabelecimento e oficialização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, orientada em função dos problemas sanitários de maior vulto e dos grupos populacionais mais vulneráveis ou susceptíveis, consideradas as diferenças de desenvolvimento regional...” (Brasil, 1973).

Em 1975, pela Portaria 223 do Ministério da Previdência e Assistência Social foi instituída a primeira Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Essa primeira relação contava com 305 substâncias farmacêuticas, as quais deveriam passar por permanente processo de revisão.

A OMS publicou, em 1977, a primeira lista-modelo, resultado de estudos de um comitê de especialistas sobre a seleção de medicamentos essenciais. Nessa primeira lista, foram selecionadas 208 substâncias para o tratamento efetivo da maioria das doenças prevalentes no mundo (WHO, 2000). A última (13ª) lista de medicamentos essenciais da OMS, do ano de 2003, apresenta mais de 300 drogas.

Na Conferência da OMS de Alma-Ata, no ano de 1978, a proposta de um novo modelo de saúde pautado na atenção primária considerava como um dos elementos fundamentais o “acesso a medicamentos essenciais”. Esse foi o reconhecimento da OMS para a vital importância dos medicamentos essenciais para a prevenção e o tratamento de doenças que afetavam milhões de pessoas em todo o mundo.

O reconhecimento pela OMS da essencialidade dos medicamentos e a evolução dos debates tornou necessária a criação de um programa especial sobre medicamentos essenciais, com toda infraestrutura técnico-administrativa própria. Como resultado, constituiu-se o Programa de Ação sobre Medicamentos Essenciais da OMS, o qual iniciou suas atividades em 1981 (WHO, 1992). Atualmente, mais de 160 países já têm listas de medicamentos essenciais, fato que comprova a importância desse programa implementado pela OMS.

A essencialidade surge em função do planejamento da ação sanitária, com o delineamento de programas de saúde de intervenção prioritária. Os medicamentos essenciais, nesse sentido, são selecionados para satisfazer as necessidades fundamentais de saúde de todos os segmentos da população. Por esse motivo, devem estar continuamente disponíveis, em quantidade, dosagens e formas farmacêuticas adequadas (Guerra Jr., 2002).

POLÍTICAS DE MEDICAMENTOS NO PERÍODO CEME UM BREVE HISTÓRICO

A antecipação do Brasil à OMS na adoção de relação de medicamentos essenciais se deve à ação da Central de Medicamentos (CEME). A CEME foi instituída, em 1971, pelos governos militares sob a ótica do desenvolvimento e segurança nacional. Dentro desse princípio, funcionaria como órgão de deliberação coletiva, regulador da produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos estatais. Segundo Bermudez (1995), a CEME tinha como principais objetivos:

“... A promoção e a organização das atividades de Assistência Farmacêutica aos estratos populacionais de reduzido poder aquisitivo, o incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico e o incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e de laboratórios-pilotos.”

Durante toda a sua existência, competia à CEME a aquisição e distribuição dos medicamentos produzidos pelos laboratórios oficiais e privados (estes em caráter complementar) para estados e municípios atendendo a diversos programas de saúde.

Em 1987, a CEME colocou em prática o programa Farmácia Básica, o qual foi proposto para racionalizar o fornecimento de medicamentos para a atenção primária de saúde. Esse programa contava com um módulo-padrão de suprimento de medicamentos selecionados da Rename, destinados a atender às necessidades de três mil pessoas por um período de seis meses (CEME, 1987; Bermudez, 1995). Esses módulos atingiram o quantitativo de 60 medicamentos, considerados os de maior demanda na rede pública de saúde (Cosendey *et al.*, 2000).

O programa Farmácia Básica caiu em descrédito por ter em sua origem uma rigidez no seu módulo-padrão, que embora considerasse as diversidades regionais, era enviado nos quantitativos fixos pelo conjunto de três mil habitantes. O que ocorria, na maioria das vezes, era o excesso de alguns itens e falta de outros decorrentes dos quadros nosológicos diferenciados nas diversas regiões do país. Outro fator relevante foi a deficiência no planejamento de produção e na distribuição levando a entrega de medicamentos às unidades de saúde próxima do vencimento, aumentando ainda mais as perdas.

Com certeza, esses acontecimentos prejudicaram a imagem da CEME, porém a decadência ou talvez a perda do direcionamento da Central de Medicamentos se inicia com o governo Sarney passando pelo mandato do presidente Fernando Collor, época em que os projetos de autonomia, quanto à nacionalização e ao aumento da capacidade técnica de produção de medicamentos, bem como as ações da CEME de distribuição do programa Farmácia Básica, passam a ser gravemente comprometidos em virtude da reforma do estado implementada e com a abertura econômica irrestrita do país ao capital internacional (Lisboa *et al.* 2001). Nesse sentido, Pereira (1995) relatou:

“... A CEME passou por uma fase de agitação e mudanças caóticas. Sua estrutura administrativa foi desmontada usando-se como pretexto a modernização, sem na verdade ter nada de concreto para colocar no lugar, denotando uma típica ação de sabotagem, que por sorte, veio à tona com os escândalos do governo Collor.”

Durante o governo Itamar Franco, até a sua extinção em 1997, na segunda metade do primeiro mandato do governo Fernando Henrique Cardoso, a CEME continuou com as reduções orçamentárias e um sistema político-administrativo ineficiente, sempre sujeito a acomodações do jogo político partidário. Isso resultou numa série de escândalos de corrupção envolvendo seus dirigentes em diversos processos de aquisição de medicamentos. Sob pressão, restou ao governo federal sua extinção pelo Decreto n.º 2283 de 24/07/97, originando um processo de intervenção com a Secretaria Executiva do MS assumindo as responsabilidades pela aquisição e distribuição dos medicamentos.

Ainda no ano de 1997, o governo implementa o Programa Farmácia Básica – PFB – que consistia num elenco de medicamentos destinados à atenção básica para atender aos municípios de até 21.000 habitantes. Nesse período, a Secretaria de Políticas de Saúde do MS coordena um processo de elaboração de uma nova Política Nacional de Medicamentos, sendo o seu texto submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite, resultando na edição da Portaria Ministerial n.º 3916 de 30/10/98 (Brasil, 1998b).

POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E OS PROGRAMAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi concebida dentro dos princípios e diretrizes do SUS contribuindo para o processo de descentralização ao definir responsabilidades para os três gestores. A PNM tem como propósito:

“garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”. (Brasil, 1998b)

Para assegurar o alcance desse propósito, a PNM está balizada por um conjunto de oito diretrizes:

- Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais
- Regulamentação Sanitária de Medicamentos
- 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

Mesmo tendo até hoje uma política de medicamentos editada sob a forma de portaria e não por uma lei específica, aprovada pelo congresso nacional, o Brasil não está desprovido de regras claras e objetivas que permeiam esse tema tão importante. Pelo contrário, a Portaria n.º 3916/98 está bastante atual dentro das estratégias adotadas sobre medicamentos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000).

Recentemente, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou a Resolução n.º 338 de 06/05/2004 (Brasil, 2004c) que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Esta política traz, em seu cerne, um conjunto de princípios e eixos estratégicos que se assemelham bastante com as diretrizes estabelecidas pela PNM, acrescidas da prática de Atenção Farmacêutica e da expressão *serviços de Assistência Farmacêutica*. Importante ressaltar que não existe no SUS remuneração específica para os serviços de Assistência Farmacêutica.

Alguns estados brasileiros têm uma legislação específica sobre política de medicamentos. O estado de Minas Gerais, por exemplo, por meio da Lei n.º 14133 de 21/12/2001 (Minas Gerais, 2001), que estabelece a Política Estadual de Medicamentos, talvez tenha uma das legislações mais abrangentes e atualizadas nesse campo da saúde. Cabe aqui ressaltar o pioneirismo desse estado frente ao governo federal, por se tratar de uma política oriunda de seu Poder Legislativo.

Tratando especificamente da diretriz Reorientação da Assistência Farmacêutica da PNM, o MS editou a Portaria n.º 176/99 (Brasil, 1999), que estabelece critérios e requisitos para a qualificação de estados e municípios ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. Essa portaria faz parte do processo de regulamentação da PNM e foi editada após dois anos da criação do PAB, em que a sua parte variável já estava estabelecida para o Incentivo à Assistência Farmacêutica. Ressalta-se que o processo de reorientação da Assistência Farmacêutica já era parte integrante das *bases para um novo modelo de saúde* da NOB/96. (Brasil, 2001b)

Mas, a Assistência Farmacêutica surge no cenário da saúde do Brasil de forma conceitual, ainda não institucionalizada, no I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, realizado em Brasília no ano de 1988. Esse encontro originou a Carta de Brasília. Nessa carta a Assistência Farmacêutica é definida como:

“Um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde, no nível individual ou coletivo, centrado no medicamento” e deveria considerar como atividades inerentes à sua organização a “pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição, dispensação, entendida esta como ato essencialmente de orientação quanto ao uso adequado, e farmacovigilância do medicamento” (Perini, 2003).

De forma já institucionalizada, a Assistência Farmacêutica na Política Nacional de Medicamentos tem a seguinte definição:

“Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos”. (Brasil, 1998b)

O Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica inova na política de medicamentos do país, desde a era da CEME, por tratar-se de um recurso financeiro pactuado entre os três gestores. Sua composição é estabelecida por uma contribuição definidas pelas seguintes parcelas financeiras:

- Governo Federal De R\$1,00 a R\$1,50 por habitante/ano
- Governos Estaduais Mínimo de R\$0,50 por habitante/ano
- Governos Municipais Mínimo de R\$0,50 por habitante/ano

Os recursos financeiros do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica são destinados à aquisição dos medicamentos para a atenção básica. Existem no país quatro formas de pactuação desses recursos definidas pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), ou seja, cada estado e os seus municípios definem o elenco de medicamentos básicos que vão ofertar à sua população, os recursos financeiros envolvidos e quem vai adquirir e distribuir os medicamentos. Portanto, existem 27 listas de medicamentos no país, cada qual com um determinado número de medicamentos, tendo que conter os medicamentos constantes da Portaria SPS n.º 16/00. A Portaria SPS n.º 16/00 (Brasil, 2001c) estabelece o Elenco Mínimo e Obrigatório (EM) de medicamentos para Pactuação na Atenção Básica (Anexo I), de que trata a Portaria n.º 176/99. Essas 27 listas desdobram-se em mais de cinco mil listas quando se constata que cada município tem a autonomia para garantir uma complementaridade a esses elencos pactuados.

FORMAS DE PACTUAÇÃO PARA O INCENTIVO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA

a) Totalmente centralizada no estado (TCE)

Nessa forma de pactuação, os recursos financeiros dos níveis federal, estadual e municipal são depositados no fundo estadual de saúde, e o processo de aquisição de medicamentos é realizado pelo estado.

b) Parcialmente centralizada no estado (PCE)

Os recursos financeiros dos níveis federal e estadual são depositados no fundo estadual de saúde, cabendo ao estado a aquisição e distribuição aos municípios dos medicamentos pactuados, nos prazos previamente definidos e nos valores correspondentes a esses recursos. Caberá aos municípios a aquisição de medicamentos em valores equivalentes às suas respectivas contrapartidas.

c) Totalmente Descentralizada no Município (TDM)

Os recursos financeiros dos níveis federal, estadual e municipal são depositados no fundo municipal de saúde, e os medicamentos são adquiridos pelo município.

d) Parcialmente Descentralizada no Município (PDM)

Os recursos financeiros dos níveis federal e municipal são depositados no fundo municipal de saúde, e o estado faz a aquisição dos medicamentos pactuados, em valores equivalentes à sua contrapartida, os repassando aos municípios nos prazos previamente definidos.

Cabe ressaltar que, em um mesmo estado, pode haver mais de uma forma de pactuação, por exemplo: parcialmente centralizada no estado e parcialmente descentralizada no município.

O Ministério da Saúde ainda atua de forma centralizada, ou seja, adquire e distribui diversos medicamentos destinados para a atenção básica. Esses medicamentos estão incluídos em diversos programas de saúde que compõem a atenção básica. A Tabela 3 apresenta esses programas e as suas principais características.

Tabela 3: Principais programas de saúde com financiamento de medicamentos pelo Ministério da Saúde

Programa	Características
Programa Farmácia Mulher	Medicamentos que foram padronizados para o “Kit Básico e Complementar” (acrescentava-se no Kit Complementar, o dispositivo intrauterino) do Programa Nacional de Saúde da Mulher, o qual ofertou métodos anticoncepcionais aos usuários do SUS. O “Kit Básico” era enviado para localidades que haviam aderido ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), o complemento somente era enviado para municípios com população igual ou superior a 50.000 habitantes e, que também tinham aderido ao PHPN, além de terem unidades de saúde aptas a lidar com esse tipo de método contraceptivo (DIU).
Programa HiperDia (hipertensão e diabetes)	Medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos às Secretarias Municipais de Saúde. O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, aprovado pela Portaria/GM n.º 16, de 03/01/2002, estabeleceu a necessidade de reorganização da assistência, prevenção, promoção à saúde, vinculação dos usuários à rede, implementação de programas de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes mellitus e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares.

continua >

Programa	Características
Programa Alimentação e Nutrição	Um dos pontos prioritários da questão alimentar e nutricional está relacionado às deficiências de micronutrientes, centralizadas no trinômio vitamina A/ferro/iodo. Segundo a Portaria GM/MS 710/1999, a deficiência de vitamina A constitui problema endêmico em grandes espaços das regiões norte, nordeste e sudeste.
Medicamentos para tratamento da Tuberculose (TB)	Medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de atender às demandas terapêuticas referentes a morbidades específicas, como doenças “órfãs” ou de endemias, ou surtos epidêmicos que exijam atuação do gestor federal do sistema. Apesar da existência de tratamento e meios de prevenção e controle, em muitos países a incidência de TB tem aumentado, sobretudo, em decorrência do fluxo migratório e do aparecimento da AIDS, fatores aos quais o Brasil está também submetido. O <i>Directly Observed Treatment Strategy (Dots)</i> , estratégia básica de controle da doença, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e assumida pelo Brasil, compreende o compromisso político para a manutenção de um programa nacional permanente, incluindo, o diagnóstico laboratorial; o fornecimento de medicamentos; a administração supervisionada do uso da medicação; e o estabelecimento e manutenção de um monitoramento da detecção de casos e resultados dos tratamentos.
Medicamentos para tratamento da Hanseníase	De acordo com dados do MS, a hanseníase, embora seja endêmica em todos os estados e regiões do país, apresenta uma taxa de prevalência bastante variável, que oscila de 0,5 a 17 casos por 10 mil habitantes. A prevalência da doença, no período de 1985 a 2001, foi reduzida em mais de 80%, passando de 17 para quatro casos por 10 mil habitantes. Cerca de 80% dos casos concentram-se em aproximadamente 600 municípios brasileiros, onde habitam mais de 50% da população do país. A doença deverá, até 2005, ser eliminada como problema de saúde pública, ou seja, apresentar taxa de prevalência de menos de um doente a cada 10 mil habitantes.
Programa Farmácia Penitenciária	Para viabilizar uma atenção integral à saúde da população do Sistema Penitenciário Nacional, estimada em mais de 200 mil pessoas, distribuídas em todas as unidades federadas, foi desenvolvido o programa de Assistência Farmacêutica específico. Isso decorreu da estimativa de que, em decorrência de fatores de risco a que está exposta grande parte dessa população, ocorra um número significativo de casos de DST/AIDS, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus, bem como a necessidade de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nos presídios. Nesse sentido, foi desenvolvido um “Kit de Medicamentos da Farmácia Penitenciária”.
Programa Diabetes	Medicamentos do Programa de prevenção e controle de doenças crônico-degenerativas – diabetes, insulinas NPH Humana e Suína adquiridos pelo MS e distribuídos aos municípios.

continua >

Programa	Características
Produtos do Programa de “Medicamentos Essenciais” para a área de Saúde Mental	Medicamentos que são financiados pela União e pelos estados, adquiridos por estes ou municípios e distribuídos apenas nas unidades da rede pública de atenção ambulatorial de saúde mental.
Endemias Focais	Medicamentos financiados pelo MS para atender a diversas doenças prevalentes como: malária, esquistossomose, Doença de Chagas, leishmaniose, dentre outras.
Programa da AIDS	Medicamentos como antirretrovirais inibidores de protease, inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeo e inibidores de transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeo são adquiridos pelo MS e distribuídos aos municípios que têm o programa de AIDS implementado.

Fonte: Ministério da Saúde - Departamento de Economia da Saúde - Relatório Técnico “Gastos com Medicamentos Financiados pelo SUS em 2002” (Brasil, 2004b)

Cabe salientar que cada programa citado no quadro anterior tem uma coordenação e corpo técnico específico responsáveis pela elaboração de elencos de medicamentos, programação das necessidades e acompanhamento das distribuições. O MS não tem um comitê ou comissão única para a definição de todos os medicamentos ofertados pelos diversos programas. Desse modo, ocorre uma pulverização nas decisões gerando um modelo de Assistência Farmacêutica fragmentado, principalmente para a disponibilidade de medicamentos essenciais, pois ocorre tanto uma superposição de medicamentos que compõem os elencos como uma deficiência na complementaridade entre os diversos programas. Outro fator de destaque é que dessa forma o MS tem gastos vultuosos com toda a logística que envolve cada um desses programas.

Especificamente para o PSF, no ano de 2001, o MS criou o Programa Farmácia Popular ou Kit PSF, por meio das Portarias GM n.ºs 343/01 e 786/02 (Anexo II). Isso significa que somado a todos os medicamentos constantes nos elencos de todos os programas que atendem à atenção básica, as equipes do PSF dispõem para os seus usuários 33 medicamentos básicos e como se verá adiante, presentes, muitas vezes, nos elencos pactuados para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica.

Apesar de não constituir o foco deste trabalho, algumas informações financeiras podem complementar essa abordagem, ilustrando a dimensão econômica referente à situação dos medicamentos na atenção básica. Nesse sentido, observa-se que os gastos diretos com medicamentos efetuados pelo MS ultrapassaram a barreira de R\$ 1,7 bilhão de reais no ano de 2003. A Tabela 4 apresenta os gastos realizados pelo MS nos diversos programas de saúde sob sua gestão ou cogestão. Nessa tabela, constam os gastos totais

com todos os programas e somente para os programas que atendem à atenção básica. É importante salientar que não estão computados os gastos com medicamentos embutidos nas Autorizações para Internações Hospitalares (AIHs) que, conforme as estimativas, representam mais que R\$ 1 bilhão de reais/ano.

Tabela 4: Gastos com Medicamentos pelo Ministério da Saúde no ano de 2003

Programas de Saúde	Valor em Reais	Valor em Reais na Atenção Básica
DST/AIDS	542.592.925,50	-----
Medicamentos Excepcionais de Alto Custo	674.277.928,80	-----
Alimentação e Nutrição	1.475.920,00	1.475.920,00
Diabetes (Insulina)	91.316.130,00	91.316.130,00
Diagnóstico	1.963.926,00	-----
Endemias Focais	24.405.020,81	24.405.020,81
Farmácia Mulher	6.453.263,45	6.453.263,45
Farmácia Penitenciária -Kit	197.820,50	197.820,50
Hanseníase	1.333.664,22	1.333.664,22
Hemoderivados	98.419.787,80	-----
Hiperdia	59.661.598,40	59.661.598,40
Kit PSF	89.091.850,00	89.091.850,00
Lupus	150.866,16	150.866,16
Pneumologia Sanitária	17.059.661,77	17.059.661,77
Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica	178.643.696,00	178.643.696,00
Total	1.787.044.059,41	469.789.491,31

Figura 4: Gastos em percentual com medicamentos na Atenção Básica em relação aos demais Programas

Fonte: Ministério da Saúde/ Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Analisando-se a Figura 4 é possível verificar que apenas 26,29% do total dos recursos financeiros foram aplicados na aquisição de medicamentos para a atenção básica. O restante, 73,71%, foi gasto com medicamentos para os demais programas de saúde.

É importante enfatizar que os programas de DST/AIDS e medicamentos de dispensação em caráter excepcional (alto custo) consumiram mais que 1,2 bilhão de reais para atender menos que 1 milhão de usuários do SUS.

Os estados e municípios também efetuam gastos consideráveis de seus orçamentos para a área da saúde com a aquisição de medicamentos. Segundo dados de 2002, do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), dos municípios e estados que alimentaram a base de dados desse sistema, os gastos com medicamentos para todos os programas de saúde foram superiores a 1,4 bilhão de reais. Considerando que não foram computados no SIOPS os gastos de todos os municípios e estados, os gastos devem ser bem superiores a essa cifra.

De acordo com a Federação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas, o mercado farmacêutico brasileiro, no ano de 2003, faturou mais que 5,5 bilhão de dólares o que representa aproximadamente 15 bilhões de reais. Somando-se ao faturamento dos laboratórios oficiais que foi de aproximadamente 500 milhões de reais, totaliza-se 15,5 bilhões de reais para o ano de 2003. Considerando-se todos os gastos com medicamentos pelos gestores públicos tem se um valor aproximado anual da ordem de 4,5 bilhões de reais, o que representa quase 30% do mercado farmacêutico nacional.

