

**GESTÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
REGIONALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Série Políticas e Práticas Sociais, 16

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: acesso e disponibilidade de medicamentos no Sistema Único de Saúde, organizado por *Paulo Mayorga, Ronaldo Bordin e Maria Ceci Misoczky*.

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

MARIA CECI MISOCZKY

RONALDO BORDIN

PAULO MAYORGA

Organizadores

**GESTÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
REGIONALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO
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 – regionalização e descentralização no Sistema Único de Saúde / org. por Maria Ceci Misoczky, Ronaldo Bordin e Paulo Mayorga . – Porto Alegre: Dacasa Editora, 2009. 244 p.; 16 x 23 cm. - (Série Políticas e Práticas Sociais)

Inclui bibliografia.

ISBN 978 858607275-3

1. Saúde Pública – gestão farmacêutica. 2. Sistema Único de Saúde (SUS) – gestão farmacêutica. 3. Medicamentos – gestão farmacêutica. 4. Gestão farmacêutica – regionalização. 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

**A PERCEÇÃO DOS GESTORES
E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM SÃO LUÍS
(MA) SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

Mary Jane Limeira de Oliveira

Ronaldo Bordin

INTRODUÇÃO

Este estudo partiu da necessidade de aprofundar o conhecimento sobre a prática da Assistência Farmacêutica no contexto geral e no cotidiano do serviço de saúde do município de São Luís (Maranhão). Trata-se de um estudo exploratório, de caráter descritivo, empregando métodos quali-quantitativos, em que a coleta de dados constituiu-se da aplicação de formulário semiestruturado aos gestores e profissionais de saúde, durante a entrevista realizada em seus ambientes de trabalho. Os resultados obtidos foram sistematizados e discutidos em quatro categorias: (a) visão dos gestores e profissionais de saúde sobre a Assistência Farmacêutica; (b) percepção desses /atores sobre o papel da Assistência Farmacêutica no sistema de saúde; (c) identificação de como eles percebem a Assistência Farmacêutica disponibilizada no serviço de saúde, no que se refere ao acesso a medicamentos, orientações de uso e acompanhamento terapêutico; (d) descrição dos avanços e dificuldades no desenvolvimento da Assistência Farmacêutica municipal. As percepções referidas por esses atores delimitam a Assistência Farmacêutica disponibilizada no serviço público do município de São Luís como apresentando dificuldades em todas as suas etapas, o que repercute diretamente na deficiência da prestação de serviços e na falta de acesso da população aos medicamentos essenciais, situação que reforça a necessidade de mudanças que alterem a prática desses serviços e promova a implementação de uma política de Assistência Farmacêutica mais resolutiva, capaz de contribuir para a efetivação das ações de saúde.

O CONTEXTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

O Sistema de Saúde no Brasil foi concebido, de acordo com os dispositivos constitucionais, como um sistema responsável pela provisão de acesso às ações e aos serviços de saúde de forma universal e igualitária.

Com o movimento da reforma sanitária e a Constituição Federal de 1988, a saúde tornou-se “um direito de todos e dever do estado”. Incluída neste contexto, encontra-se a Assistência Farmacêutica (AF). Assistência que ganhou maior ênfase com a desativação da Central de Medicamentos (CEME), em julho de 1997, e a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), em outubro de 1998, pela Portaria n.º 3.916/98.

Esse documento estabeleceu como uma de suas diretrizes “a reorientação da Assistência Farmacêutica”, não mais limitada à aquisição e distribuição de medicamentos, mas direcionada à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais, por meio de quatro eixos centrais: descentralização da gestão; promoção do uso racional de medicamentos; eficácia do sistema de distribuição; e desenvolvimento de iniciativas que permitam a redução de preços, inclusive no âmbito do setor privado.

Para desenvolver este estudo, tornou-se necessário conceituar Assistência Farmacêutica, uma vez que se tem em vista estudar o caráter relacional entre o que está estabelecido institucionalmente e o que efetivamente ocorre na Assistência Farmacêutica no cotidiano dos gestores e profissionais do Sistema de Saúde no município de São Luís (Maranhão).

Segundo a Política Nacional de Medicamentos, a Assistência Farmacêutica assim se constitui:

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 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, 2001b).