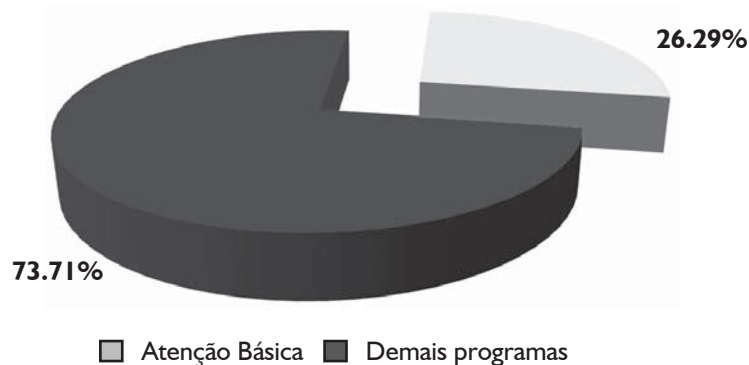


Figura 4: Gastos em percentual com medicamentos na Atenção Básica em relação aos demais Programas

Sabe-se que mundialmente grande parte da população não tem acesso aos medicamentos essenciais, principalmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil (OMS, 2003). Os gastos com medicamentos pelo SUS, apesar de serem relevantes, ainda estão aquém das necessidades da população brasileira. O desenvolvimento do Brasil também passa por uma PNM que atenda a todas as demandas dos serviços e ações de saúde, com financiamento adequado, para garantir os princípios constituídos no SUS.

ACESSO E DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS COMO INDICADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os medicamentos essenciais são insumos imprescindíveis para várias ações de saúde e sua disponibilidade pode ser utilizada como um dos indicadores na avaliação da atenção primária à saúde. A simples disponibilidade de um serviço de saúde e de medicamentos gerará demanda, pois a existência de um serviço pode motivar o usuário a utilizá-lo sob o pretexto da manutenção ou prevenção da saúde (Pereira 1995).

A avaliação do acesso a medicamentos essenciais no SUS deve, também, considerar que:

“o acesso a um serviço ou a insumo de saúde nem sempre é determinado somente pela oferta da assistência à saúde, fatores sócio-econômicos e culturais também devem ser considerados” (Guerra Jr. , 2002).

Novamente, é na Conferência de Alma-Ata (1978) que a discussão sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde ganha grande interesse, em que a definição de indicadores permite avaliar a qualidade da atenção primária à saúde. O documento final de Alma-Ata trata do acesso aos serviços de saúde sob quatro dimensões assim sistematizadas:

Acessibilidade Geográfica – são variáveis que se relacionam com a localização dos serviços de saúde: distância, tempo necessário para atingir o serviço e os meios de transporte disponíveis para a população, entre outros fatores.

Acessibilidade Econômica – são variáveis que identificam o custo dos serviços. Estabelece que independentemente da forma de pagamento adotada, o custo financeiro dos serviços deve estar ao alcance dos usuários e do sistema adotado no país.

Acessibilidade Cultural – são variáveis que indicam a adequação das normas técnicas do serviço aos hábitos e costumes da população usuária.

Acessibilidade Funcional – são variáveis que se relacionam com a disponibilidade contínua do tipo certo de cuidado pela oferta de serviços oportunos e compatíveis com as necessidades da população (Guerra Jr., 2002).

Essa definição apresentada pela OMS encontra similaridades com diversas outras propostas de conceito sobre o acesso. Porém, existem outros modelos como o de Penchansky e Thomas (1981) que conceituam o acesso considerando, especificamente, a relação entre usuários e os serviços de saúde. Para tanto, cinco dimensões foram utilizadas:

Disponibilidade: relação estabelecida entre o tipo de serviços e volume de recursos existentes em função das necessidades e volume de usuários.

Acessibilidade: relação estabelecida entre a localização do serviço e a dos usuários, levando em conta os recursos dos usuários de transporte, tempo de viagem, distância e custo.

Acomodação: relação estabelecida entre a maneira na qual os serviços são organizados para aceitar usuários, em termos de sistemas de marcação de consultas, horário de funcionamento, instalações apropriadas e do relacionamento paciente/provedor existente, devido à capacidade e percepção dos usuários em aceitar como apropriados o conjunto desses fatores.

Capacidade de pagamento: relação estabelecida entre o custo dos serviços e a capacidade de pagamento do usuário ou cliente.

Aceitabilidade: relação estabelecida pelas atitudes dos usuários frente às práticas que caracterizam um serviço, tendo como referência outros serviços existentes aceitáveis para esses usuários (Guerra Jr., 2002).

As abordagens sobre o acesso tanto da OMS quanto de Penchansky e Thomas (1981) demonstram que por abranger situações tão distintas, o acesso não pode ser avaliado de forma unidimensional (Hortale *et al.*, 2000). As necessidades da população referentes a serviços de saúde e/ou insumos devem ser supridas englobando um conjunto de

dimensões complementares entre si, ou seja, as políticas de saúde devem compreender, em perfeita harmonia, a relação usuário/ambiente/cidadania.

O processo de implementação e organização da atenção primária no Brasil com o crescente volume de investimentos para o desenvolvimento de suas ações tem resultado numa maior cobertura populacional para esse nível de atenção à saúde, principalmente a partir do SUS. O PSF, como estratégia da atenção primária, tem contribuído para o alcance de percentuais cada vez maiores de cobertura da ABS.

Os dados do MS apresentados neste estudo nos confirmam a ampliação da cobertura populacional pelos serviços de saúde na ABS. As dimensões apresentadas pela OMS e por Penchansky e Thomas para as definições sobre acesso a serviços, excetuando-se acessibilidade econômica e capacidade de pagamento, respectivamente, aplicam-se para medir o acesso da população aos serviços do SUS.

Com relação especificamente ao acesso a medicamentos na ABS, vários fatores ou dimensões também estão relacionados. Como já visto, os gastos em medicamentos para a ABS somados (governos federal, estaduais e municipais) estão estimados em torno de R\$3,00 per capita/ano, em média. Sabe-se que esses valores estão aquém das necessidades, porém tem crescido ao longo dos últimos anos, disperso em diversos programas de saúde.

O PSF tem sido um programa de saúde priorizado no país com investimentos consideráveis e crescentes para sua implementação, daí sua defesa como estratégia. Para maior garantia de acesso aos medicamentos por seus usuários, o PSF conta com um incremento financeiro que garante, à sua população coberta, um valor *per capita* anual de R\$ 1,40 (Hum real e quarenta centavos) que se soma a todos os demais recursos financeiros destinados para os medicamentos na ABS.

Alguns estudos de disponibilidade de medicamentos na ABS têm apontado para o redirecionamento de algumas ações na implementação da Assistência Farmacêutica no país. A otimização dos recursos existentes, a necessidade de se avaliar o incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, a utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e o real conhecimento das necessidades do SUS para ampliar o acesso e promover o uso racional de medicamentos são decisivos para o alcance da eficiência da PNM. (Brasil, 2002a).

Podemos conferir à disponibilidade, como sendo um dos componentes do acesso a medicamentos, a possibilidade de avaliar algumas políticas de saúde, dentre elas a PNM. Entender que a PNM abrange todos os níveis de atenção à saúde, de grande interesse para o SUS, é poder diagnosticá-la como fator considerável na implementação do conjunto de ações e programas que integra a ABS, especificamente o PSF. Por intermédio de um estudo da disponibilidade de medicamentos nas equipes do PSF, feito nos anos de 2001 e 2002 pelo MS, pretende-se nesta dissertação verificar a contribuição da PNM para as ações do PSF e, ao mesmo tempo, de que modo a implantação do PSF está contribuindo para a promoção do acesso a medicamentos essenciais.

Metodologia

Natureza do estudo:

O estudo desenvolvido contempla metodologia descritiva do tipo documental e *ex post facto*, tendo como unidades de análise 13 medicamentos essenciais e a respectiva frequência de disponibilidade nas equipes do programa saúde da família.

Coleta de dados:

As informações necessárias à realização deste estudo foram obtidas em diversas fontes, as quais são enumeradas a seguir:

Documentos ministeriais, instrumentos legais, documentos técnicos e a base de dados da Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil.

Foram visitadas mais de 13 mil equipes de saúde da família. Como o tempo de coleta foi longo, ocorreram variações no número de equipes passando de 13.800 (junho de 2001) a 16.195 (agosto de 2002). A base de dados disponibilizada pelo MS para a questão de medicamentos continha resposta válida para 13.365 equipes. Especificamente, para a questão da avaliação normativa que abordava sobre disponibilidade de medicamentos, foram utilizadas as informações de presença ou ausência de 17 medicamentos.

O instrumento de coleta de dados permitiu avaliação da presença ou não no local de dispensação dos marcadores estabelecidos no momento da entrevista, independentemente da quantidade disponível. Não foi considerada a dispensação em farmácias privadas e residências de autoridades locais. Também não foram consideradas amostras grátis de medicamentos.

Análise Descritiva:

As informações da base de dados da avaliação normativa do PSF, no que se refere à distribuição das equipes e à disponibilidade de medicamentos, foram tabuladas com o auxílio do programa de *software* SPSS.

Inicialmente, analisou-se a frequência dos 13 medicamentos essenciais no conjunto das equipes do PSF. Em seguida, analisou-se os 13 medicamentos essenciais na população de equipes e sua distribuição por região e estado. As equipes foram classificadas quanto à disponibilidade desses 13 medicamentos de acordo com o número de itens disponíveis no momento da visita e considerando quatro categorias de desempenho categoria D (0 a 2 itens presentes), categoria C (3 a 6), categoria B (7 a 10) e categoria A (11 a 13).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

MONITORAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – 2001/2002

A análise que se propõe este estudo é sobre a abordagem proposta no questionário da Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil em relação à questão dos medicamentos, que constituiu uma das principais fontes de informação para o presente trabalho.

Algumas limitações metodológicas foram identificadas pelo próprio MS neste estudo. O longo tempo de coleta dos dados limitou significativamente as comparações dos dados entre os estados, investigados em momentos muito distintos, e a interpretação dos resultados para cada estado, uma vez que a situação que se apresentava em 2001 no conjunto das equipes investigadas poderia estar completamente diferente ao final da coleta em agosto de 2002. Com certeza, essa limitação somada a outras, como a verificação da carga horária dos profissionais e a inclusão de equipes que estavam em funcionamento e não cadastradas no sistema de informação da atenção básica, podem ter influenciado em alguns objetivos do estudo, porém não invalidam os resultados obtidos, mas devem orientar uma leitura mais cuidadosa.

Os fatores limitantes, especificamente com relação à questão colocada no questionário sobre a presença dos 17 medicamentos selecionados para a verificação de disponibilidade nas prateleiras das unidades de saúde da família e/ou farmácias municipais, não influenciaram nos resultados obtidos. Isso porque, durante o período do estudo censitário, não houve modificações na PNM praticada para a atenção básica. Nesse período, o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica já completava dois anos, com adesão de todos os estados e o Programa Farmácia Popular – Kit PSF– acabara de ser implementado em março de 2001, com sua primeira distribuição realizada em abril e maio deste mesmo ano, ou seja, dois meses antes do início do estudo.

Portanto, este estudo foi e continua até então como o primeiro censo, no caso do PSF, e com a maior amostragem já realizada no SUS de disponibilidade de medicamentos utilizados na atenção básica.

No entanto, torna-se importante ressaltar dois aspectos para uma análise crítica na abordagem da questão dos medicamentos colocada no estudo. O primeiro é com relação aos itens selecionados para o estudo. Como já mencionado na metodologia desta dissertação, 13 medicamentos essenciais foram selecionados para a análise das *performances* das equipes do PSF nos estados e regiões brasileiras. O estudo do MS selecionou 17 medicamentos que foram selecionados como *aqueles essenciais ao tratamento de problemas de saúde mais frequentes (Brasil, 2004d)*. Nota-se uma diferença de quatro itens que se refere aos medicamentos que não pertencem à Rename. Verifica-se aqui a utilização do termo essencial de forma equivocada seja pelo desconhecimento da Rename, seja ela familiarização dos organizadores do estudo com o termo essencialidade, aplicando-o de forma genérica.

O segundo aspecto, que de certa forma também não deixa de ser com relação aos itens de medicamentos selecionados no estudo, é porque os organizadores não aproveitaram a oportunidade para avaliar de uma forma mais direta os programas de medicamentos direcionados exclusivamente à atenção básica. O MS dispunha nessa época de dados dos elencos pactuados para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e poderia utilizar-se talvez do Elenco Mínimo e Obrigatório (EM), como um indicador da eficácia do incentivo, nas equipes do PSF. Outra questão mais intrigante é porque não teve como referência o elenco do Kit PSF, visto que foi criado exatamente para atender às equipes do programa e já havia sido distribuído nacionalmente. Talvez, com a avaliação de um desses elencos de medicamentos já citados, tivéssemos um retrato mais fiel da eficiência desses programas de medicamentos, em que elementos surgiriam para uma reorientação da Assistência Farmacêutica mais condizente às reais necessidades da atenção básica.

É possível concluir que o olhar do estudo para os medicamentos ocorreu a partir do ponto de vista de infraestrutura e não como um bem social ou um instrumento terapêutico de suma importância para as ações da atenção à saúde. Nesse caso, o medicamento é um item de grande custo e demanda para as ações da atenção básica, incluindo o estratégico Programa de Saúde da Família. De fato, esse estudo desenvolvido pelo MS, com a disponibilização de seu vasto banco de dados, tem possibilitado diversas outras análises como este próprio estudo que tem como um de seus intuitos contribuir para o aprimoramento da organização da atenção básica no SUS.

Dessa forma, os resultados e a discussão serão apresentados a partir dos dados disponibilizados pelo PSF/DAB/MS da questão específica sobre medicamentos da Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil, em que gráficos e tabelas demonstrarão a *performance* das equipes do PSF para a disponibilidade dos 13 medicamentos essenciais selecionados.

ESTUDO DE DISPONIBILIDADE DE 13 MEDICAMENTOS ESSENCIAIS NAS EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Tabela 5 apresenta o comportamento estatístico da frequência dos 13 medicamentos essenciais selecionados em 13.973 equipes do PSF no período de junho de 2001 a setembro de 2002 pela Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil – Monitoramento das Equipes de Saúde da Família.

Tabela 5: Comportamento Estatístico dos 13 medicamentos Essenciais nas Equipes do PSF

Equipes		Medicamentos					
Válidas	Sem Resposta	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão
13.365	608	0	13	8,55	9,00	10,00	2,98

Para o estudo da questão de medicamentos abordada na Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil, foram visitadas, ao todo, 13.973 equipes, sendo que em 608 destas não foram obtidas respostas. Portanto, as respostas válidas referem-se a 13.365 equipes do PSF.

A média de medicamentos presentes nas equipes do PSF foi de 8,55 dos 13 medicamentos avaliados. A mediana apresenta um valor bem próximo à média, ou seja, nove medicamentos presentes. Isso representa o perfil censitário da avaliação. A moda foi de 10 medicamentos, em que logicamente se considerou o mínimo de zero e o máximo de 13 medicamentos.

MÉDIA DA PRESENÇA DOS 13 MEDICAMENTOS ESSENCIAIS NAS EQUIPES DO PSF

Como já relatado, os 13 medicamentos essenciais aqui avaliados constam do EM e/ou do Kit PSF. Assim, os medicamentos constantes no EM são em número de oito, sendo eles: Amoxicilina 500mg cápsulas, Captopril 25mg comprimido, Carbamazepina 200mg comprimido, Digoxina 0,25mg comprimido, Fenobarbital 100mg comprimido, Metronidazol 250mg comprimido, Nistatina creme vaginal e Penicilina 1.200.000UI. Da mesma forma, aqueles pertencentes ao elenco do Kit PSF também são em número de oito, sendo: AAS 100mg comprimido, Captopril 25mg comprimido, Dexametasona creme, Furosemida 40mg comprimido, Metronidazol 250mg comprimido, Metronidazol geleia vaginal, Neomicina+Bacitracina pomada e Penicilina 1.200.000UI. Portanto, dos 13 medicamentos avaliados, três medicamentos (Neomicina+Bacitracina pomada, Metronidazol 250mg comprimido e Penicilina 1.200.000 UI) pertencem aos elencos do EM e Kit PSF. Assim, a disponibilidade desses 13 medicamentos deveria estar assegurada, pelo menos teoricamente, nas prateleiras das farmácias que atendem ao PSF.

Importante também é que os 13 medicamentos essenciais avaliados atendem a diversas necessidades da atenção básica, como medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão, saúde mental, antibióticos e antiparasitários. Logo, são bastante representativos, o que ratifica os objetivos iniciais do MS na avaliação das equipes do PSF. Ressalta-se aqui, que os elencos de medicamentos utilizados pelos municípios brasileiros para atender às necessidades da atenção básica variam em quantitativo de itens e qualidade, de unidade federada para unidade federada, como será visto mais adiante.

Antes de discutir a frequência média nacional dos 13 medicamentos essenciais, é importante salientar que os dados trabalhados neste estudo não foram estratificados para o âmbito municipal, ficando, portanto, com abrangência para regiões e unidades federadas, o que não invalida as análises. Esse comentário faz-se necessário, visto que o PSF é um programa sob gerência municipal. Quanto à aquisição de medicamentos para a atenção básica, cabe aos gestores municipais o complemento das necessidades. Por isso, as análises que serão feitas devem considerar que, além do incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e do Kit PSF, os municípios podem estar adquirindo medicamentos de forma

complementar. Logicamente, essa complementaridade está sujeita aos interesses do gestor municipal no sucesso de implantação do PSF e em suas condições financeiras para arcar com esses gastos.

A Figura 5 apresenta a média da presença de cada medicamento na totalidade das equipes do PSF no país. Nenhum dos itens estava disponível em 100% nas prateleiras. O item que apresenta menor disponibilidade é a Amoxicilina 500mg cápsulas, um dos antibióticos mais utilizados no país, com um percentual de 38,87%.

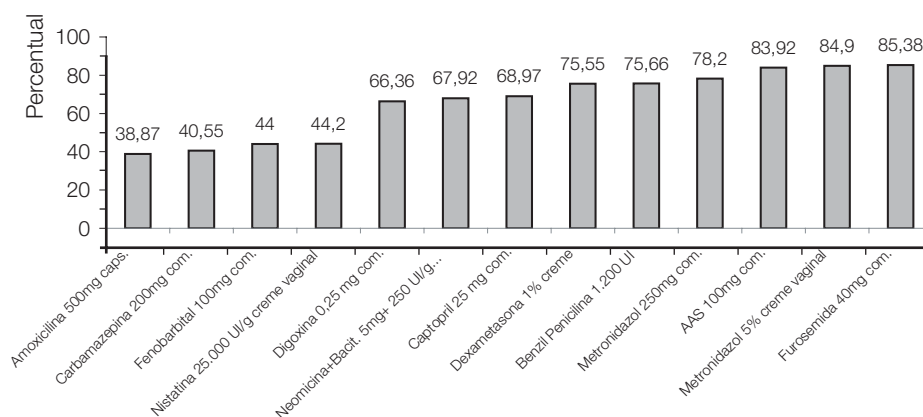


Figura 5: Percentual médio da presença dos 13 medicamentos essenciais nas equipes do PSF

Ainda com índices inferiores a 50%, encontram-se a Nistatina creme vaginal (44,20%) e os itens Carbamazepina 200mg comprimido (40,55%) e Fenobarbital 100mg comprimido (44,00%), estes dois últimos destinados à saúde mental. Entre 60 e 70% encontram-se Digoxina 0,25mg comprimido (66,36%), Neomicina+ Bacitracina pomada (67,92%) e Captopril 25mg comprimido (68,97%), este chama a atenção por estar tanto no elenco do Kit PSF como no EM, além de ser distribuído em todo o território nacional pelo programa Hiperdia. Entre 70 e 80% se encontram Dexametasona creme (75,55%), Metronidazol 250mg comprimido (78,20%) e Penicilina I.200.000UI (75,66%), sendo que os dois últimos pertencem aos elencos do Kit PSF e EM. Acima de 80%, encontram-se três itens: AAS 100mg comprimido (83,92%), Metronidazol geleia vaginal (84,90%) e Furosemida 40mg comprimido (85,38%). Nota-se que nenhum dos 13 medicamentos atingiu patamares na casa dos 90%.

Pesquisa realizada pela GTAF/DAB/MS em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva – NESCON – da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), entre os meses de setembro e novembro de 2001, com o objetivo de avaliar a organização da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros, identificou a disponibilidade e utilização de medicamentos no SUS, com ênfase na atenção básica.

Dentre os itens avaliados nesta pesquisa, apenas Metronidazol geleia vaginal não consta dos 13 medicamentos essenciais descritos anteriormente (Brasil, 2002a).

A pesquisa realizada pelo MS e NESCON identificou os 10 itens mais consumidos pelos municípios nos seis meses anteriores à sua realização, propiciando um elenco de 42 itens mais citados. Destaca-se que Captopril 25mg comprimido foi citado por 60,7% dos municípios pesquisados, ocupando o segundo lugar, e a Amoxicilina 500mg cápsulas, com 58,2% de citação pelos municípios, ocupando o terceiro lugar. Com 38,3% de citação aparece Penicilina 1.200.000 UI, ocupando o sexto lugar, e AAS 100mg comprimido na sétima colocação com 36,9% de citação pelos municípios. Os demais itens apresentam um percentual de citação pelos municípios que variam de 3,6 a 27,0%, ocupando posições entre o décimo quarto até a trigésima nona posição.

O importante no comparativo entre essas duas pesquisas é que foram realizadas pelo mesmo departamento do MS e no mesmo período. Além disso, os dados obtidos pela pesquisa MS e NESCON demonstram a representatividade, em termos de consumo e presença em elencos municipais, dos 13 medicamentos essenciais avaliados.

O DESEMPENHO DAS EQUIPES DO PSF QUANTO AO NÚMERO DE MEDICAMENTOS PRESENTES

Considerando que as equipes de saúde da família foram avaliadas de forma censitária, foram criadas categorias para uma melhor avaliação do desempenho quanto à presença dos 13 medicamentos essenciais avaliados.

Sendo assim, a Tabela 6 apresenta a distribuição das equipes do PSF de acordo com a presença dos 13 medicamentos essenciais, o percentual para cada faixa e o acumulado percentual. Foram criadas quatro categorias: D para a faixa de 0 a 2 medicamentos presentes; C para a faixa de 3 a 6 medicamentos presentes; B para a faixa de 7 a 10 medicamentos presentes e A para a faixa de 11 a 13 medicamentos presentes.

Tabela 6: Número e percentual de equipes do PSF para as categorias estabelecidas

	Frequência	Percentual	Percentual Válido	Acumulado e Percentual
D (0 a 2 medicamentos)	513	3,7%	3,8%	3,8%
C (3 a 6 medicamentos)	2608	18,7%	19,5%	23,4%
B (7 a 10 medicamentos)	6.361	45,5%	47,6%	70,9%
A (11 a 13 medicamentos)	3.883	27,8%	29,1%	100,0%
Total	13.365	95,6%	100,0%	-
Sem resposta	608	4,4%	-	-
Total	13.973	100,0%		

Na Figura 6, apresenta-se o quantitativo de equipes do PSF para cada categoria e o percentual correspondente.

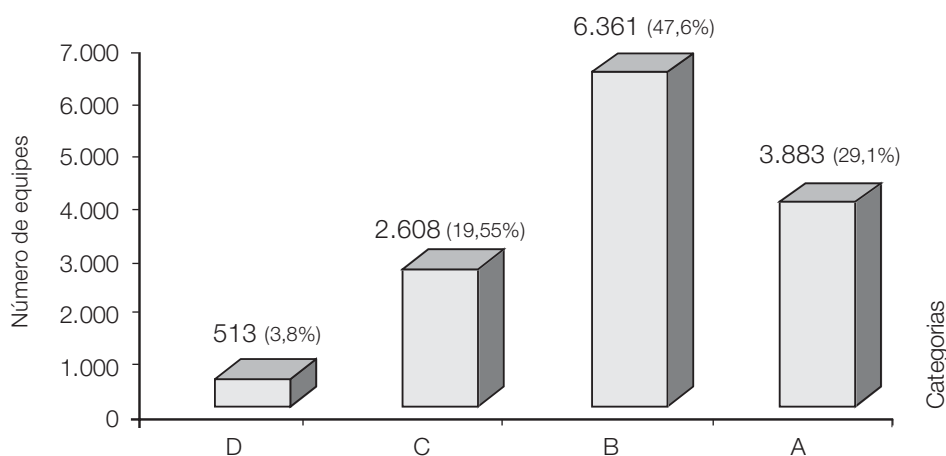


Figura 6: Número de equipes para cada categoria de classificação

Verifica-se que a grande maioria das equipes do PSF (6.361), o que representa 47,6%, se enquadram na categoria B. Já 29,1% das equipes (3.883) se encontram na categoria A. Porém, 23,3% das equipes do PSF (3.121) estão nas categorias C (19,5%) e D (3,8%).

Outro ponto a ser destacado é que aproximadamente um quarto das equipes do PSF (23,3%), o somatório das categorias C e D, tem uma disponibilidade para os 13 medicamentos essenciais em situação bastante crítica. Ademais, a grande maioria que apresenta a categoria B, ou seja, quase a metade das equipes do PSF, não atingiu patamares superiores a mais que 10 medicamentos disponíveis dentre os 13 avaliados. Portanto, menos de um terço das equipes (29,1%) com a categoria A poderia ser considerada em condições menos desfavorecidas.

DESEMPENHO DAS EQUIPES DO PSF POR REGIÃO

A Figura 7 apresenta, para cada região do país, o percentual das equipes do PSF para as categorias definidas.

A região norte é a que apresenta o pior desempenho dentre as regiões quando se soma os percentuais das equipes com as categorias C e D. O valor somado dessas categorias atinge 44,9% das equipes, sendo 3,6% para a D e 41,3% para a C. As regiões centro-oeste e nordeste apresentam para a soma dessas duas categorias índices semelhantes 32,1% e 30,9%, respectivamente. A partir disso, verifica-se nessas regiões índices preocupantes para essas categorias, sendo que as regiões centro-oeste e nordeste apresentam valores próximos, porém superiores a 5% das equipes para a categoria D. Já as regiões sudeste e sul apresentam respectivamente 12,1% e 10,3% para a soma dessas categorias, bem abaixo das demais regiões. Para a categoria D, especificamente, essas duas regiões apresentam índices inferiores a 2% das equipes.

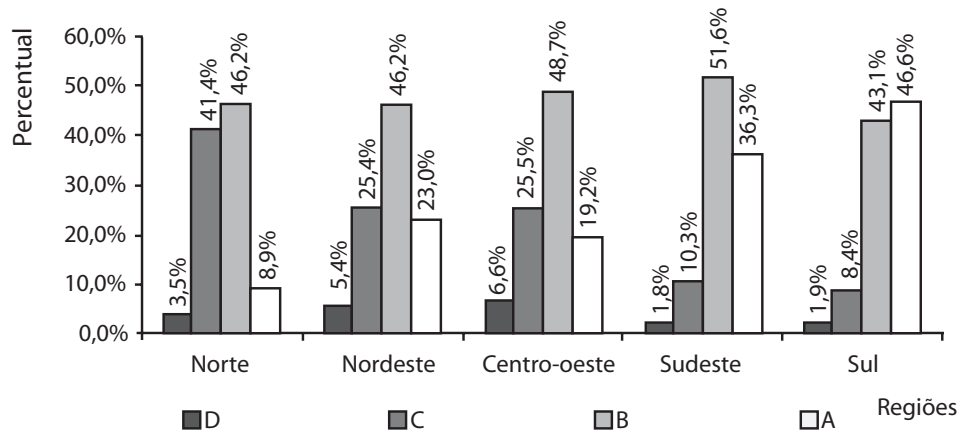


Figura 7: Percentual de equipes do PSF para as categorias definidas por região geográfica

Quando se analisa a soma das categorias A e B o destaque é a região sul, a qual apresenta o melhor desempenho dentre todas as regiões. Com 46,6% das equipes para a categoria A, o único índice superior a 40% para essa categoria, e 43,1% para a categoria B, a região sul praticamente atinge cerca de 90% das equipes para essas duas categorias. A região sudeste vem a seguir com 87,9% das equipes para as mesmas categorias somadas. As regiões centro-oeste e nordeste novamente apresentam um desempenho semelhante com 67,9% e 69,1% para a soma dessas categorias, respectivamente. A região nordeste apresenta 23% das equipes para a categoria A, um pouco superior aos 19,2% apresentados pela região centro-oeste. Por fim, como era presumível, a região norte apresenta 55,1% de suas equipes para a soma dessas categorias, sendo que apenas 8,9% das equipes apresentam a categoria A.

DESEMPENHO DAS EQUIPES DO PSF POR UNIDADES DA FEDERAÇÃO DE ACORDO COM AS CATEGORIAS DEFINIDAS

A seguir, serão apresentados os gráficos referentes à participação de cada unidade da federação, em ordem crescente de percentual de equipes, para cada categoria estabelecida.

A Figura 8 apresenta a categoria D. O índice de equipes do PSF para essa categoria variou de zero percentual no estado do Acre até 20,8% das equipes do estado do Amapá. Destaca-se que o estado do Amapá, com 26 equipes na época, apresentava o menor número de equipes do PSF no país, seguido pelo DF com 56 equipes e pelo AC com 71 equipes. A média foi de 5,3% das equipes para esse critério, sendo que 11 estados tiveram valores superiores à média, incluindo o estado do PA que obteve valor igual ao da média. Desses 11 estados, seis pertencem à região nordeste (PI, AL, PB, RN, MA, SE), quatro estados pertencem à região norte (PA, RO, TO e AP) e o último é o estado de GO da região centro-oeste.

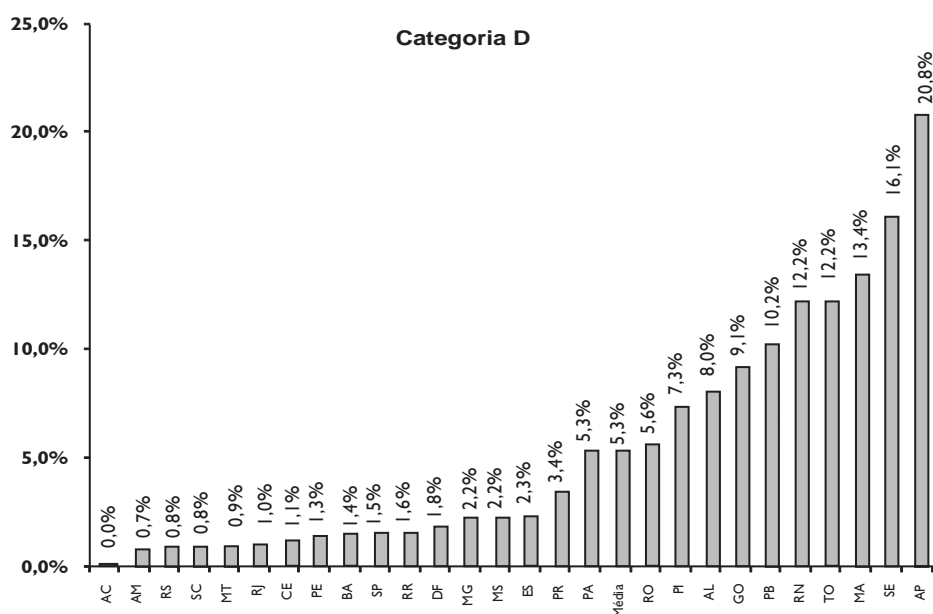


Figura 8: Percentual de equipes do PSF para a categoria D por unidade da federação

Quando se analisa os percentuais abaixo da média, todos os estados das regiões sul e sudeste se encontram dentre os índices encontrados. Todos os índices, no entanto, são inferiores a 3,5%. Sendo que os estados do AC, AM, RS, SC, MT e RJ apresentaram índices inferiores a 1% em que se destaca a presença de dois estados da região sul.

A Figura 9 apresenta a categoria C. Nenhum estado apresentou percentual zero para essa categoria. O percentual de equipes para essa categoria variou de 3,2% no RS até a impressionante marca de 53,9% das equipes do estado do MA. A média para essa categoria também deve ser considerada alta atingindo 29,5% das equipes. Para esta categoria, 13 estados apresentaram percentuais acima da média. Todos os estados da região norte estão aí incluídos, com exceção do estado de Rondônia com 23,6% das equipes. Da região nordeste as exceções são os estados do CE, BA e PE, coincidentemente os mais desenvolvidos. O 13º estado, Goiás, pertence à região centro-oeste. Os estados com percentuais abaixo da média são em número de 14, sendo que apenas dois desses estados têm percentuais acima dos 15% (ES e RO).

Destacam-se as regiões sul e sudeste com todos os seus estados com percentuais abaixo da média. Abaixo da casa dos 10% de equipes para essa categoria, encontram-se sete estados, sendo dois da região sul (RS e SC), dois da sudeste (RJ e SP), o Ceará na região nordeste, o Mato Grosso na região centro-oeste e o Distrito Federal.

A Figura 10 apresenta a categoria B. O percentual de equipes para essa categoria variou de 25% no estado do MA a 76,4% das equipes no Distrito Federal. A média para essa categoria (44,4%) é a mais alta dentre as quatro categorias estabelecidas, o que retrata

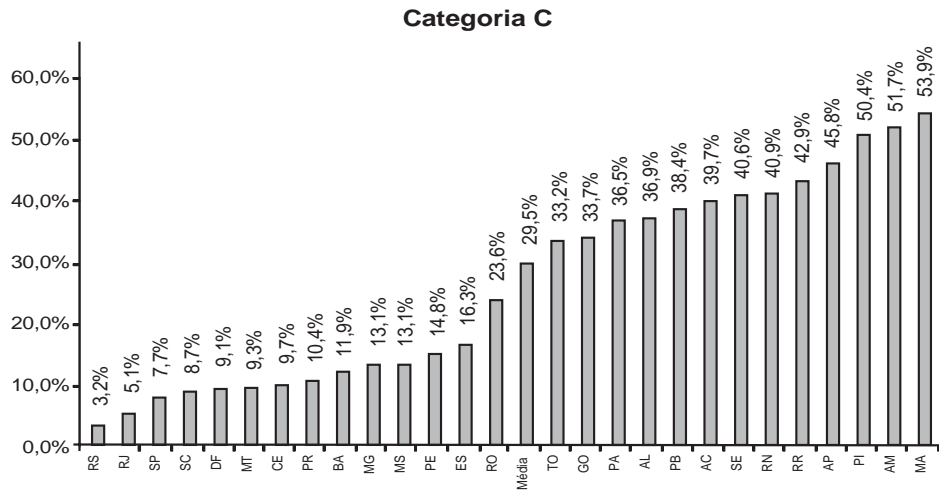


Figura 9: Percentual de equipes do PSF para a categoria C por unidade da federação

ser a mais presente nas equipes do PSF para a maioria dos estados. Abaixo dessa média, encontram-se 10 estados, sendo quatro estados da região norte (AP, TO, AM e RO), cinco estados do nordeste (MA, PI, RN, SE e PB) e um estado da região sul, o Rio Grande do Sul. A presença do RS abaixo da média é explicada pelos baixos percentuais para as categorias anteriores e o alto percentual para a categoria A, como veremos adiante. Os estados com percentuais acima da média são 17, sendo que nove estados apresentam percentuais igual ou acima de 50% das equipes para essa categoria, em que apenas o DF apresenta um percentual acima dos 60%. Destaca-se que acima da média encontram-se todos os estados das regiões sudeste e centro-oeste.

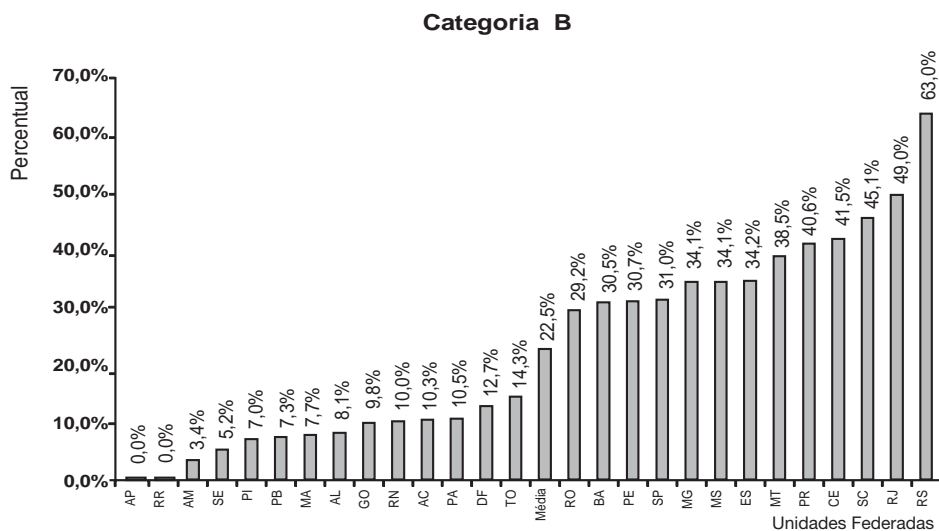


Figura 10: Percentual de equipes do PSF para a categoria B por unidade da federação

A Figura II apresenta a categoria A. O percentual de equipes para essa categoria variou de 0% (AP e RR) a 63% no estado do Rio Grande do Sul. A média para essa categoria alcançou 22,5% das equipes. Quatorze estados estão abaixo do percentual da média, sendo que todos com percentuais inferiores a 15%. Dentre estes, seis são da região norte (AP, RR, AM, TO, PA e AC), seis da região nordeste (SE, PI, PB, AL, MA e RN) e dois da região centro-oeste (GO e DF).

Os estados com percentuais acima da média são 14, em que estão presentes todos os estados das regiões sudeste e sul. Destaca-se que os três estados da região sul apresentam percentuais superiores a 40%, sendo que o RS é o único a apresentar percentual acima de 50% das equipes para essa categoria.

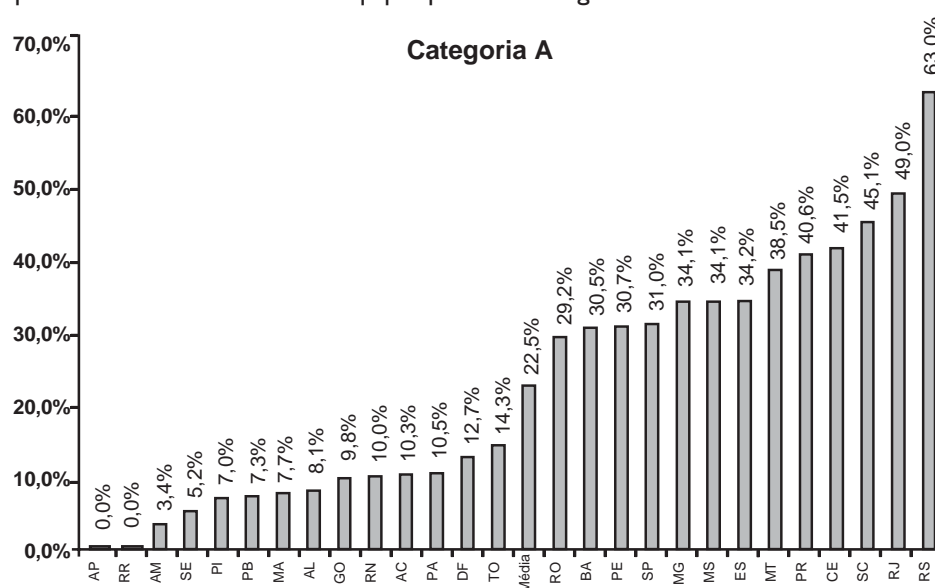


Figura II: Percentual de equipes do PSF para a categoria A por unidade da federação

RELAÇÃO ENTRE AS PACTUAÇÕES PARA O INCENTIVO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA E A DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS NAS EQUIPES DO PSF

Analisando-se o desempenho das unidades da federação para as categorias definidas, apresentadas nos quatro gráficos anteriores, destacamos que para a região sul, que é a de melhor desempenho, quando se leva em conta o somatório das categorias A e B, os estados do RS e SC se sobressaem com os melhores resultados. Na região sudeste, destaca-se o desempenho dos estados do RJ e SP. Na região nordeste, o destaque para os melhores resultados ficam para os estados do CE, PE e BA. Na região centro-oeste, os destaques são o DF e os estados do MT e MS. Na região norte, Rondônia é o estado com o desempenho mais razoável.

Considerando os desempenhos obtidos pelas unidades da federação para a disponibilidade dos 13 medicamentos essenciais, seria possível fazer uma análise, já que as formas de pactuação para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica se associam com esses resultados. A Tabela 7 apresenta as unidades da federação e suas respectivas formas de pactuação (válida para os anos de 2002/2003). Nota-se que alguns estados apresentam pactuações mistas.

Tabela 7: Unidades Federadas e suas formas de pactuação ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica

Unidades Federadas	Pactuações
Acre	PCE/TDM
Alagoas	PCE
Amapá	TCE/TDM
Amazonas	PCE
Bahia	PCE/PDM
Ceará	TCE/PDM
Distrito Federal	TCE
Espírito Santo	TCE
Goiás	TCE/PDM
Maranhão	PDM
Mato Grosso	PDM
Mato Grosso do Sul	TDM
Minas Gerais	TCE/PDM
Pará	PCE/PDM
Paraíba	TCE/TDM
Paraná	PCE/PDM
Pernambuco	PDM
Piauí	TCE/TDM
Rio de Janeiro	PDM
Rio Grande do Norte	TCE/TDM
Rio Grande do Sul	PCE/PDM
Rondônia	PDM
Roraima	PCE/PDM
Santa Catarina	PCE/PDM
São Paulo	PCE
Sergipe	PCE/PDM
Tocantins	PCE/PDM

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

De forma sucinta, 16 estados apresentam uma pactuação mista. A forma de pactuação predominante é a Parcialmente Descentralizada no Município (PDM), a qual está presente em 16 estados. Em seguida, aparece a Parcialmente Centralizada no Estado (PCE) presente em 12 estados e no DF. As formas de pactuação Totalmente Centralizada no Estado (TCE) e Totalmente Descentralizada no Município (TDM) estão presentes em nove e seis estados, respectivamente.