Considerando que a Assistência Farmacêutica é uma atividade relativamente recente, torna-se necessário um maior aprofundamento de conhecimentos dessa área.

Assistência Farmacêutica no Brasil: breve histórico

Este breve histórico está fundamentado nas publicações que enfocam essa área temática a partir da década de 1960.

Garantir uma Assistência Farmacêutica à população tem sido uma preocupação do governo brasileiro desde antes mesmo da universalização da assistência à saúde. Segundo Noronha e Levcovits (apud BERMUDEZ, 1995), na década de 1960 já se debatiam na 3ª Conferência Nacional de Saúde propostas para a inserção de uma Política de Medicamentos como parte do Sistema de Saúde.

Um fato importante a ser ressaltado neste mesmo período é o Decreto n.º 53.612 de 26/02/64 que aprovou a primeira relação de medicamentos essenciais do país, antes mesmo das recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), que sugerem os medicamentos essenciais como o ponto central de uma Política de Medicamentos (BERMUDEZ, 1995).

Nos anos de 1970, procurando uma forma de promover o acesso da população brasileira a medicamentos, o governo criou pelo Decreto n.º 68.806/71 a Central de Medicamentos (CEME), instituída como órgão da Presidência da República, cuja função foi definida como “reguladora da produção e distribuição de medicamentos” dos laboratórios farmacêuticos subordinados ou vinculados aos Ministérios (BERMUDEZ, 1995).

As palavras do Presidente Médici no momento da assinatura do decreto de criação da CEME refletem, até hoje, uma realidade que será observada posteriormente na discussão deste estudo.

Entre as medidas a que atribui caráter prioritário, incluiu o governo a gradativa ampliação da Assistência Farmacêutica no tocante às classes de reduzido poder aquisitivo, levando em conta a realidade, todos os dias observada, de que, sem a possibilidade de aviamento da receita, a consulta médica se torna inócua para uma grande massa da população. (BERMUDEZ, 1995, p.82)

Outro fato importante a ser destacado foi a criação do Plano Diretor de Medicamentos, oficializado pelo Decreto 72.552 que, em seu primeiro artigo, definiu como Políticas e Diretrizes Gerais a integração da ação do governo na coordenação e controle do sistema nacional de produção, distribuição e comercialização farmacêutica, como apoio ao Plano Nacional de Desenvolvimento Social, assim como determinou que fosse estabelecida oficialmente a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename (BERMUDEZ, 1995).

De acordo com Bermudez (1995, p.135), em 1975, a Rename foi de fato instituída, pela Portaria MPAS 223/75, que apresentava 315 medicamentos em 472 apresentações farmacêuticas, como instrumento racionalizador da Política de Medicamentos, pois, segundo a OMS (2002), uma seleção de medicamentos essenciais permite melhorar a qualidade da atenção à saúde, à gestão de medicamentos e ao aproveitamento custo-efetivo dos recursos sanitários.

Em 1987, a CEME elabora módulos de Farmácia Básica destinados à atenção primária de saúde, dimensionados todos a atender às necessidades de aproximadamente três mil pessoas por um período de seis meses. Esses módulos foram identificados como instrumentos de favorecimento do clientelismo político os quais contribuíram para a distorção da CEME e de suas finalidades (BERMUDEZ, 1995).

A necessidade de uma reorganização institucional no país se materializou pela Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 que, em seu artigo 196, determina que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.134).

Em 1990, o SUS foi constituído e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080, que dispõe sobre a Política de Saúde no país e define como um de seus objetivos e atribuições “a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (Capítulo I, Artigo 6º)”. (BRASIL. Lei n.º 8.080, 1990).

Os princípios que regem o SUS visam assegurar os direitos sociais garantidos por lei a todo cidadão brasileiro. Dessa forma, o arcabouço legal contempla a Assistência Farmacêutica como um dos elementos atinentes ao SUS.

O processo de implantação da descentralização do SUS iniciou-se com as Normas Operacionais Básicas (NOB), instrumentos que definem as competências e a operacionalidade do sistema nas três esferas de governo, publicadas pelas portarias ministeriais. Várias

são as Normas Operacionais Básicas, sendo recentemente editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS).