As formas de pactuação envolvem diretamente estados e municípios no processo de aquisição de medicamentos, mas não detêm a exclusividade para se determinar uma maior ou menor disponibilidade de medicamentos. Fatores como tamanho do elenco, preço de aquisição e fornecedores dentre outros, também são consideráveis para se chegar a melhores conclusões sobre disponibilidade de medicamentos.

O propósito neste tópico foi elucidar as formas de pactuação entre estados e municípios nas suas diversidades.

Sendo assim, para estabelecer uma correlação entre as formas de pactuação e a disponibilidade de medicamentos nas equipes do PSF, seria necessário estratificar os dados também no âmbito municipal, além de se aprofundar sobre o processo de aquisição por estados e municípios.

ASPECTOS CRÍTICOS PARA A DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS NO PSF E ATENÇÃO BÁSICA

Os índices percentuais para a disponibilidade dos medicamentos obtidos nas equipes do PSF, no momento da avaliação, podem estar relacionados a diversos aspectos, dentre os quais destacam-se:

- O quantitativo de medicamentos disponibilizados para compor o *Kit* PSF(que teve como base de cálculo uma população definida) pode estar aquém das necessidades de cada equipe, não atendendo à demanda presente.
- As farmácias que atendem às equipes do PSF podem, em muitos municípios (vários municípios tem cobertura parcial do PSF), suprir necessidades de outras clientelas da atenção básica ainda não cobertas pelo PSF.
- Os municípios, muitas vezes, não cumprem suas responsabilidades estabelecidas na PNM, como a complementaridade de aquisição de medicamentos para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica.
- A Assistência Farmacêutica, como serviço, não está constituída em grande parte dos municípios brasileiros. Dessa forma, ações elementares, como cadastro de pacientes, dispensação racionalizada, armazenagem e controle de estoque inexistem ou são ineficientes.
- A pulverização de medicamentos em diversos programas de saúde, por parte do MS. Isso, além de aumentar os custos de logística, dificulta o gerenciamento pelos municípios, pois não existe um cronograma de distribuição devidamente articulado que permita um atendimento integral ao usuário do SUS.

- As pressões do mercado farmacêutico sobre os prescritores e usuários, a pouca importância conferida ao ato da prescrição na formação acadêmica dos profissionais de saúde e a ausência de diretrizes para o processo terapêutico no SUS são alguns dos fatores que contribuem para esse tipo de prescrição.

Diante dos aspectos apresentados, o PSF, e por que não dizer toda a rede de atenção básica no país, apresenta sérios problemas de disponibilidade de medicamentos essenciais que comprometem o seu acesso à população. Assim, o conjunto de ações da atenção básica também pode estar comprometido.

ALGUMAS ALTERNATIVAS PARA A PROMOÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Tratando especificamente da promoção do acesso a medicamentos no SUS, algumas alternativas vêm sendo implementadas por gestores de saúde. Recentemente, o MS criou o programa Farmácias Populares, em que a população adquire, a preços subsidiados, um elenco de medicamentos que atendem, quase que exclusivamente, à atenção básica, contribuindo para um maior equilíbrio no orçamento doméstico dos que podem adquirir medicamentos.

Alguns municípios têm criado alternativas como a abertura de farmácias de manipulação. Essas farmácias manipulam alguns medicamentos que atendem à atenção básica e esses medicamentos são disponibilizados gratuitamente à população. Isto é, grande parte dessas farmácias manipulam diversos medicamentos num mesmo espaço comprometendo, assim, a qualidade, além de fugir do caráter magistral de atender a receitas médicas para cada formulação manipulada. Essas farmácias produzem grandes quantidades de medicamentos funcionando como semi-indústrias. Essa iniciativa dos municípios desobedece a legislação sanitária e transforma municípios em pequenos produtores com investimentos de recursos que poderiam ser destinados à organização da Assistência Farmacêutica de forma mais integral.

Uma outra questão que merece ser abordada é a definição de serviço farmacêutico no SUS. A grande maioria das ações adotadas pelo SUS, aqui reafirmando os três níveis de gestão na PNM, resume-se quase que exclusivamente ao insumo e de forma ineficaz. Ou seja, as deliberações dos fóruns de gestores preocupam-se com a definição de elencos e quantitativos, logicamente vinculados ao financiamento. A organização e qualificação das ações de Assistência Farmacêutica estabelecidas na PNM que resultem na institucionalização de um serviço específico ainda estão longe de ocorrer. A política do “dar o pão a quem tem fome” ainda prevalece. A discussão em torno de um serviço farmacêutico organizado com ações definidas para atendimento ao usuário do medicamento tem que constar na agenda do Sistema Único de Saúde. Em outras palavras, é preciso ampliar o foco para as necessidades dos usuários com investimentos em serviços que garantam não só um bom gerenciamento do insumo, mas também a humanização do atendimento.

A política de medicamentos e Assistência Farmacêutica no país, sob um enfoque mais ampliado, engloba ainda o controle de preços, os investimentos no parque industrial farmacêutico público e privado, os distribuidores e a rede privada de farmácias e drogarias (aí incluídas as farmácias de manipulação). Todo esse arcabouço compõe um diagrama complexo no sistema de saúde em que se interage com as ações de vigilância sanitária.

O setor privado farmacêutico atua no contexto da PNM como produtor e distribuidor. Esse setor só não participa diretamente na dispensação de medicamentos, isto é, na prestação de serviços aos usuários do SUS. A grande rede de estabelecimentos (farmácias e drogarias) com uma logística extremamente funcional está presente em todas as regiões do país, porém à margem das políticas públicas de saúde. Talvez, seja uma alternativa viável complementar os serviços já existentes ou até mesmo em muitos municípios substituí-los pela rede privada de farmácias e drogarias, de forma conveniada ao SUS. Vale lembrar que diversos serviços privados de saúde na área de diagnóstico, pronto atendimento e tantos outros já estão incorporados ao SUS como prestadores devidamente regulados. A participação dessa rede de estabelecimentos farmacêuticos na Política Nacional de Medicamentos, com a qualificação de seus serviços e a devida regulação sanitária, poderia contribuir de forma significativa para avançarmos na promoção do acesso aos medicamentos essenciais.

Cabe, então, aos gestores do SUS e, principalmente, ao governo federal pautarem a discussão sobre uma política de medicamentos que propicie a ampliação da oferta, defina melhor o seu financiamento e qualifique (e conceitue) os serviços de Assistência Farmacêutica.

CONCLUSÕES

De acordo com o objetivo proposto neste trabalho de se analisar o impacto de programas e ações em Assistência Farmacêutica no que se refere à disponibilidade de medicamentos essenciais no PSF, conclui-se que:

A evolução dos gastos do Ministério da Saúde, ao longo dos anos, principalmente a partir de 1999, confirma a priorização pela a atenção básica e em especial o PSF/PACS. A cobertura populacional do PSF já supera os 65 milhões de pessoas, o que representa mais de um terço da população brasileira.

Os gastos diretos do Ministério da Saúde, no ano de 2003, com a atenção básica (aqui excluindo o Programa DST/AIDS) foram de 26,29% do total gasto com medicamentos. Ou seja, quase 75% do total gasto com medicamentos foram destinados para outros níveis de atenção à saúde com uma cobertura populacional que não atinge um total estimado de um milhão de pessoas. Os orçamentos do MS para os anos de 2004 e 2005 não apresentam mudanças significativas. Portanto, os gastos vultuosos para o PSF/PACS e toda a atenção básica não são compatibilizados com os gastos com medicamentos para esse nível de atenção. Existem inúmeros programas e ações de saúde na atenção básica com investimentos

em medicamentos que não possibilitam uma disponibilidade de medicamentos regular e contínua nos serviços de saúde, consequentemente nas equipes do PSF.

A “Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil”, realizada pelo MS, mesmo com todos os seus méritos poderia ter dado uma maior contribuição na avaliação da PNM, com enfoque para a atenção básica. Os medicamentos utilizados na avaliação poderiam estar relacionados mais diretamente aos programas de Assistência Farmacêutica Básica (Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, Kit PSF e EM), o que possibilitaria o alcance de resultados mais abrangentes. Porém, evidencia-se a necessidade de uma maior articulação intraministerial, entre os seus diversos programas e ações de saúde, para que um processo de avaliação que quantifique e qualifique da melhor maneira o conjunto de suas ações de saúde, nesse caso o PSF.

A avaliação da disponibilidade dos 13 medicamentos essenciais nas equipes do PSF demonstrou uma grande variabilidade na presença desses itens. Essa variação, na média, foi de 38,87% para a Amoxicilina cápsulas a 85,38% para a Furosemida comprimidos, no total das equipes avaliadas. A média de presença dos medicamentos essenciais atingiu apenas 8,55. Segundo a própria “Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil”, *seria esperado que a disponibilidade para as equipes fosse completa ou bastante elevada e não fossem observados baixos percentuais para nenhum dos itens.* (Brasil, 2004d).

Conforme as categorias estabelecidas neste estudo em relação à disponibilidade de medicamentos essenciais, em que as categorias C e D representam um desempenho pior que as categorias A e B, os resultados apontam que, 3,8% das equipes do PSF foram classificadas para a categoria D, 19,50% das equipes para a categoria C, 47,6% para a categoria B e 29% das equipes para a categoria A no panorama nacional. Isso demonstra que a disponibilidade de medicamentos essenciais, como indicador da atenção básica, encontra-se com valores preocupantes que podem comprometer as ações do PSF. Nas regiões norte, centro-oeste e nordeste quando soma-se os percentuais das equipes para as categorias C e D, os resultados obtidos foram de 44,9%, 32,1% e 30,9%, respectivamente. Os resultados dessas regiões contribuem significativamente para o panorama nacional, visto que as regiões sul e sudeste apresentam um melhor desempenho. Quando se analisa os resultados das unidades da federação, RS, SC, RJ, DF, SP e CE apresentam os melhores desempenhos. Como não se evidenciou uma relação direta entre as formas de pactuação para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e a disponibilidade de medicamentos essenciais, pode-se inferir que a participação dos municípios dessas unidades da federação é significativa para uma maior disponibilidade de medicamentos essenciais. A conclusão é que seria necessária a estratificação dos dados da “Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil” para o âmbito municipal, o que possibilitaria uma maior compreensão das ações de Assistência Farmacêutica neste nível de gestão.

Finalmente, fica claro que a disponibilidade de medicamentos essenciais nas equipes do PSF, apresentadas neste estudo, está sujeita não só a uma política de oferta de medicamentos, mas também na reorientação da Assistência Farmacêutica. Essa reorientação

passa por uma unificação das ações ministeriais, por um compromisso maior dos gestores nas competências estabelecidas na PNM, pelo respeito à hierarquização do SUS e, principalmente, por um modelo de Assistência Farmacêutica com um financiamento e serviço ofertado que promova o acesso aos medicamentos essenciais.

REFERÊNCIAS

BERMUDEZ, J. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade: Crítica da Política de Medicamentos no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec/Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos – Sobravime, 1995.

BRASIL. DECRETO n.º 72.552 de 30 de julho de 1973. Dispõe sobre as Políticas e Diretrizes Gerais do Plano Diretor de Medicamentos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 jul. 1973. p.7483, col.2.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União - Anexos, Brasília, 05 out. 1988. p.1, col.1.

BRASIL. LEI n.º 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. p.18055, col.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB –SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília, 1998a. 39p.

BRASIL. PORTARIA n.º 3.916 de 30 de outubro de 1998 do Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, out. 1998b.

BRASIL. PORTARIA n.º 176/GM de 08 de março de 1999 do Ministério da Saúde. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília: MS. 1999. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/doc/Portarias/1999>>. Acesso em 03/10/2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Brasília, 2000. 102p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde - Textos básicos. Rio de Janeiro, 2001a. 344 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde - Leis, normas e portarias. Rio de Janeiro, 2001b. 232 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica- O que é e como funciona. Brasília, 2001c. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde/Universidade Federal de Minas Gerais. Organização da Assistência Farmacêutica nos Municípios Brasileiros- Disponibilidade e utilização de medicamentos no SUS. Brasília, 2002a. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Brasília, 2002b.96p.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde. Relatório de Gestão da Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica Nov/2000 a Nov/2002. Brasília, 2002. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica n. 17, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica n. 21, 2004a

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Técnico - Economia da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, 2004b. 98p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a política nacional de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde. Brasília: MS. 2004c. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/deliberacoes_04.htm. Acesso em 11/05/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação Normativa do Programa Saúde da família no Brasil. Brasília, 2004d. 140p.

CAMPOS, F. E.; CHERCHIGLIA, M.; AGUIAR, R. T. **Reflexões sobre a Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades**. Revista Brasileira de Saúde da Família, ano II, n. 5, maio 2002.

CEME - Núcleo de Comunicação Social, Janeiro de 1987.

COSENDEY, M. A. E.; BERMUDEZ, J. A. Z.; REIS, A. L. A. 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, jan./mar 2000.

GERSCHMAN, Sílvia. **A Democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GOULART, F. A. A. **Esculpindo o SUS a golpes de portaria... – considerações sobre o processo de formulação das NOBs**. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):292-318, 2001.

GUERRA Jr. A. A. **Medicamentos Essenciais - Estudo sobre a disponibilidade e acessibilidade econômica em duas regiões do Estado de Minas Gerais: o Norte de Minas e o Vale do Jequitinhonha (Dissertação de Mestrado)**. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2002. 208p.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. **Operacionalizando as categorias, acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.231-239, jan./mar. 2000

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. **Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas**. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2): 269-291, 2001.

LISBOA, M.; FIÚZA, E.; VIEGAS, M.; FERRAZ, L.. Política Governamental e Regulação do Mercado de Medicamentos. SEAE/MF Documento de Trabalho n.º08. Abril, 2001. 118p. Disponível em <<http://www.fazenda.gov.br/seae/documentos/doctrabalho/doctrab08.pdf>>.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. **A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v 18, p.163-171, 2002.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. **Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento?** Ciência & Saúde Coletiva, 8(2):403-415, 2003.

MINAS GERAIS. Lei n.º14133, de 21 de dezembro de 2001. Dispõe sobre a política estadual de medicamentos. Minas Gerais - Diário do Executivo, Belo Horizonte, 22 dez. 2001. p. 2 col. 2

OMS/UNICEF. Primary Health Care: Report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, 6-12 set. 1978: WHO, Health for All Series n.º 1.

- OMS. **Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos: Estrategia sobre medicamentos de la OMS: 2000-2003**. Ginebra: OMS, n.1, Diciembre 2000. 6p.
- OMS. **Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos: Selección de medicamentos esenciales**. Ginebra: OMS, n.º4, junio 2002. 6p.
- OMS. **Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos: Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional**. Ginebra: OMS, n.º6, enero 2003. 6p.
- PAIM, J. S. **Gestão da Atenção Básica nas Cidades. In: Saúde nos Grandes Aglomerados Urbanos: Uma Visão Integrada**. BRASIL. Ministério da Saúde/OPAS/OMS. Brasília, 2003. p.183-212 (Série Técnica: Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde n.º3)
- PENCHANSKY, R. & THOMAS, J. W. **The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction**. Medical Care, v.19, n.º2, p.127-141, 1981.
- PEREIRA, A. A. **Produção Descentralizada de Medicamentos Essenciais no Instituto de Tecnologia em Fármacos do Estado do Rio de Janeiro: Um Diagnóstico Estratégico de sua Implementação (Dissertação de Mestrado)**. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, 1995
- PERINI, E. **Assistência Farmacêutica: Fundamentos Teóricos e Conceituais. In: Acúrcio, F. A. (org.) Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: Editora Médica, 2003. 136p.
- SOUZA, H. M. **Análise das Práticas Assistenciais na Área de Saúde da Mulher nas Equipes do Programa de Saúde da Família: um Estudo de Caso em Estado Selecionado**. In: Gestão de Sistemas de Saúde. IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 2003.
- SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Necessidades de saúde e atenção primária**. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org.) **Saúde do adulto: programas e ações da unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. 290p.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 725p.
- TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes médicas: ABRASCO, 1992. 226p.
- WHO. **Operational research in the action programme on essential drugs: Report of an informal consultation**. Geneva: WHO, 23-24 June. 1992. 14p.
- WHO. **Report of the WHO Expert Committee on national drug policies: Contribution to updating the WHO guidelines for developing national drug policies**. Geneva: WHO, 19-23 June, 1995. 78p.
- WHO. **The Rationale of Essential Drugs: Access, Quality and Rational Use of Medicines and Essential Drugs**. Geneva: WHO, 04 Jul. 2000. Disponível em <<http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/infedmain.htm>>.
- WHO. Policy Perspectives on Medicines: **Globalization, Trips and access to pharmaceuticals**. Geneva: WHO, n.º3, mar. 2001. 6p.

Anexo I
Portaria SPS n.º 16 de 14 de dezembro de 2000

Elenco Mínimo e Obrigatório

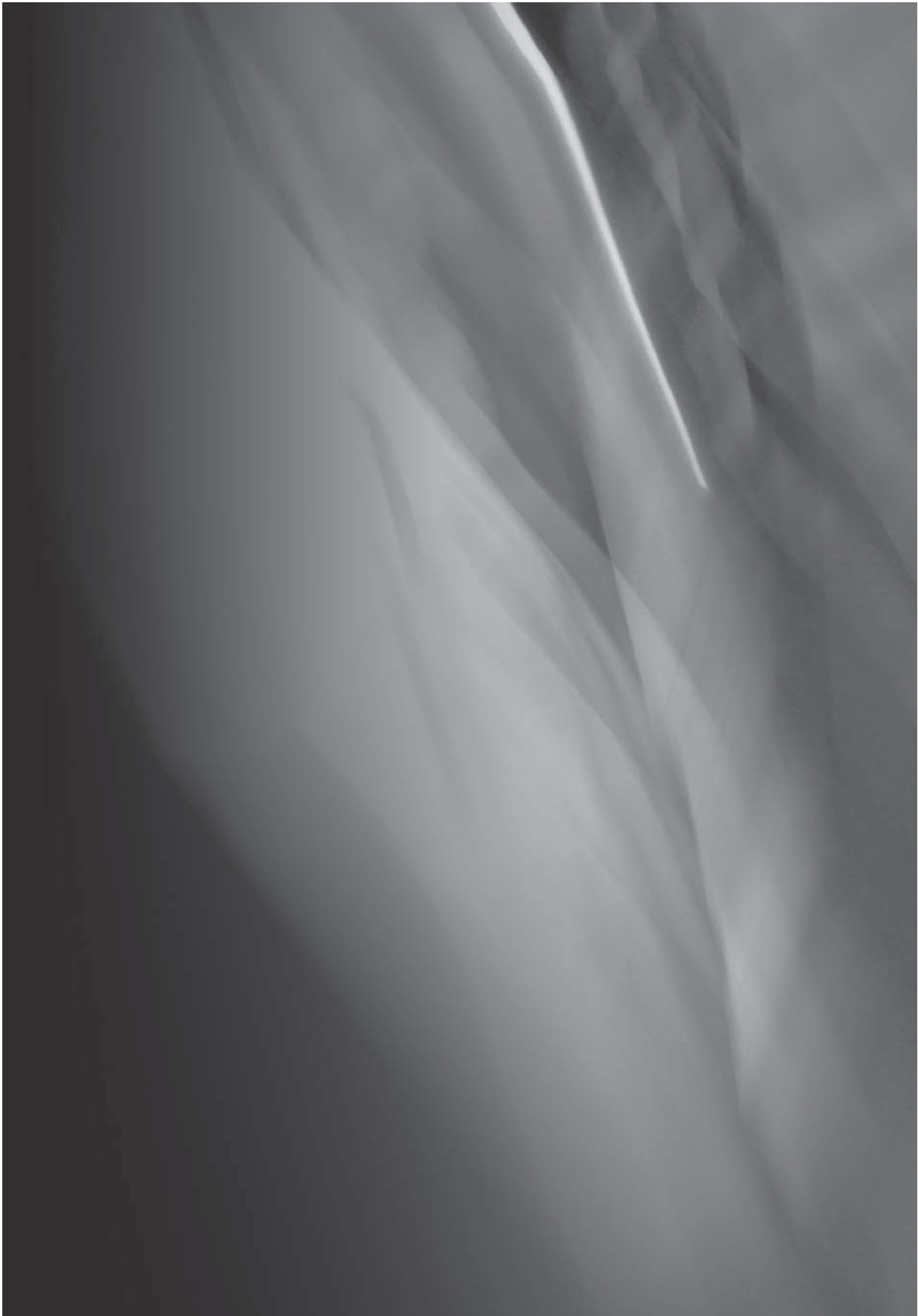
Medicamento	Apresentação
Amoxicilina	Cápsula 500mg Pó p/ suspensão oral g/ml
Benzilpenicilina Benzatina	Pó p/ Suspensão Inj. 1.200.000 U.I.
Benzilpenicilina Procaína + Benzilpenicilina Potássica	Pó Inj. 300.000 + 100.000 U.I.
Captopril	Comprimido 25mg sulcado
Carbamazepina	Comprimido 200mg
Digoxina	Comprimido 0,25mg
Eritromicina	Suspensão Oral 125mg (estearato ou etilsuccinato)/5ml Comprimido./cápsula 500mg (estearato ou etilsuccinato)
Fenobarbital	Comprimido 100 mg Solução Oral gotas 40mg /ml
Glibenclamida	Comprimido 5 mg
Hidroclorotiazida	Comprimido 25mg/50 mg
Mebendazol	Comprimido 100 mg Suspensão Oral 100 mg/ 5ml
Metronidazol	Comprimido 250 mg Suspensão Oral 200 mg (benzoato)/5ml
Nistatina	Creme Vaginal 250.000U.I.
Paracetamol	Comprimido 500 mg Solução Oral gotas 100/200mg /ml
Propranolol	Comprimido 40 mg (cloridrato)
Sais para reidratação oral	Pó p/ Solução Oral envelope P/I L
Salbutamol	Comprimido mg (sulfato) sulcado Xarope 2mg (sulfato)/5ml
Sulfametoxazol + Trimetoprima	Comprimido 400mg + 8 mg Suspensão Oral 200mg + 40mg/5ml
Sulfato Ferroso	Suspensão Oral 25mg/ml Fe (II) Comprimido Revestido 40mg Fe (II)

Anexo II
Portaria n.º 343, Kit PSF
de 21 de março de 2001

Elenco de Medicamentos	Indicação	Quantidade por Kit (unidade)
Ácido Acetilsalicílico 100mg	Analgésico	1.000
Ácido Acetilsalicílico 500mg	Analgésico	1.000
Aminofilina (bi-hidratada) 100mg	Asma	500
Amoxicilina pó/suspensão oral 50mg/ml	Antibiótico	50
Ampicilina anidra 500mg	Antibiótico	500
Cimetidina 200mg	Úlcera gástrica	500
Dexametasona (acetato)	Dermatose	50
Diclofenaco Potássico	Anti-inflamatório	500
Eritromicina(estearato) suspensão 2,5%	Antibiótico	50
Eritromicina(estearato) comprimido 250mg	Antibiótico	500
Furosemida 40mg	Diurético	500
Glibenclamida 5mg	Diabetes	500
Hidroclorotiazida 50mg	Diurético	1.000
Mebendazol comprimido 100mg	Antiparasitário	300
Mebendazol suspensão 20 mg/ml	Antiparasitário	50
Metildopa (levo-alfa) 500mg	Anti-hipertensivo	500
Metoclopramida (monocloridrato) 10mg	Antiemético	500
Metronidazol comprimido 250mg	Antibacteriano	500
Metronidazol (benzoil) suspensão	Antibacteriano	50
Metronidazol geleia vaginal 500mg/5g	Antibacteriano	50
Neomicina+Bacitacina 0,5 % + 250UI g	Antibacteriano	50
Paracetamol solução oral 100mg/ml	Antitérmico	50
Paracetamol comprimido 500mg	Antitérmico	500
Penicilina G Procaina + Potássica 300.000 + 100.000U	Antibiótico	50
Propranolol (cloridrato) 40mg	Betabloqueador	500
Sais para reidratação oral	Reidratação	300
Salbutamol (sulfato) 0,4mg/ml	Asma	50
Sulfametoxazol + Trimetoprima comprimido 400mg+80mg	Antibiótico	1.000
Sulfametoxazol+Trimetoprima suspensão 4% + 0,8 %	Antibiótico	100
Sulfato Ferroso comprimido 40mg/Fe	Anemia	1.000
Sulfato Ferroso solução oral 25mg/Fe	Anemia	50

Anexo II (continuação)
Portaria n.º 786, Kit PSF
de 19 de abril 2002

Elenco de Medicamentos	Indicação	Quantidade por
Ácido Acetilsalicílico 100mg	Analgésico	1.000
Ácido Acetilsalicílico 500mg	Analgésico	1.000
Aminofilina (bi-hidratada) comprimido 100mg	Asma	500
Amoxicilina pó/susp.oral 50mg/ml	Antibiótico	50
Ampicilina 500mg	Antibiótico	500
Captopril comprimido 25mg	Anti-hipertensivo	
Cimetidina 200mg	Úlcera gástrica	500
Dexametasona creme 0,1 %	Dermatose	50
Diclofenaco Potássico comprimido 50mg	Anti-inflamatório	500
Eritromicina(estearato) susp. Oral 2,5%	Antibiótico	50
Eritromicina(estearato) comprimido 250mg	Antibiótico	500
Furosemida comprimido 40mg	Diurético	500
Glibenclamida comprimido 5,0mg	Diabetes	500
Hidroclorotiazida comprimido 25mg	Diurético	1.000
Mebendazol comprimido 100mg	Antiparasitário	300
Mebendazol susp. Oral 20mg/ml	Antiparasitário	50
Metildopa (levo-alfa) comprimido 500mg	Anti-hipertensivo	500
Metoclopramida (monocloridrato) comp. 10mg	Antiemético	500
Metronidazol comprimido 250mg	Antibacteriano	500
Metronidazol (benzoil) susp. Oral 4%	Antibacteriano	50
Metronidazol geleia vaginal 500mg/5g	Antibacteriano	50
Neomicina + Bacitacina 0,5 % + 250Ulg	Dermatites	50
Paracetamol sol oral 100 mg/ml	Antitérmico	50
Paracetamol comprimido 500mg	Antitérmico	500
Penicilina G Benzatina pó/sus. Inj. 1.200.000 U.I.	Antibiótico	
Penicilina G Procaina + Potássica 300.000 + 100.000U	Antibiótico	50
Propranolol (cloridrato) 40mg	Beta Bloqueador	500
Sais para reidratação oral	Reidratação	300
Salbutamol (sulfato) xarope 0,4mg/ml	Asma	50
Sulfametoxazol + Trimetoprima comprimido 400mg+80mg	Antibiótico	1.000
Sulfametoxazol + Trimetoprima susp. 4%+0,8 %	Antibiótico	100
Sulfato Ferroso comprimido 40 mg/Fe	Anemia	1.000
Sulfato Ferroso solução oral 25mg/Fe	Anemia	50



**A UTILIZAÇÃO DE UM MODELO LÓGICO
PARA A REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS
FARMACÊUTICOS NO ÂMBITO MUNICIPAL**

Flávia Nunes da Rosa Fraga

Paulo Mayorga

APRESENTAÇÃO

A implantação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), parte essencial da Política de Saúde, promoveu melhorias na atenção à saúde que não têm sido suficientes para garantir o acesso e o uso racional dos medicamentos. O objetivo deste estudo é analisar os serviços farmacêuticos na esfera municipal e propor um modelo lógico de trabalho, visando à construção de uma estratégia voltada à reorganização da Assistência Farmacêutica (AF).

Inicialmente, é definido o cenário em que se desenvolve a PNM no Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente, apresenta-se uma breve reflexão sobre os resultados da implantação dessa Política com base em estudos e na análise das ações governamentais.

Na sequência, debate-se a necessidade de mudança na concepção dos serviços farmacêuticos, não mais centrados no binômio compra/distribuição. Dessa forma, demonstra-se a necessidade de reorientar a AF no país, considerando-se na abordagem a definição de AF, expressa na Política de Medicamentos, e sua concepção sistêmica, tendo como foco principal das ações o usuário do serviço.

Com a apropriação da definição de Assistência Farmacêutica e a discussão sobre os resultados obtidos na implantação da PNM, constata-se a existência de problemas referentes ao gerenciamento dos serviços farmacêuticos, verificando-se a necessidade de uma melhor definição sobre seu modo de funcionamento.

Finalmente, propõe-se um modelo lógico para o Sistema de Assistência Farmacêutica que tem suas atividades desempenhadas em uma estrutura composta por três níveis hierárquicos.

INTRODUÇÃO

Um dos marcos da Política de Saúde brasileira, nas últimas duas décadas, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, na qual foi pleiteada a criação de um sistema de saúde universal, igualitário, participativo, com comando único em cada instância federativa, descentralizado e integral. No relatório dessa Conferência, foi expresso o conceito de saúde, adotado pelos integrantes do movimento de reforma sanitária, como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. A saúde foi reconhecida como um direito de todos e dever do estado (BRASIL, 1986).

Essa conferência influenciou fortemente a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) que incorporou os conceitos, princípios e as diretrizes defendidos pela reforma sanitária.

Consolidou-se na Constituição a universalização da assistência; a partir de então não mais restrita aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho e seus dependentes, bem como a integralidade da atenção com ênfase nas atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. O texto constitucional estabeleceu, ainda, a descentralização da gestão do sistema com direção única em cada esfera de governo e a participação da comunidade.

Como decorrência da Constituição Federal, foi publicada a Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990a), Lei Orgânica da Saúde, que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Essa lei também definiu os princípios do SUS, entre os quais: a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a integralidade, a igualdade, a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços.

A participação da comunidade na gestão do sistema foi regulada pela Lei n.º 8.142/90 (BRASIL, 1990b), que dispôs sobre a instituição em cada esfera de governo, da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo.

A partir de 1991, iniciou-se o processo de descentralização do SUS por meio da emissão pelo Ministério da Saúde (MS) das Normas Operacionais Básicas (NOB) NOB-SUS 01/91 (BRASIL, 1991), NOB-SUS 01/92 (BRASIL, 1992), NOB-SUS 01/93 (BRASIL, 1993) e NOB-SUS 01/96 (BRASIL, 1996). Posteriormente, o MS aprovou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) NOAS-SUS 01/01 (BRASIL, 2001a), que ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definiu o processo de regionalização da assistência, criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

No que concerne à Política de Medicamentos, a descentralização das ações somente foi ocorrer após a publicação da Portaria n.º 3.916/98 (BRASIL, 1998c), que instituiu a PNM.

Anteriormente, não havia um documento oficial que norteasse essa Política, causando tensões entre o governo, a comunidade e as instâncias colegiadas do SUS. Os objetivos e responsabilidades não eram definidos, o que gerava dificuldades na condução das questões, especialmente aos gestores municipais que, mais próximos da população, terminavam por arcar com o ônus dessas indefinições.

Até mesmo o conceito de AF não era suficientemente claro, o que pode ser ilustrado pela existência de distintas definições. No estado do Ceará, por exemplo, a AF era entendida como:

[...] um conjunto de atividades inter-relacionadas, técnicas e cientificamente fundamentadas em critérios de equidade, qualidade, custo e efetividade, integrando suas atividades a ações de saúde para promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, centrada em cuidados farmacêuticos ao paciente e a coletividade. (MARIN, 1999, p. 127).

No entanto, a Resolução n.º 308/97, do Conselho Federal de Farmácia, definia a AF como:

[...] um conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção, recuperação da saúde em estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades de projetos, investigação, manipulação, produção, conservação, dispensação, distribuição, garantia e controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos. (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 1997, p. 1).

A primeira definição, por ter sido proposta por uma Secretaria Estadual de Saúde (SES), tentou incluir no conceito alguns dos princípios e diretrizes do SUS, refletindo uma preocupação com a necessidade de integrar as atividades da AF com a Política de Saúde.

A definição apresentada pelo Conselho Federal de Farmácia buscou especificar as atividades de AF no âmbito do serviço público e privado. Apesar de abrangente, caracterizava uma definição de certa forma isolada da Política de Saúde brasileira, ao não referir os princípios do SUS. Nesse sentido, permitia uma interpretação na qual as ações poderiam ser desenvolvidas de modo fragmentado, não fazendo parte de um todo para se promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde.

É necessário salientar, também, entre as incertezas prévias à Portaria n.º 3.916/98, as dúvidas suscitadas pela Lei n.º 8.080/90, que no Artigo 6º inclui como campo de atuação do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica. Nos Artigos 16, 17 e 18, são definidas as competências de cada esfera de governo fazendo menção, no entanto, apenas aos insumos da saúde e aos parâmetros de controle de qualidade dos produtos, não havendo referência explícita na lei sobre a organização dos serviços farmacêuticos (DUPIM, 1999).

Da mesma forma, a NOB-SUS no 01/96 redefiniu os papéis de cada esfera de governo e, no que tange à AF, explicitava que cabia ao gestor federal a sua reorientação e implementação. Porém, ainda persistia a indefinição do termo AF e uma preocupação com o binômio produção/controle de qualidade. Carecendo, assim, de uma visão mais ampla de toda a questão.

Somente com a publicação da Portaria n.º 3.916/98 ficou evidenciado o que o governo federal entendia por uma Política de Medicamentos. O texto legal declarou que a PNM é parte essencial da Política Nacional de Saúde, que contribuiria para a consolidação do SUS e para o desenvolvimento social do país.

Assim, em 1998, após um amplo processo de debate, foi publicada a Portaria n.º 3.916/98, a chamada Política Nacional de Medicamentos, que revelou as intenções do governo com relação ao setor farmacêutico, constituindo-se num guia norteador das ações no campo da AF.

Surgia, então, um novo momento a partir do qual a concepção de AF passou a observar os princípios e diretrizes do SUS.

A nova visão da política farmacêutica contemplava a necessidade de atentar para alterações no perfil demográfico do país, em que se destaca o considerável aumento da expectativa de vida da população. Da mesma maneira, era fundamental considerar o perfil epidemiológico que então se apresentava, caracterizado pela coexistência de doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos de países desenvolvidos. Além disso, surgiam novas patologias e percebia-se o recrudescimento de outras como a tuberculose.

Era preciso perceber que todas essas mudanças alteravam a demanda por medicamentos, provocando inclusive um aumento no consumo, que era incrementado também por problemas típicos da sociedade brasileira como a automedicação e o uso irracional dos medicamentos.

A nova concepção apontava, ainda, para o necessário estabelecimento de diretrizes voltadas à regulamentação sanitária de medicamentos. Tornava-se indispensável uma maior integração com o trabalho desenvolvido pela Vigilância Sanitária.

A importância dessa integração foi em muito reforçada pela crise que o país enfrentava, diante de denúncias envolvendo descobertas de medicamentos falsificados, laboratórios farmacêuticos legalizados, mas sem condições de funcionamento, laboratórios de “fundo de quintal”, distribuidoras de medicamentos clandestinas e roubo de cargas de medicamentos.

A PNM dispôs sobre as diretrizes, prioridades e responsabilidades das esferas de governo no âmbito do SUS, propondo o acompanhamento e a avaliação da implantação da política. Estabeleceu, portanto, uma estrutura básica à coordenação das atividades em AF, incluindo o setor público, o setor privado e os demais atores do campo farmacêutico.

Outro ponto a ser comentado é que a PNM manifesta, já em suas primeiras linhas, que o texto passou por uma ampla discussão junto com diversos segmentos ligados direta e indiretamente ao assunto. O documento foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Denota, portanto, uma preocupação do legislador em expressar que teria ocorrido uma negociação e um consenso entre as três esferas de governo.

Também o fato de a discussão ter sido realizada no CNS garantiu a ocorrência de um debate com a comunidade conforme determinação da Lei n.º 8.142/90. O CNS exerceu seu papel de formulador de estratégias e controlador da execução da política de saúde.

A PNM tem como propósito primeiro garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

São oito as diretrizes explicitadas na Política Brasileira de Medicamentos:

- Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais.
- Regulamentação Sanitária de Medicamentos.
- 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.

A diretriz, adoção de uma Relação de Medicamentos Essenciais, citada como uma das prioridades no documento, é de suma importância, pois é um instrumento essencial na orientação das atividades de seleção, programação, aquisição, prescrição e dispensação. Além disso, promove o uso racional, pois é o resultado da seleção de medicamentos eficazes e seguros, voltados a atender às reais necessidades da população.

A segunda diretriz, Regulamentação Sanitária de Medicamentos, vincula pela primeira vez no discurso institucional a indissociabilidade das ações da Política de Medicamentos com as ações da Vigilância Sanitária, colaborando, portanto, para o avanço da legislação sanitária (COSTA, 1999). A afirmativa anterior pode ser confirmada considerando-se que no ano seguinte da publicação da PNM foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Pode-se citar ainda a Lei n.º 9.787/99 (BRASIL, 1999a) que, ao aprovar os medicamentos genéricos, representou um marco histórico na evolução legislativa e nas demais resoluções e portarias emitidas pela própria ANVISA.

A diretriz de Reorientação da Assistência Farmacêutica, também escolhida como prioritária, promoveu o início de mudanças em todo o país, em particular no que se refere à forma de entender e gerenciar a AF. A ideia anterior, apenas centrada na aquisição e distribuição dos medicamentos pelos governos federal e estadual, começa gradativamente a se desfazer, motivada, sobretudo, por sua própria falência.

Além disso, o governo federal passou a enviar recursos financeiros destinados para compra de medicamentos, obrigando gestores estaduais e municipais reorganizarem seu gerenciamento no que concerne à AF. Incentivos de financiamento foram criados, entre os quais: o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), que define os valores a serem financiados pelas três esferas de governo, regulamentado pela Portaria GM n.º 176/99 (BRASIL, 1999b) e o incentivo destinado ao Programa da Aquisição de Medicamentos Essenciais para a área Saúde Mental, implantado pela Portaria GM n.º 1.077/99 (BRASIL, 1999d).

Para se qualificarem ao recebimento do IAFB, os municípios deveriam assinar um Termo de Adesão ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica (PEAFB). Nesse Plano, deveriam ser definidas e aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as contrapartidas dos estados e municípios e o elenco de medicamentos para assistência básica. O PEAFB deveria conter, também, a sistemática de programação, acompanhamento, controle e avaliação da sua implementação no estado.

No que tange à Promoção do Uso Racional de Medicamentos, percebe-se um esforço no sentido de capacitar recursos humanos dentro da proposta dessa diretriz. A capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Prescritores são bons exemplos.

Quanto à diretriz da Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos observa-se que está em implantação, devendo ser entendida como parte de um processo fundamentado na regulamentação sanitária, sendo garantida pelas atividades da Vigilância Sanitária.

Um elemento imprescindível que a política de medicamentos brasileira explicitou é a necessidade de articulação intersetorial e a definição de competências das três esferas de governo. De maneira especial, a divisão de responsabilidades trouxe ganhos ao processo, valendo salientar, no entanto, que esta ainda não é completa, propiciando espaço para tensões e questionamentos.

Diante do exposto, é mister reconhecer que ocorreram avanços importantes na Política de Medicamentos Brasileira nos últimos anos. Ademais, verifica-se uma crescente valorização das atividades relacionadas à Assistência Farmacêutica como atesta a realização da 1ª Conferência Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica em 2003.

BREVE REFLEXÃO SOBRE OS RESULTADOS DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Considerando-se a trajetória histórica da Política de Medicamentos no Brasil, seus avanços e retrocessos, seus princípios e diretrizes, bem como os novos conceitos, seria pertinente o questionamento de quais foram efetivamente os resultados de sua implantação.

Uma análise imediata dessa indagação permite constatar a continuidade da centralização das ações do setor farmacêutico na disponibilização do produto, haja vista:

- A criação de todos os incentivos financeiros destinados à aquisição de medicamentos.
- O suprimento por meio de *kits*.
- A Política de Medicamentos Genéricos, que tem o intuito de aumentar a competitividade, reduzindo os preços.
- O Registro Nacional de Preços que visa, em última análise, facilitar o processo de compras de medicamentos dos estados e municípios.
- A atualização da legislação sanitária.
- A revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).
- As Farmácias Populares como estratégia de fornecimento de medicamentos a preços reduzidos.

Analisando-se a criação dos incentivos financeiros à Assistência Farmacêutica Básica e ao Programa de Aquisição de Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, pode-se dizer que foram um avanço. Os gestores de estados e municípios passaram a assumir a responsabilidade de programar as aquisições de medicamentos para suprir as necessidades da população, aumentando, assim, a sua autonomia.

Entretanto, os recursos financeiros do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB) somente podem ser utilizados para aquisição de medicamentos do elenco pertencente ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica (PEAFB), pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), não sendo possível então destiná-los a melhorias na infraestrutura da Assistência Farmacêutica.

Ao mesmo tempo em que a União descentralizou recursos financeiros para a aquisição de medicamentos, em alguns programas tornou a centralizar, como é o caso do *kit* do Programa Saúde da Família (PSF) do Programa da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, HiperDia, (BRASIL, 2002b) e da Farmácia da Mulher, o que parece ser uma ação contraditória do governo federal, diante da intenção de descentralização da AF.

O elenco de medicamentos do chamado *kit* do PSF foi instituído por meio da Portaria GM n.º 343/01 (BRASIL, 2001b) e era composto, inicialmente, por 31 medicamentos com entrega trimestral aos municípios que tivessem equipes do PSF ou o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS). Esse elenco foi alterado pela Portaria GM n.º 786/02 (BRASIL, 2002c) que incluiu mais dois medicamentos no elenco. Em 2003, novas alterações foram realizadas, mediante a Portaria GM n.º 1.397/03 (BRASIL, 2003), reduzindo para 23 o elenco de medicamentos.