A Assistência Farmacêutica está contemplada na Norma Operacional Básica 01/96, especificamente no item que trata das responsabilidades das esferas de governo, que coloca como papel dos gestores, em nível federal “a reorientação e a implementação da política Nacional de Assistência Farmacêutica” e em nível estadual a “estruturação e operacionalização do componente estadual de Assistência Farmacêutica” (BRASIL, 1996).

Já a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) 01/02 define que o Plano Diretor de Regionalização deverá ser elaborado para garantir o acesso dos cidadãos, em locais próximos de suas residências, a um conjunto de ações e serviços, entre os quais está o “suprimento/dispensação dos medicamentos da farmácia básica”. Estabelece, ainda, no processo de habilitação dos Estados, como responsabilidade estadual “a formulação e execução da política estadual de Assistência Farmacêutica de acordo com a política nacional”. E, no anexo I dessa Norma, consta como estratégia mínima de atenção básica “o fornecimento de medicamentos nas áreas de controle da tuberculose, controle da hipertensão, da diabetes mellitus, eliminação da hanseníase e ações de saúde da mulher” (BRASIL, 2001).

Embora exista todo um arcabouço legal garantindo a implantação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica no país, sua implementação no âmbito da Política Nacional de Saúde tem se tornado um desafio (BERMUDEZ e BONFIM, 1999).

A Assistência Farmacêutica tem sido objeto de muitas discussões. Em 1988, um grupo de profissionais farmacêuticos de todo o país buscou enumerar diversas propostas que não se restringissem à produção e distribuição de medicamentos, mas a uma Assistência Farmacêutica alicerçada nos princípios que fundamentam o SUS, ou seja, na universalidade, descentralização, equidade e hierarquização do atendimento (BONFIM e MERCUCI, 1997).

Essa discussão deu origem à Carta de Brasília, que propõe: a) “reavaliação do conceito de dispensação na sua dimensão técnico-científica e social como um ato de orientação do uso adequado do medicamento, visando garantir ao paciente uma assistência de boa qualidade”; e b) que “o SUS deverá desenvolver mecanismos que reduzam os erros e riscos decorrentes entre o que se prescreve e o que é dispensado pela criação de sistemas de informação sobre consumo de medicamentos com base na prescrição...” (BONFIM e MERCUCI, 1997, p.44).

Ainda, em 1988, a CEME organizou o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, em que foram ressaltados os seguintes pontos: a nacionalização, o não reconhecimento das patentes, a ampliação da pesquisa e a ampliação da Assistência Farmacêutica e sua inserção no SUS (BRASIL, 2002a).

A partir de 1993, a CEME começa a apresentar problemas em sua atuação, incluindo denúncias de corrupção, descompromisso da direção com as finalidades do órgão, desmantelamento da estrutura técnico-organizacional, desarticulação do sistema com as estruturas estaduais e municipais, perdas estimadas em 40% por deficiência da rede de

distribuição e demanda superestimada para compensar descontinuidade no abastecimento. Em 1974, houve um esvaziamento de suas funções, restando apenas a responsabilidade de adquirir e distribuir medicamentos (BERMUDEZ, 1995).

Essa situação, com o decorrer do tempo, gerou vários problemas, inclusive do desabastecimento de vários medicamentos, em contradição ao excesso de outros, causando desperdício de insumos e recursos financeiros e levando a sua desativação (BRASIL, 2003b).

Fatos como esses, somados a mudanças significativas no perfil epidemiológico, ao aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas e da morbimortalidade decorrente da violência, dos homicídios, dos acidentes de trânsito, aliados ao envelhecimento da população, à clara tendência de aumento da expectativa de vida ao nascer, às mudanças qualitativas e quantitativas no consumo de medicamentos, geradores um maior custo social, levaram o Ministério da Saúde a formular uma Política de Medicamentos para o país (BRASIL, 2001b).

Política Nacional de Medicamentos

Pela Portaria 3.916/GM, publicada em 30 de outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos foi aprovada como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constituindo-se em elemento fundamental à melhoria das condições de assistência à saúde da população e apresentando 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, 2001b,).

A Política Nacional de Medicamentos apresenta oito diretrizes e quatro prioridades, dentre elas a Reorientação da Assistência Farmacêutica, segundo um novo modelo não mais restrito à aquisição e distribuição de medicamentos, mas voltado a implementar, no âmbito do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais (BRASIL, 2001b).