Como resultado da diretriz adoção da Relação de Medicamentos Essenciais, o Ministério da Saúde publicou, em 1999, a revisão da Rename. Em 2002, o MS procedeu à atualização da Rename, que tinha 327 fármacos com 520 apresentações.

Cabe lembrar que a Rename deve ser utilizada como um guia básico para a elaboração de listas estaduais e municipais de medicamentos de acordo com o perfil epidemiológico do local. No entanto, ao mesmo tempo em que o governo federal se preocupa em revisar periodicamente a Rename, lança um Elenco Mínimo e Obrigatório. Esse elenco foi instituído pela Portaria SPS n.º 16/00 (BRASIL, 2000), composto por 19 medicamentos, que visava atender ao quadro de doenças prevalentes no âmbito regional e nacional. Os Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica Básica deveriam contemplar o Elenco Mínimo e Obrigatório.

Observa-se, nessa situação, uma indefinição de qual elenco deve ser utilizado como instrumento norteador das ações de suprimento de medicamentos, se a Rename, o Elenco Mínimo e Obrigatório ou o *kit* PSF. Tal situação no âmbito do município causa problemas que fazem lembrar o período da Central de Medicamentos (CEME).

Outro ponto importante a ser analisado refere-se aos gastos com medicamentos. No ano de 2003, o MS despendeu R\$ 1.787.044.059,41 para a aquisição de medicamentos e destinou para o IAFB R\$ 178.643.696,00¹, sem, contudo, avaliar o impacto causado em termos de atendimento da demanda populacional. Verifica-se, também, que não há uma avaliação ou acompanhamento do cumprimento das normas pactuadas.

¹ Ministério da Saúde/Sub-Secretaria de Assuntos Administrativos apud PEREIRA (2005, p.34).

Para ilustrar, pode-se citar um estudo que analisou os programas e as ações em AF (PEREIRA, 2005), cujos resultados afirmam que em 2001 a obrigatoriedade da inclusão, para a liberação do IAFB, de todos os medicamentos do elenco mínimo nas relações estaduais de medicamentos somente ocorreu nos estados de Alagoas e do Paraná.

Diagnósticos efetuados em alguns municípios e estados da AF apontam problemas relacionados à qualidade dos serviços prestados tanto pela debilidade de sua infraestrutura quanto por sua operacionalidade. Da mesma forma, são consideráveis as dificuldades de atendimento da demanda populacional por medicamentos.

Os motivos que explicam a falta de medicamentos na rede pública são múltiplos e complexos. Os problemas existentes não se limitam às questões financeiras, orçamentárias ou à falta de infraestrutura e recursos humanos; dependem também da conduta dos gestores, prescritores, dispensadores, consumidores e da indústria farmacêutica.

Alguns estudos têm explicitado e caracterizado as principais dificuldades do processo de implantação da PNM nos estados e municípios.

Uma avaliação da AF prestada pelo município de Porto Alegre (FRAGA, 2005) concluiu que a programação da aquisição de medicamentos era realizada de acordo com a quantidade distribuída, considerando uma relação de medicamentos desatualizada. Da mesma forma, a inexistência de normas e rotinas de dispensação comprometia a qualidade do atendimento aos usuários. A aquisição era desempenhada de maneira qualificada, levando em conta critérios técnicos. O trabalho demonstrou também, que o número de funcionários era insuficiente, não havendo rotina de trabalho definida, ausência de capacitação e de supervisão. Constatou, ainda, que as áreas físicas das farmácias da Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar eram inadequadas, o que dificultava o desenvolvimento do trabalho.

Uma análise sobre a disponibilidade e acessibilidade econômica realizada no norte de Minas Gerais e no Vale do Jequitinhonha, englobando 19 municípios (GUERRA JUNIOR, 2002), demonstrou a baixa disponibilidade dos medicamentos essenciais nos almoxarifados municipais (52%); unidades públicas de saúde (46,9%); unidades filantrópicas e privadas (41,0% e 38,1%). Nas farmácias privadas, a disponibilidade dos medicamentos essenciais foi de 81,2%. Quanto ao perfil das prescrições, a maioria dos medicamentos (69,7%) não estava disponível nas unidades públicas de saúde e 23,4% não pertenciam à Renam.

O estudo concluiu que o setor público não adotou o conceito de medicamento essencial, havendo baixa disponibilidade e ausência de continuidade na oferta, além da prescrição de medicamentos de marcas de referência no SUS. A disponibilidade dos medicamentos essenciais foi maior nas farmácias privadas, mas foi verificado que marcas de referência estavam com valor superior ao tabelado, comprometendo a acessibilidade econômica. Os resultados deste trabalho sinalizaram a urgência da adoção de estratégias para divulgar e implementar o conceito de medicamento essencial nos setores público e privado.

Um diagnóstico da AF do estado da Bahia, realizado pela Secretaria da Saúde em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva em 43 municípios, demonstrou que em 47,7% dos municípios não havia uma relação de medicamentos e 52,3% contava com uma lista de medicamentos que estavam disponíveis no estoque do serviço de saúde, não se referindo, portanto, a um elenco padronizado (BAHIA, 1998).

Uma avaliação da AF do Distrito Federal (NAVES; SILVER, 2005) apontou que foram efetivamente dispensados 61,2% dos medicamentos prescritos e o tempo médio de dispensação foi de 53,2 segundos. O mesmo estudo verificou que apenas 18,7% dos pacientes compreendiam integralmente a prescrição, sendo que 56,3% conseguiam ler a receita. Os resultados do trabalho demonstram que a eficiência das ações da AF está seriamente comprometida pelos baixos níveis de compreensão dos pacientes e pela dificuldade de acesso.

Um estudo realizado por Acúrcio (2004) avaliou as informações contidas nas prescrições médicas em 63 Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sendo que os principais resultados foram: ausência de recomendação de uso em 84,3%, presença de dados posológicos variando de 51,2% a 97,6% e a utilização do nome genérico para todos os medicamentos prescritos de 51,9%. Os resultados da pesquisa apontaram para a necessidade de educação continuada dos prescritores e para a adoção de outras medidas de melhoria da qualidade das prescrições.

Uma avaliação realizada por Pereira (2005), sobre a disponibilidade de 13 medicamentos em 13.973 equipes do Programa Saúde da Família, no período de 2001 e 2002, apontou que 3,8% das equipes foram classificadas como tendo desempenho muito ruim, 19,50% ruim, 47,6% bom e 29% muito bom. O trabalho conclui que a disponibilidade de medicamentos essenciais nas equipes do PSF está sujeita não só a uma política de oferta de medicamentos, mas também à reorientação da AF.

No entanto, um estudo realizado em 413 municípios, que objetivava avaliar o estágio de organização da AF, após a adoção do IAFB, nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, concluiu que:

[...] embora persistam problemas importantes a serem enfrentados no processo de organização da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros, existe um movimento institucional na direção de uma maior racionalidade político-administrativa, da melhoria das condições estruturais e de um incremento progressivo da qualificação da gestão e dos serviços de Assistência Farmacêutica. (BRASIL, UFMG, 2002e, p. 70).

As pesquisas apresentadas demonstram que a política de medicamentos encontra-se em um estágio inicial de sua implantação, não garantindo ainda à maioria da população o acesso e o uso racional dos medicamentos. Observa-se, também que é urgente a adoção de mecanismos que propiciem a avaliação e o acompanhamento da política de medicamentos que está sendo implantada nas três esferas governamentais.

Por fim, verifica-se que para uma maior aproximação do propósito da PNM, expresso na Portaria n.º 3.916/98, implicaria reconhecer a importância do usuário nos serviços de saúde, a necessidade do provimento de um serviço farmacêutico estruturado adequadamente, em uma área física que permitisse o atendimento humanizado por profissionais capacitados e motivados ao encaminhamento das questões do usuário.

A MUDANÇA DE PARADIGMA NA CONCEPÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

A Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime) enfatiza que o acesso e o uso racional de medicamentos devem se apoiar em legislações e regulamentações que tenham impacto sobre áreas críticas do campo farmacêutico:

[...] seleção e registro de medicamentos; regulamentação da promoção comercial de produtos farmacêuticos; regulamentação de preços; adaptação dos novos acordos internacionais de comércio às necessidades dos países e seus problemas de saúde pública; melhoria da formação de profissionais de saúde; educação de consumidores; disponibilidade de informação independente e completa. (Sobravime, AIS LAC, 2001, p. 14).

Assim, destaca-se o entendimento de que para melhorar o gerenciamento do setor farmacêutico é necessário implementar a regulamentação, aprimorar a troca de informações sobre o uso de medicamentos, dispor de informações independentes a fim de embasar a seleção e a prescrição racional.

Entende-se, portanto, que a melhoria da AF prestada à população depende da articulação de vários fatores e em diferentes instâncias.

De acordo com a Sobravime, os envolvidos na tarefa de garantir o acesso e o uso racional de medicamentos são:

- os governos que devem mostrar vontade política para estabelecer políticas farmacêuticas apropriadas e as conseqüentes legislações;
- os produtores e distribuidores de medicamentos que devem assumir não somente o compromisso de oferecer medicamentos com qualidade, os quais respondam às necessidades de saúde pública, mas oferecer informação completa com qualidade e melhorar suas práticas de mercadização;
- as universidades e outras instituições devem melhorar a formação de profissionais para assegurar sua independência em relação aos interesses comerciais;
- os profissionais de saúde (dispensadores e prescritores) devem manifestar seu próprio papel individual e o de sua categoria profissional para atuar a favor do uso racional de medicamentos na sociedade;

- *os organismos internacionais devem decididamente apoiar os governos para formular suas políticas farmacêuticas, as legislações apropriadas e sua aplicação;*
- *as organizações não-governamentais devem apoiar todas as iniciativas que estejam orientadas a ter repercussão positiva sobre qualquer elemento do campo farmacêutico;*
- *os consumidores devem participar ativamente na formulação de políticas e no processo educativo que os leve a um uso responsável dos medicamentos. (Sobravime, AIS LAC, 2001, p. 14).*

O envolvimento dos vários atores é fundamental para a garantia do acesso, do uso racional e da qualidade. O acesso é entendido como a capacidade de prover medicamentos essenciais à população no momento e no local em que são necessários, sendo adquiridos a preços compatíveis que permitam o devido financiamento.

O uso racional caracteriza-se pela adoção de atitudes alicerçadas em informações técnico-científicas e operacionais durante o diagnóstico, a prescrição, a dispensação e a utilização dos medicamentos. A qualidade é compreendida tanto como do produto fornecido quanto do serviço prestado. Centralizar a atenção em um ou outro aspecto da Política de Medicamentos não possibilitaria melhores condições à sua implementação.

Apesar da garantia do acesso aos medicamentos essenciais ter maior evidência como problema, inclusive no exterior, visto que aproximadamente um terço da população mundial e mais de 50% no caso da população da África e Ásia não têm acesso aos medicamentos essenciais (OMS, 2000; 2003), é necessário preocupar-se também com a organização e a estruturação do serviço de AF, pois os medicamentos são apenas instrumentos para a prestação do serviço.

A experiência tem mostrado que as políticas de financiamento e de provimento de medicamentos, no Brasil, não têm sido suficientes para garantir o acesso, provavelmente devido à ausência de um serviço que gerencie apropriadamente esses recursos.

A atual estrutura organizacional da AF, em nível municipal, tem apresentado uma certa desorganização das etapas do ciclo da AF; ausência de recursos humanos em número suficiente e capacitados; áreas físicas inadequadas e a inexistência de procedimentos operacionais padronizados. Observa-se, ainda, que os municípios enfatizam a atividade de aquisição dos medicamentos.

De um modo geral, verifica-se que os municípios têm adotado a implantação de pequenas farmácias na maioria das unidades de saúde, o que, agregado a uma estrutura organizacional deficiente, gera problemas como: desorganização do serviço, falta de medicamentos, ausência de controle dos medicamentos, inexistência de acompanhamento dos usuários e falta de profissionais farmacêuticos responsáveis por cada um desses pontos de “entrega”. Essa situação provoca, principalmente, a diminuição da resolutividade dos serviços de saúde.

É possível concluir, finalmente, que qualquer discussão sobre a Assistência Farmacêutica parte, na verdade, de sua definição expressa na própria PNM:

[...] como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve também o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos. (BRASIL, 1998c, p. 34).

Segundo Perini (2003), a AF pode ser entendida como um sistema complexo de atividades técnicas, decisões políticas, comportamentos, ações, processos e produtos mais ou menos característicos, organizados em “etapas” ou “subsistemas” definidores de sua existência. Assim, em função dessa abordagem sistêmica, a AF passa a ser concebida como um conjunto de elementos que interagem com uma finalidade determinada e que constituem um sistema.

Dessa forma, a AF também é parte de um sistema mais amplo, que é o sistema de saúde, bem como do sistema do setor farmacêutico, o qual é complexo e muito heterogêneo em sua composição e interesses. Por sua vez, esse setor é composto pelo sistema de produção e de vigilância sanitária.

Cada um desses sistemas tem finalidades e objetivos definidos, relacionados com um sistema de maior envergadura, constituindo-se assim subsistemas do mesmo. Dessa maneira, é possível compreender as interações entre os subsistemas, que atuam como determinantes e condicionantes que explicam os comportamentos e os resultados esperados de cada um deles (SANTICH; GALLI, 1995).

Portanto, ao propor um modelo de estruturação e organização da AF, é preciso considerar a política de saúde e a política de medicamentos do país.

A AF engloba um conjunto de atividades ou de elementos que tem objetivos comuns que apontam para um sistema global, em que existem também objetivos. Cada atividade constitui um conjunto de tarefas que formam uma estratégia à obtenção de objetivos específicos. Um conjunto de elementos forma um componente.

No entanto, é necessário considerar que o Sistema de Assistência Farmacêutica desenvolve-se na sociedade, onde são esperados conflitos, uma vez que as pessoas são movidas por seus interesses, ideologias e valores.

Um sistema social, então, não segue os rígidos padrões de determinação e o alto grau de previsibilidade dos sistemas naturais. A utilização da Teoria de Sistemas aplicada à AF, neste trabalho, tem o intuito de facilitar a sua compreensão, para propiciar a elaboração

de um modelo didático que ajude a explicar como deve ocorrer o desenvolvimento de suas atividades, sem esquecer, todavia, as limitações desse modelo quando for transposto para a realidade.

A análise da Assistência Farmacêutica Básica com enfoque sistêmico conduz à proposição de um sistema composto por quatro componentes (SANTICH; GALLI, 1995):

- Técnico-científico
- Operacional
- Informação
- Qualidade

O componente Técnico-científico é composto pelos elementos de seleção de medicamentos, protocolos terapêuticos, formulário terapêutico, farmacoepidemiologia, farmacoeconomia e farmacovigilância (modificado SANTICH; GALLI, 1995).

O componente Operacional tem em sua composição os elementos: programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação, capacitação de profissionais, educação dos usuários dos serviços e seguimento farmacoterapêutico (modificado SANTICH; GALLI, 1995).

O terceiro componente é constituído pelos elementos: informação técnico-científica e informação operacional.

Os elementos do componente Qualidade são a qualidade do produto e do serviço.

Cada componente tem um objetivo, necessitando para alcançá-lo ter seus elementos definidos e organizados para cumprir as suas tarefas dentro de uma estrutura organizacional com a requerida infraestrutura.

Os resultados obtidos em cada componente da AF influenciarão os demais componentes e, por conseguinte, todo o Sistema de Assistência Farmacêutica.

Um ponto importante a considerar é que a AF, por ser um conjunto de atividades complexas que requerem um trabalho multidisciplinar, exige articulações permanentes com outras áreas, como Vigilância Sanitária, Epidemiologia, Programa de Saúde da Família, demais Políticas de Saúde, Setor de Planejamento, Setor Financeiro, Material e Patrimônio, Licitação e Setor Jurídico (BRASIL, 2001c).

Nesse contexto, a mudança de paradigma em relação à concepção dos serviços farmacêuticos reflete a necessidade de reorientar, efetivamente, a AF no país. Para isso, é necessário que o conjunto de atividades relacionadas modifique o foco de interesse, tendo o usuário, e não mais o medicamento, como elemento central.

O aparente colapso financeiro que assombra os gestores públicos em relação à aquisição de medicamentos deverá ser objeto de profundas transformações no âmbito da AF.

Nesse sentido, se o copagamento vem a ser uma estratégia de viabilidade na promoção do acesso, o mesmo grau de prioridade deveria ser atribuído a outras estratégias como aquelas destinadas ao combate à medicalização do sistema e à qualificação da gestão farmacêutica.

Entretanto, qualquer medida destinada à qualificação dos serviços farmacêuticos deve, necessariamente, estar fundamentada em uma concepção clara e consistente do papel a ser executado pelos serviços farmacêuticos na atenção à saúde.

Observa-se, porém, que, de um modo geral, a prática do serviço farmacêutico continua vinculada ao simples fornecimento do insumo, sendo que, muitas vezes, isso é feito dentro de estruturas deficientes e tecnicamente questionáveis.

Embora o ciclo da AF esteja amplamente disseminado no país, é preciso avançar e romper com a concepção meramente logística do fornecimento de medicamentos.

Talvez esse desafio possa ser melhor enfrentado à luz de uma estrutura organizacional institucionalizada, ou seja, reconhecida e regulamentada, capaz de agregar valor ao serviço farmacêutico, na busca da integralidade do conjunto das ações em saúde.

Finalmente, entende-se que é necessário analisar os aspectos funcionais da AF, nos diferentes níveis de gestão, o que uma vez acordado deverá permitir identificar outras estratégias na operacionalização do serviço farmacêutico no SUS.

Assim, buscou-se no presente trabalho sistematizar as funcionalidades, os componentes e elementos que integram o serviço farmacêutico.

UM MODELO LÓGICO PARA OS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

Diante do exposto, propõe-se um modelo lógico para o Sistema de Assistência Farmacêutica em nível municipal, com base na definição de Assistência Farmacêutica expressa na Política Nacional de Medicamentos e na sua concepção sistêmica (SANTICH; GALLI, 1995). Um modelo lógico descreve a sequência de eventos, por meio de uma síntese dos principais componentes do programa inseridos em um quadro, a fim de demonstrar como o programa teoricamente funciona.

Definindo-se a Assistência Farmacêutica pelo enfoque sistêmico, pode-se entender a sua totalidade, unidade, organização e complexidade. Da mesma forma, pode-se decompor o sistema e entender os seus componentes, tendo a preocupação, no entanto de não desarticulá-lo, desorganizá-lo ou simplificá-lo.

Além disso, a Figura 1 apresenta o Modelo Lógico do Sistema de Assistência Farmacêutica, identificando em cada um de seus componentes objetivos, produtos, resultado e impacto produzido.

A Figura 1 permite compreender as interações entre os componentes do sistema como um ciclo contínuo e permanente de transformações e de determinações mútuas. Cada componente com o seu objetivo e produto devem ser articulados para produzir o resultado esperado: garantia de medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

A partir dessa representação, torna-se possível propor a definição de indicadores que permitam avaliar a AF de forma realmente sistemática, visto que os indicadores comumente utilizados restringem-se a aspectos isolados do conjunto de atividades relacionadas ao ciclo da AF. Assim, seria necessário estabelecer indicadores de eficiência na utilização

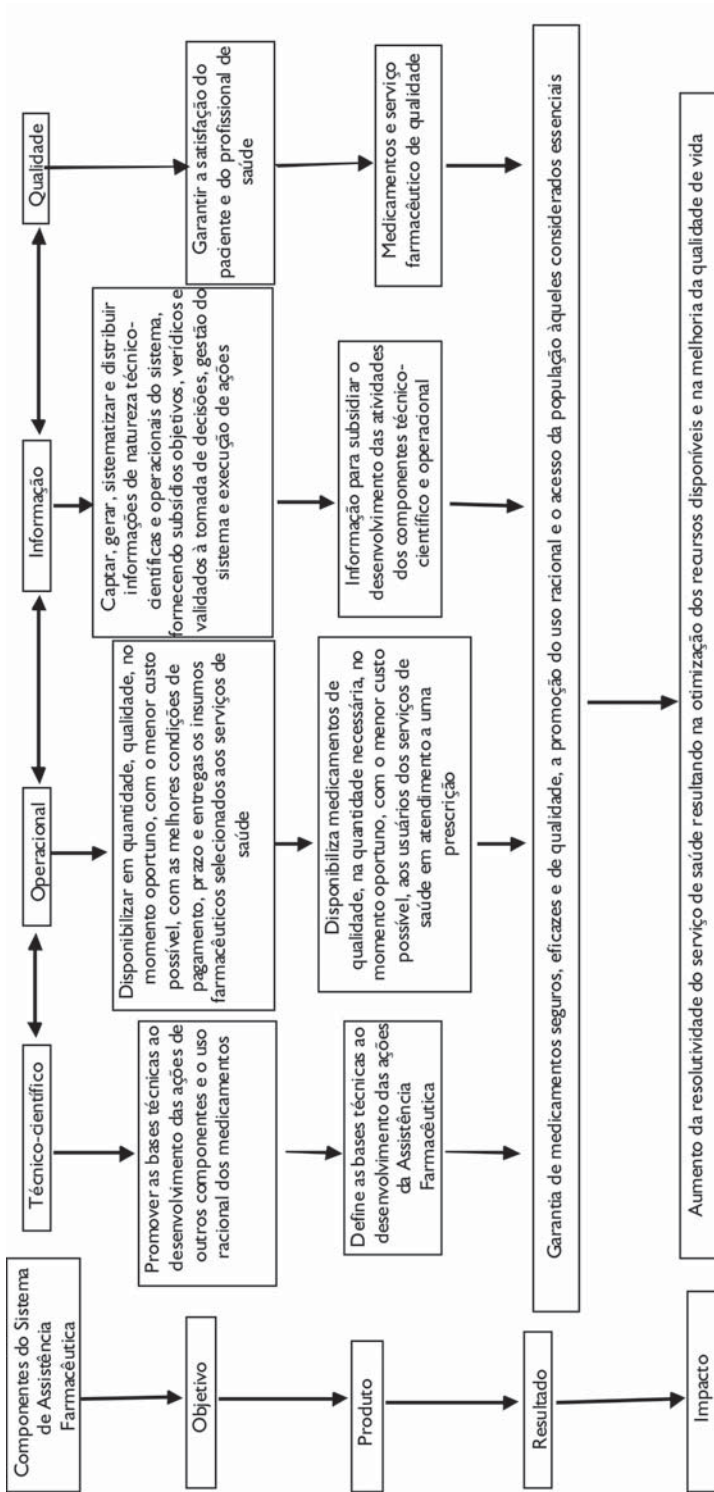


Figura 1: Modelo Lógico do Sistema de Assistência Farmacêutica
 Fonte: FRAGA, Flávia N.R., 2005, p.87

dos recursos disponíveis para a obtenção de um dado produto, bem como indicadores de eficácia no alcance dos resultados esperados pelos produtos obtidos. Todavia, não é objetivo deste trabalho apontar quais seriam esses indicadores, podendo esse tema se tornar objeto de trabalhos futuros.

Entretanto, cada componente é constituído por vários elementos ou atividades, cujo conjunto compõe uma estratégia para atingir o seu propósito. Cada elemento também tem um objetivo, um produto e um resultado que produzirá um impacto.

A Figura 2 apresenta o Modelo Lógico do Componente Técnico-científico do Sistema de Assistência Farmacêutica, cujo objetivo é promover as bases técnicas ao desenvolvimento das ações de outros componentes e o uso racional dos medicamentos. Em outras palavras, os elementos do componente Técnico-científico geram, a partir das informações técnico-científicas e operacionais, produtos que norteiam o trabalho que deve ser desenvolvido pelo Sistema de Assistência Farmacêutica.

Observa-se que os produtos dos elementos do componente Técnico-científico são os mais difíceis de serem obtidos, uma vez que requerem profissionais com conhecimento atualizado sobre medicamentos e acesso permanente a informações imparciais, livres da influência da propaganda da indústria farmacêutica. Entretanto, é possível estabelecer mecanismos que facilitem a obtenção dos produtos esperados, a parceria com centros de informação de medicamentos, universidades, associações e sociedades de profissionais da área da saúde pode ser uma alternativa. Outra opção é a formação de consórcios com outros municípios.

A nomeação de uma comissão de padronização de medicamentos ou de farmácia e terapêutica já tem ocorrido em vários municípios e é bastante frequente no âmbito hospitalar. Centros de informação de medicamentos e universidades poderiam auxiliar por meio da qualificação de membros de comissões de padronização em alguns conceitos

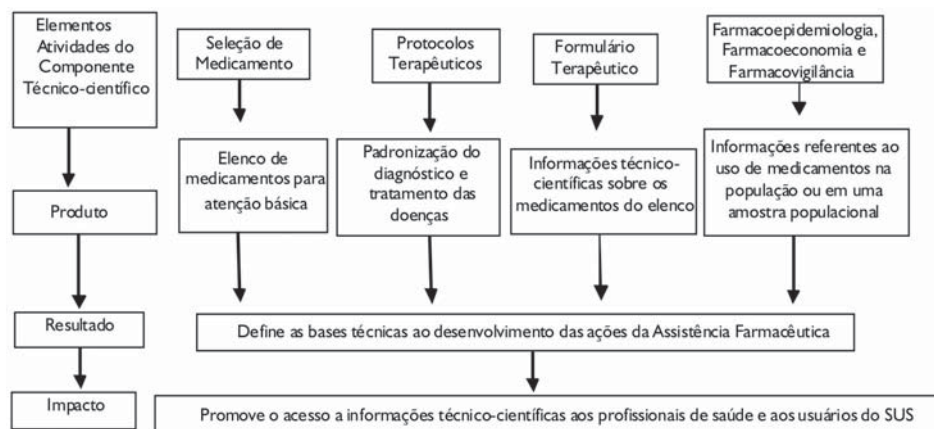


Figura 2: Modelo Lógico do Componente Técnico-científico do Sistema de Assistência Farmacêutica

Fonte: FRAGA, Flávia N.R., 2005,p.90

relacionados, por exemplo, a medicamentos essenciais e critérios para sua seleção. A Rename, e o elenco mínimo são subsídios à elaboração dos protocolos terapêuticos e à seleção de medicamentos.

Porém, certamente que a obtenção dos produtos dos elementos do componente Técnico-científico se tornariam mais viáveis, se o Ministério da Saúde definisse os protocolos terapêuticos das patologias mais prevalentes, o formulário terapêutico e a Rename, compatíveis com essas definições. Ao município caberia proceder as devidas adaptações a sua realidade.

Quanto a farmacovigilância é possível vislumbrar a possibilidade do município desenvolver ações nessa área, já que a ANVISA lançou o “Projeto Farmácias Notificadoras” com a intenção de ampliar as fontes de notificação de casos suspeitos de efeitos adversos e de queixas técnicas de medicamentos. O projeto-piloto nos estados de São Paulo e Santa Catarina vem se desenvolvendo por meio de uma parceria do Centro de Vigilância Sanitária e o Conselho Regional de Farmácia de cada estado. Esse projeto poderá estimular o desenvolvimento de ações de saúde em farmácias e drogarias.

A Figura 3 apresenta o Modelo Lógico do Componente Operacional do Sistema de Assistência Farmacêutica, cujo objetivo é disponibilizar medicamentos de qualidade, na quantidade necessária, no momento oportuno, com o menor custo possível, aos usuários dos serviços de saúde em atendimento a uma prescrição.

Dos componentes do Sistema de Assistência Farmacêutica a maior experiência governamental, muito provavelmente, é relacionada ao desenvolvimento das atividades do componente Operacional. Na esfera federal, essa experiência foi adquirida nas aquisições da Central de Medicamentos, do Programa Farmácia Básica e dos diversos kits atualmente existentes. Em termos estaduais, podem ser citados os Programas: Farmácia Básica (Paraná), Dose Certa (São Paulo) e o Projeto Farmácia Essencial (Minas Gerais), que tinham um elenco de medicamentos destinados a atender à atenção primária, geralmente eram adquiridos nos laboratórios oficiais de seus estados e distribuídos trimestralmente aos municípios. Nestes, após o início dos repasses financeiros, determinados pelas Portarias GM n.ºs 176/99 e 1.077/99, principalmente as atividades de aquisição e distribuição tornaram-se uma realidade.

No campo teórico, o Ministério da Saúde emitiu uma série de manuais que tratam sobre programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. No campo legal, o governo federal já publicou legislações que abordam aspectos relacionados à aquisição de medicamentos, tais como as Portarias n.ºs 1.818/97 (BRASIL, 1997) e 2.814/98 (BRASIL, 1998a), a distribuição Portaria n.º 802/98 (BRASIL, 1998b), a prescrição Lei n.º 9.787/99 (BRASIL, 1999a) e Portaria n.º 507/99 (BRASIL, 1999c) e a dispensação Resolução n.º 328/99 (BRASIL, 1999e).

Entretanto, apesar da experiência, do conhecimento teórico e da legislação, ainda não foi possível atingir em sua plenitude o resultado esperado do componente Operacional.

Talvez, o que justifique parte dessa dificuldade seja o que foi observado em um estudo que avaliou o serviço farmacêutico prestado pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (FRAGA, 2005, p.83), o qual demonstrou que as causas do problema da falta de medicamentos eram centradas no gerenciamento inadequado das informações operacio-

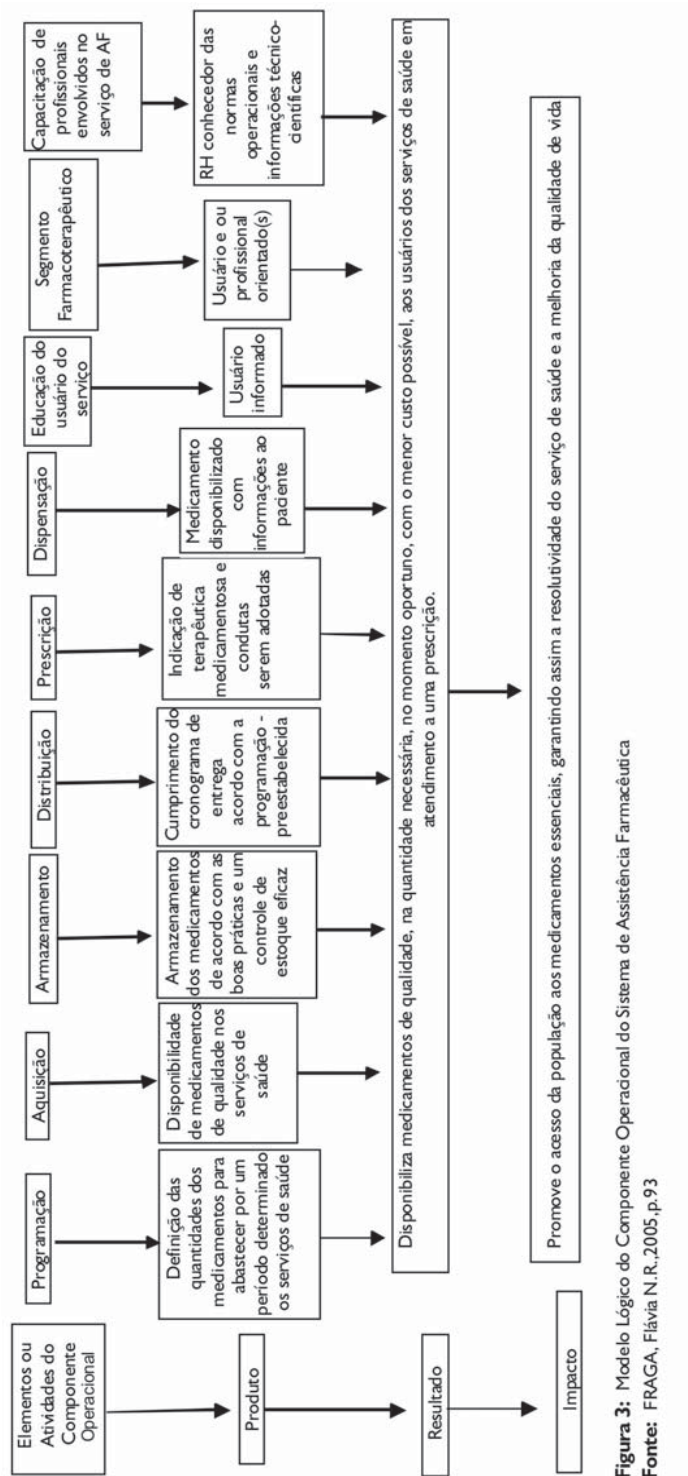


Figura 3: Modelo Lógico do Componente Operacional do Sistema de Assistência Farmacêutica
Fonte: FRAGA, Flávia N.R., 2005, p.93

nais, das informações técnico-científicas, dos recursos humanos e da inadequação de área física. Identificou, portanto, a necessidade de trabalhar de forma sistêmica, reconhecendo a importância dos demais componentes (Técnico-científico, Informação e de Qualidade), aliado à promoção do uso racional e o atendimento humanizado do usuário do serviço, provavelmente colaborariam com relevância para garantia do acesso aos medicamentos essenciais.

Uma contribuição indispensável para a reorientação da AF é a capacitação dos profissionais de saúde que, conhecedores dos procedimentos operacionais padrão e das informações técnico-científicas são agentes importantes nessa mudança. Não basta, entretanto, apenas capacitar; é preciso implantar uma política de recursos humanos que reconheça as atividades que devem ser desenvolvidas e que defina o número suficiente de profissionais para desempenhar o trabalho com uma supervisão constante. Além disso, é necessário prover uma infraestrutura adequada à realização desse trabalho.

O usuário também pode colaborar com essa mudança. Para tanto, precisa ser informado sobre o uso adequado dos medicamentos, seja no momento da dispensação, durante a consulta farmacêutica (segmento farmacoterapêutico), seja em trabalhos de grupo de educação à saúde.

A Figura 4 demonstra o Modelo Lógico do Componente Informação, cujo objetivo é captar, gerar, sistematizar e distribuir informações de natureza técnico-científicas e operacionais do sistema, fornecendo subsídios objetivos, verídicos e validados à tomada de decisões, gestão do sistema e execução das ações.

Conforme já referido, a obtenção de informações técnico-científicas é essencial para a elaboração dos produtos dos elementos do componente técnico-científico. As

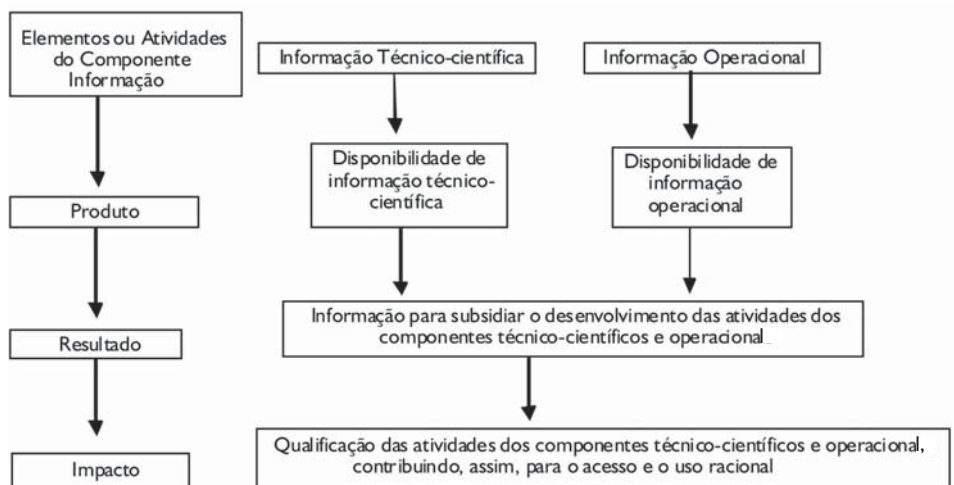


Figura 4: Modelo Lógico do Componente Informação do Sistema de Assistência Farmacêutica
Fonte: FRAGA, Flávia N.R., 2005, p.94

informações operacionais podem advir das atividades do componente operacional e da qualidade. Para isso, basta estabelecer formulários de captação e sistematização dos dados. Entretanto, é preciso definir a utilidade do dado a ser coletado, visando, dessa forma à racionalização do trabalho.

Os dados relativos à movimentação de estoque na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e aos preços dos medicamentos geralmente estão disponíveis, em função do enfoque na aquisição. A informatização da farmácia seria um acréscimo importante à estratégia de reorientação da AF, pois pode contribuir agilizando a coleta de dados referentes ao paciente, à prescrição e ao medicamento dispensado.

Após a coleta dos dados, é necessário providenciar a sua sistematização e divulgação aos diversos profissionais, buscando, assim, promover a sua utilização.

A Figura 5 demonstra o Modelo Lógico do Componente Qualidade, cujo objetivo é garantir a satisfação do paciente e do profissional de saúde.

A partir da representação do componente Qualidade cabe a observação de que o elemento qualidade do produto predomina na relação da AF com a regulação sanitária. Isso acontece porque o elemento qualidade do serviço é vinculado apenas à disponibilidade do produto no serviço de saúde.

Após a apresentação dos componentes do Sistema de Assistência Farmacêutica, verifica-se que este funciona captando e processando dados de forma circular, sendo que os resultados gerados em um determinado componente influenciam o outro. É como se fosse a engrenagem de uma máquina. Essa “engrenagem” pode ser traduzida como os diversos componentes da Assistência Farmacêutica, trabalhando articuladamente, em que se necessita de recursos humanos em quantidades suficientes, motivados e capacitados; uma área física e equipamentos adequados, além de informações técnico-científicas e operacionais.

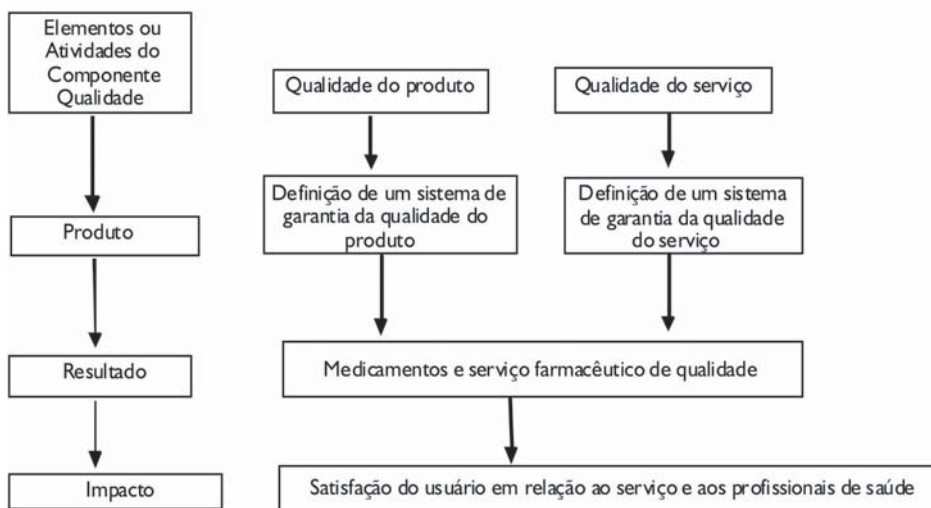


Figura 5: Modelo Lógico do Componente Qualidade do Sistema de Assistência Farmacêutica

Fonte: FRAGA, Flávia N.R., 2005, p.95

Assim, o serviço de AF pode ser definido como o conjunto de atividades em Assistência Farmacêutica desempenhadas não só pelo farmacêutico, mas também por uma equipe multidisciplinar, que busca a promoção, proteção e recuperação da saúde de um indivíduo ou de uma coletividade por meio de ações relacionadas aos medicamentos. A atenção Farmacêutica, que é uma prática exclusiva do profissional farmacêutico, também está incluída nessa definição.

Espera-se que o serviço de AF municipal busque garantir:

- O acesso aos medicamentos essenciais, seguros, eficazes e de qualidade.
- O uso racional dos medicamentos, desde o diagnóstico, prescrição, dispensação e utilização pelo paciente.
- A disponibilidade de informações técnico-científicas e operacionais para apoiar as decisões.
- A qualidade nos processos de trabalho e do produto oferecido.
- Um custo compatível com o resultado obtido.
- Um atendimento humanizado dos usuários.
- O aprimoramento da formação dos profissionais envolvidos nas atividades de AF.
- O fornecimento de orientações aos usuários do serviço de AF para a obtenção dos resultados previstos na terapêutica indicada.
- A integração da Assistência Farmacêutica com as demais áreas da assistência à saúde.
- A participação no desenvolvimento de programas de promoção à saúde e de prevenção das doenças.

O serviço de Assistência Farmacêutica municipal, em uma perspectiva mais ampla, pode ser estruturado de acordo com a capacidade instalada dos serviços de saúde, dos serviços de apoio gerencial, dos recursos humanos disponíveis e suas capacitações, assim como dos recursos materiais e financeiros.

Todavia, a sensibilização e o apoio do gestor, reconhecendo a importância do serviço de Assistência Farmacêutica, é imprescindível para a sua organização e estruturação.

Pretende-se que o modelo proposto dê conta dos quatro componentes da Assistência Farmacêutica de forma concatenada, tendo a racionalidade do uso dos medicamentos garantida, principalmente, por meio da formulação e implantação de protocolos terapêuticos, formulário terapêutico, relação municipal de medicamentos essenciais; orientação de pacientes e das atividades operacionais planejadas e executadas de acordo com o perfil epidemiológico da população.

Os elementos do componente Informação obtêm as informações de várias fontes, sendo que entre essas estão os indicadores de avaliação da Assistência Farmacêutica, contemplados no componente da Qualidade.

O modelo de funcionamento do Sistema de Assistência Farmacêutica Básica, proposto

por este trabalho, tem suas atividades efetuadas em uma estrutura composta por três níveis hierárquicos, contemplando os quatro componentes. O nível central, que corresponde à Coordenação da Política Municipal de Medicamentos que se localizaria na Secretaria Municipal de Saúde; o nível distrital, responsável pela Unidade Distrital da Assistência Farmacêutica no distrito sanitário e o nível local, que corresponde à Farmácia propriamente dita.

Quanto às atribuições da Coordenação da Política Municipal de Medicamentos propõe-se:

- Formular e implantar a Política Municipal de Medicamentos, integrada com as demais áreas da assistência à saúde.
- Coordenar, acompanhar e avaliar a implantação da Política Municipal de Medicamentos.
- Acompanhar e avaliar as atividades das Unidades Distritais de Assistência Farmacêutica e das Farmácias.
- Coordenar e estabelecer normas de funcionamento para a Comissão de Farmácia e Terapêutica.
- Selecionar, por meio da Comissão de Farmácia e Terapêutica os medicamentos essenciais que comporão a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.
- Elaborar, por meio da Comissão de Farmácia e Terapêutica o Formulário Terapêutico, responsabilizando-se pela sua divulgação.
- Participar e apoiar o trabalho desenvolvido pela Comissão de Protocolo Terapêutico.
- Coordenar estudos de farmacoepidemiologia.
- Coordenar estudos de farmacoconomia.
- Incentivar a notificação de suspeita de reações adversas a medicamentos e a queixa técnica pelos profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde à Vigilância Sanitária Municipal.
- Apoiar as ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária Municipal.
- Planejar e executar capacitações para os profissionais envolvidos nas atividades de Assistência Farmacêutica.
- Definir procedimentos operacionais padrão para todas as atividades da Assistência Farmacêutica.
- Elaborar, implantar e avaliar a programação de medicamentos.
- Produzir relatórios que permitam conhecer as demandas atendida e não atendida, o consumo histórico, as entradas e saídas dos medicamentos da Central de Abastecimento Farmacêutico e nos níveis distrital e local.
- Solicitar e acompanhar a aquisição de medicamentos.
- Coordenar a Comissão Municipal de Compras de Medicamentos que tem caráter técnico.
- Estabelecer mecanismos que permitam a aquisição de medicamentos de

- fornecedores com comprovada qualidade.
- Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo farmacêutico da Central de Abastecimento Farmacêutico nas atividades de armazenamento, distribuição e transporte dos medicamentos.
 - Fomentar um trabalho de parceria com as Universidades, Centro de Informações de Medicamentos para compartilhar recursos de informação técnico-científica para subsidiar as atividades dos componentes técnico-científicos, operacionais, de informação e qualidade.
 - Captar, sistematizar e divulgar as informações técnico-científicas de interesse do cotidiano de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde.
 - Captar, sistematizar e divulgar as informações operacionais geradas nas atividades de Assistência Farmacêutica.
 - Planejar, coordenar e implantar ações de educação dos usuários do serviço de Assistência Farmacêutica municipal.
 - Elaborar material informativo sobre medicamentos para usuários e profissionais de saúde.
 - Implantar o Segmento Farmacoterapêutico.
 - Definir e implantar um Sistema de Garantia da Qualidade do Serviço de Assistência Farmacêutica prestado.
 - Definir e implantar um Sistema de Garantia da Qualidade do Produto Farmacêutico disponibilizado à população municipal.
 - Implantar a coleta de dados de indicadores de avaliação de estrutura, processo e resultado da Assistência Farmacêutica Municipal.
 - Prestar contas ao gestor, por meio de relatórios do andamento do serviço de Assistência Farmacêutica Municipal.

As atribuições da Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica são:

- Implantar a Política Municipal de Medicamentos definida pelo nível central da Secretaria Municipal de Saúde.
- Coordenar, acompanhar, avaliar e supervisionar as atividades de Assistência Farmacêutica nas farmácias de seu distrito sanitário.
- Promover o desenvolvimento de um trabalho integrado entre as farmácias do seu território, Central de Abastecimento Farmacêutico e a Coordenação da Política Municipal de Medicamentos.
- Sistematizar e emitir relatórios sobre as demandas atendida e não atendida, consumo histórico, entradas e saídas dos medicamentos das farmácias do seu distrito sanitário.
- Sistematizar e elaborar relatórios dos dados dos indicadores de avaliação da Assistência Farmacêutica das farmácias do distrito sanitário sob sua responsabilidade.

- Remanejar medicamentos entre as farmácias sob sua responsabilidade.
- Participar da Comissão de Farmácia e Terapêutica e de Compras de Medicamentos.
- Encaminhar pedidos de inclusão e exclusão de medicamentos à Comissão de Farmácia e Terapêutica.
- Divulgar os Protocolos Terapêuticos, o Formulário Terapêutico, a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais e os Procedimentos Operacionais Padrão.
- Participar dos estudos de farmacoepidemiologia e farmacoeconomia.
- Encaminhar à Coordenação da Política Municipal de Medicamentos notificações de suspeita de reações adversas e queixa técnica advindas dos profissionais e usuários dos serviços de saúde sob sua jurisdição.
- Colaborar com a realização de capacitações para os profissionais envolvidos em atividades de Assistência Farmacêutica no seu território.
- Participar das ações de educação dos usuários das farmácias do seu território.
- Apoiar as ações que visem à implantação do segmento farmacoterapêutico em seu território.
- Participar na elaboração de material informativo sobre medicamentos para usuários e profissionais de saúde.
- Divulgar informações técnico-científicas e operacionais aos serviços sob sua responsabilidade.
- Implantar o Sistema de Garantia da Qualidade do Serviço de Assistência Farmacêutica definido pela Política Municipal de Medicamentos.
- Implantar o Sistema de Garantia da Qualidade do Produto Farmacêutico disponibilizado à população municipal, definido pela Política Municipal de Medicamentos.
- Emitir relatórios de prestação de contas à Coordenação da Política Municipal de Medicamentos das atividades das farmácias sob sua jurisdição.

As atribuições do nível local são:

- Implantar a Política Municipal de Medicamentos, definida pelo nível central da Secretaria Municipal de Saúde.
- Coordenar, acompanhar, avaliar e supervisionar as atividades desenvolvidas na farmácia.
- Promover o desenvolvimento de um trabalho integrado entre a farmácia e a Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica do seu território.
- Requisitar medicamentos à Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para suprimento da Farmácia.
- Realizar o controle quantitativo e qualitativo dos medicamentos recebidos do CAF.
- Armazenar os medicamentos de acordo com os critérios técnicos, sanitários e administrativos.

- Avaliar as prescrições sob o ponto de vista legal e farmacológico.
- Dispensar medicamentos mediante apresentação de receita, orientando e educando o paciente sobre o seu uso racional e sua armazenagem.
- Remanejar medicamentos quando necessário.
- Controlar a movimentação de estoques de medicamentos, inventariando periodicamente.
- Sistematizar e emitir relatórios sobre as demandas atendida e não atendida, consumo histórico, entradas e saídas dos medicamentos da farmácia encaminhando à Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica.
- Sistematizar e elaborar relatórios dos dados dos indicadores de avaliação da Assistência Farmacêutica da farmácia encaminhando à Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica.
- Participar da Comissão de Farmácia e Terapêutica e de Compras de Medicamentos.
- Encaminhar pedidos de inclusão e exclusão de medicamentos à Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica.
- Divulgar os Protocolos Terapêuticos, o Formulário Terapêutico e a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.
- Aplicar os Procedimentos Operacionais Padrão.
- Participar dos estudos de farmacoepidemiologia e farmacoeconomia.
- Encaminhar à Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica notificações de suspeita de reações adversas e queixa técnica advindas dos profissionais e usuários do seu serviço de saúde.
- Colaborar com a realização de capacitações para os profissionais envolvidos em atividades de Assistência Farmacêutica no seu território.
- Capacitar e supervisionar seus auxiliares na execução de suas atividades.
- Participar das ações de educação dos usuários da farmácia.
- Participar na elaboração de material informativo sobre medicamentos para usuários e profissionais de saúde.
- Desenvolver o Segmento Farmacoterapêutico.
- Participar de trabalhos com grupos de pacientes de programas especiais (diabéticos, hipertensos, etc.).
- Divulgar informações técnico-científicas e operacionais aos profissionais de saúde e usuários da farmácia.
- Implantar o Sistema de Garantia da Qualidade do Serviço de Assistência Farmacêutica, definido pela Política Municipal de Medicamentos.
- Implantar o Sistema de Garantia da Qualidade do Produto Farmacêutico disponibilizado à população municipal, definido pela Política Municipal de Medicamentos.
- Emitir relatórios de prestação de contas à Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica das atividades da farmácia.

A implantação do modelo pode ser iniciada por meio da nomeação de um farmacêutico para cada gerência distrital de saúde, que ficaria responsável por reorganizar as farmácias do distrito, atuando em consonância com a coordenação da Política de Medicamentos.

Para propor a reorientação da AF, considerando o modelo apresentado, seria importante, por exemplo, repactuar o IAFB ou criar um novo incentivo que permitisse não apenas a compra de medicamentos, mas também reformas na infraestrutura, aquisição de sistemas informatizados de controle de estoque, qualificação de pessoal, etc. A habilitação para o recebimento desse incentivo deveria exigir um plano de investimentos com os objetivos, as metas, ações e um cronograma de execução. O controle da execução do plano seria de competência do controle social e da Secretaria Estadual da Saúde.

A inclusão de determinados procedimentos na tabela de pagamento do SUS, entre os quais o segmento farmacoterapêutico, a notificação de reações adversas, bem como de queixas técnicas de medicamentos e trabalhos com grupos de pacientes, serviriam de incentivo ao gestor para qualificar a Assistência Farmacêutica. Além disso, a medida produziria maior acesso às informações sobre medicamentos aos usuários do serviço farmacêutico, o que contribuiria para o sucesso da terapêutica medicamentosa em curso.

De acordo com o objetivo deste estudo, analisar os serviços farmacêuticos na esfera municipal e propor um modelo lógico de trabalho para os níveis central, distrital e local, visando à construção de uma estratégia voltada à reorganização da AF, conclui-se que:

O funcionamento adequado do modelo exige recursos humanos em quantidades suficientes para o desempenho do trabalho, motivados e capacitados, uma área física e equipamentos apropriados, bem como informações técnico-científicas e operacionais atualizadas.

O apoio do gestor, reconhecendo a importância dos serviços de Assistência Farmacêutica, é fundamental para sua organização e estruturação, acrescido de técnicos capacitados e motivados.

É preciso enfatizar que a Política de Medicamentos é desenvolvida pelas três esferas de governo. Assim, os estados e a União devem avaliar suas ações e, dessa forma, proceder as devidas correções de rumo.

Ao definir as atribuições e atividades da AF, é possível perceber que o foco das ações pode ser reorientado à prestação de serviços farmacêuticos, tendo como prioridade a satisfação do usuário.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco A. et al. Analysis of Medical Prescriptions Dispensed at Health Centers In Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.º 1, p. 72-79, jan./fev.2004.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Diagnóstico da Assistência Farmacêutica do Estado da Bahia. Salvador, 1998. 54 p.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília. 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 11/12/2004.

BRASIL. Lei n.º 8.080 (Lei Orgânica de Saúde), de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção, e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990a. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=16619&word=>>. Acesso em: 14/12/2004.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre transferências governamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990b. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=254&word=>>. Acesso em 14/12/2004.

BRASIL. Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei n.º 6360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 11 fev. 1999a. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=16622&word=>>. Acesso em: 29/11/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01) de 26 de janeiro de 2001. Portaria GM/MS n.º 95. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União, Brasília, 29 jan. 2001a. Disponível em: <http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01_PT95.htm>. Acesso em: 29/11/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02) de 27 de fevereiro de 2002. Revoga a NOAS-SUS 01/01. Portaria n.º 373. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.º 40, 28 fev. 2002a. Seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/91) de 07 de janeiro de 1991. Nova Política de Financiamento do SUS. Resolução n.º 258 do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 jan. 1991. Seção I, p. 641-44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/92) de 07 de fevereiro de 1992. Portaria n.º 234. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 fev. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/93) de 20 de maio de 1993. Portaria n.º 545. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.º 96, 24 maio 1993, p. 6.961-65.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/96) de 06 de novembro de 1996. Redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União. Diário Oficial da União, Brasília: 1996. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/Legislacaosus/nob.pdf>>. Acesso em: 10/05/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.818, de 02 de dezembro de 1997. Recomenda que nas compras e licitações públicas de produtos farmacêuticos realizados nos níveis federal,

estadual e municipal pelos serviços governamentais, conveniados e contratados pelo SUS, sejam incluídas exigências sobre requisitos de qualidade a serem cumpridas pelos fabricantes e fornecedores desses produtos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.º 234, 03 dez. 1997. Seção I, p. 28.467.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.814, de 29 de maio de 1998. Estabelece procedimentos a serem observados pelas empresas produtoras, importadoras, distribuidoras e do comércio farmacêutico, objetivando a comprovação, em caráter de urgência, da identidade e qualidade de medicamento, objeto de denúncia sobre possível falsificação, adulteração e fraude. Diário Oficial da União, Brasília, jun 1998a. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=>13593&word=>>>. Acesso em: 12/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 802, de 08 de outubro de 1998. Institui o Sistema de Controle e Fiscalização em toda a cadeia dos produtos farmacêuticos. Diário Oficial da União, Brasília, dez 1998b. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=851&word=>>>. Acesso em: 12/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998 do Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, out. 1998c. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=751&word=>>>. Acesso em: 12/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 176, de 08 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Diário Oficial da União, Brasília, 1999b. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=12062&word=>>>. Acesso em: 15/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 507, de 23 de abril de 1999. Publica a revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename, que acompanha essa Portaria. Diário Oficial da União, Brasília, 4 maio 1999c. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=827&word=portaria=>>>. Acesso em: 15/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.077, de 24 de agosto de 1999. Implanta o Programa para Aquisição de Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estadual do SUS, definindo que as transferências dos recursos federais estará condicionada à contrapartida dos Estados e do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília, 25 ago. 1999d Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=3953&word=>>>. Acesso em: 15/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SPS n.º 16/GM, de 14 de dezembro de 2000. Define o Elenco Mínimo e Obrigatório de medicamentos para a pactuação na Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, 2000. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/psfinfo5.pdf=>>> Acesso em: 15/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 343/GM, de 21 de março de 2001. Define o elenco de medicamentos que compõe o incentivo à Assistência Farmacêutica, vinculado ao Programa da Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, 2001b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/portarias/2001.htm=>>> Acesso em: 15/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 371/GM, de 4 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes

Mellitus. Diário Oficial da União, Brasília, Versão Republicada – 08 mar. 2002b. Disponível em: <<http://elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=19939&word=>>. Acesso em: 12/01/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 786/GM, de 19 de abril de 2002. Altera Anexo da Portaria n.º 343/GM de 21 de março de 2001 que define o elenco de medicamentos que compõe o incentivo à Assistência Farmacêutica, vinculado ao Programa da Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.º 76, 22 abr. 2002c. Seção 1, p. 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.397/GM, de 22 de julho de 2003. Altera o Anexo da Portaria n.º 786/GM de 19 de abril de 2002 que define o elenco de medicamentos que compõe o incentivo à Assistência Farmacêutica, vinculado ao Programa da Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.º 140, 23 jul. 2003. Seção 1, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. 8p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.º 328, de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jul. 1999e. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=1249&word=>>. Acesso em: 12/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília, DF, 2001c. 114 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Organização da Assistência Farmacêutica nos Municípios Brasileiros: disponibilidade e utilização de medicamentos no SUS. Brasília, DF, 2002d. 160 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução n.º 308, de 02 de maio de 1997. Dispõe sobre a Assistência Farmacêutica em farmácias e drogarias. Brasília, 02 maio 1997. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/pag800x600.html>>. Acesso em: 12/12/2004.

COSTA, Ediná Alves. Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde. São Paulo: Hucitec, 1999. 461 p.
DUPIM, J.A. Assistência Farmacêutica: um modelo de organização. Belo Horizonte: SEGRAC, 1999. 79 p.

FRAGA, Flávia Nunes da Rosa. A Utilização de um Modelo Lógico para a Reorientação dos Serviços Farmacêuticos no Âmbito Municipal. 2005. 157p. Dissertação (Mestrado) Curso de Mestrado em Gestão da Assistência Farmacêutica do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da UFRGS, Porto Alegre, 2005.

GUERRA JÚNIOR, A. A. Medicamentos Essenciais: estudo sobre a disponibilidade e acessibilidade econômica em duas regiões do Estado de Minas Gerais: o Norte de Minas e o Vale do Jequitinhonha. 2002. 210 p. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Farmácia da UFMG, Belo Horizonte, 2002.

NAVES, Janeth de Oliveira Silva; SILVER, Lynn Dee. Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 39, n.º 2, p. 223-230, abr. 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia sobre medicamentos de la OMS: 2000–2003. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Ginebra: OMS, 2000. 6 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Como desarrollar y aplicar una política farmacêutica nacional: perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Ginebra: OMS, 2003. 6 p.

PEREIRA, Luiz Antônio Marinho. Análise de programas e ações em Assistência Farmacêutica para a disponibilidade de medicamentos essenciais no Programa Saúde da Família. 2005. 102p. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Gestão da Assistência Farmacêutica do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas/UFRGS, Porto Alegre, 2005.

PERINI, Edson. Assistência Farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: ACURCIO, F.A. (Org.). Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. p. 9-30.

SANTICH, Ilena; GALLI, Amanda. La Asistencia farmacêutica em el Sistema Único de Salud de Ceará: elementos para su transformación. Fortaleza: Escola de Saúde Pública e Departamento de Assistência Farmacêutica, SESA, Ceará. 1995. 192 p.

Sobravime. Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. Acción Internacional para La Salud – América Latina y El Caribe. O que é o uso racional dos medicamentos. São Paulo: Sobravime, 2001. 128 p.

OS ORGANIZADORES

Maria Ceci Misoczky

Graduada em Medicina (1978) com mestrado em Planejamento Urbano e Regional pela Faculdade de Arquitetura (1990) e doutorado em Administração (2002), pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atualmente, é professora adjunta do Departamento de Ciências Administrativas, coordenadora da Linha de Pesquisa Gestão em Saúde e da Área de Organizações no Programa de Pós-graduação em Administração – PGA/UFRGS. Tem experiência na área de Administração, com ênfase em Administração Pública e Estudos Organizacionais, atuando principalmente nos seguintes temas: administração pública, análise de políticas públicas, teorias organizacionais, gestão em saúde.

Paulo Eduardo Mayorga Borges

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1990), tem mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1993) e doutorado em Ciências Farmacêuticas pela Université de Paris XI (Paris-Sud) (1997). Hoje, é Diretor e Professor Adjunto da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e é membro de corpo editorial da Gestão, Ciência e Saúde. Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em Farmacotecnia e atua principalmente nos seguintes temas: primaquina, sistemas transdérmicos, absorção cutânea, pele, malária e antimalárico.

Ronaldo Bordin

Graduado em Medicina (1983), com mestrado em Educação (1989) e doutorado em Administração (1999) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Hoje, é professor associado do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, membro do Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) e vinculado ao PPG Epidemiologia. Tem experiência na área de saúde coletiva (ênfase: gestão em saúde), atuando nas linhas de sistemas de informação e apoio à decisão, tecnologias de gestão em saúde e gestão do trabalho e educação na saúde.

OS AUTORES

Célia Machado Gervasio Chaves

Graduada em Farmácia (1975) e em Farmácia Industrial (1976) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, especialização em Administração e Planejamento para Docentes pela Universidade Luterana do Brasil (1988), tem mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1980) e doutorado em Farmacologia pela Universidade de São Paulo (1993). Atualmente, é Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em Análise e Controle de Medicamentos, e atua principalmente nos seguintes temas: colchicina, Inflamação, anti-inflamatório.

Flávia Nunes da Rosa Fraga

Graduada em Farmácia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1988), tem mestrado em Ciências Farmacêuticas (2005) pela mesma Universidade. Hoje, é farmacêutica do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre. Foi ex-coordenadora da Política de Assistência Farmacêutica e Ex-coordenadora do Núcleo de Produtos da Coordenadoria de Vigilância em Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em Assistência Farmacêutica, atuando principalmente nos seguintes temas: política de medicamentos, planejamento da Assistência Farmacêutica e vigilância de produtos.

Luiz Antônio Marinho Pereira

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1989) e mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2005). Atualmente, é Pesquisador da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Marina Keiko Nakayama

Graduada em Psicologia, com mestrado e doutorado (1997) em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tem experiência em consultoria em Planejamento Estratégico e Competências e na área de Recursos Humanos. Ministra as disciplinas de desenvolvimento humano e métodos qualitativos no Programa de Pós-Graduação em Engenharia e Gestão do Conhecimento da UFSC. Pesquisa na área de gestão do conhecimento, ensino a distância, gestão de pessoas (cultura organizacional, relações de confiança e consciência), mensuração de resultados e desenvolvimento humano e coordena um projeto social que apóia outros projetos sociais.

Marlene K. M. Romio

Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2005).

Paulo Eduardo Mayorga Borges

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1990), tem mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1993) e doutorado em Ciências Farmacêuticas pela Université de Paris XI (Paris-Sud) (1997). Hoje, é Diretor e Professor Adjunto da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e é membro de corpo editorial da Gestão, Ciência e Saúde. Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em Farmacotecnia e atua principalmente nos seguintes temas: primaquina, sistemas transdérmicos, absorção cutânea, pele, malária e antimalárico.

Ricardo A. Barcelos

Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2005).