Quando o novo modelo de Assistência Farmacêutica se propõe promover o acesso da população aos medicamentos essenciais, duas reflexões se tornam necessárias: promoção do acesso e medicamentos essenciais.

Acesso significa garantir uma disponibilidade e uma provisão equitativa dos medicamentos essenciais com ênfase nas enfermidades da pobreza, na dependência de quatro fatores: a) seleção racional de medicamentos, baseado no desenvolvimento de uma lista de medicamentos essenciais e de diretrizes de tratamento; b) preços acessíveis para os governos, os agentes provedores dos serviços de saúde e os consumidores; c) financiamento sustentável, como receita pública e seguro de saúde social; d) sistema confiável de distribuição, que inclua uma combinação de serviços de distribuição pública e privada (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

Sob o ponto de vista do paciente, acesso significa ter o medicamento em local próximo à sua residência (geograficamente acessível), obtê-lo facilmente nos serviços de saúde

(fisicamente acessível) e ao menor custo possível (economicamente acessível), (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000), medicamentos essenciais são os de importância máxima e imprescindíveis para atender às necessidades de saúde da população. Devem estar disponíveis permanentemente, nas formas apropriadas a todos os segmentos da sociedade. É crescente o número de países usando o conceito de medicamentos essenciais. Atualmente, cerca de 160 países têm lista de medicamentos essenciais e mais de 100 estão desenvolvendo políticas farmacêuticas aumentando, assim, o acesso aos medicamentos essenciais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2002).

Os medicamentos essenciais têm um profundo impacto na saúde, visto que constituem uma das principais ferramentas necessárias para melhorar e manter o nível de atenção à saúde. Ainda assim, aproximadamente um terço da população mundial não tem acesso a medicamentos; e essa cifra aumenta em 50% nos países mais pobres da Ásia e África (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

Para a PNM, a Assistência Farmacêutica deve ser coordenada e disciplinada pelas três esferas de governo, federal, estadual, municipal do Sistema Único de Saúde e estar fundamentada nas seguintes ações: descentralização da gestão; promoção do uso racional de medicamentos; otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público; desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos medicamentos.

Com a descentralização da gestão, vieram as responsabilidades das três esferas de governo na implantação e implementação dessa política no SUS, em que se pode destacar a articulação intersetorial, pois a atuação dessa política transcende os limites do setor saúde. Como exemplo, a articulação do Ministério da Saúde com os Ministérios da Justiça, da Fazenda, da Educação e do Desporto, das Relações Exteriores, da Ciência e Tecnologia e com as Agências Internacionais (BRASIL 2001 b).

A PNM estabelece as competências e responsabilidades de cada esfera de governo, como pode ser observado na transcrição abaixo.

Cabe ao gestor federal:

- a) prestar cooperação técnica e financeira às demais instâncias do SUS no desenvolvimento das atividades relativas à Política Nacional de Medicamentos;
- b) estabelecer normas e promover a Assistência Farmacêutica nas três esferas de governo;
- c) apoiar a organização de consórcios destinados à prestação da Assistência Farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;
- d) promover o uso racional de medicamentos junto com a população, os prescritores e os dispensadores;
- e) incentivar a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica;
- f) promover a dinamização de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico;

- promover a disseminação de experiências e de informações técnico-científicas;
- implementar programa específico de capacitação de recursos humanos voltados para o desenvolvimento dessa Política;
- coordenar e monitorar os sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- promover a reestruturação da Secretaria de Vigilância Sanitária, dotando-a das condições necessárias ao cumprimento das responsabilidades do gestor federal, especialmente no tocante à garantia da segurança e qualidade dos medicamentos;
- promover a sistematização do arcabouço legal da vigilância sanitária, adequando-o aos princípios e diretrizes do SUS e ao atual momento da descentralização da gestão;
- promover a atualização da legislação de vigilância sanitária;
- implementar atividades de controle da qualidade de medicamentos;
- promover a revisão periódica e a atualização contínua da Rename e a sua divulgação, inclusive via Internet;
- promover a elaboração, a divulgação e a utilização do Formulário Terapêutico Nacional;
- promover a atualização permanente da Farmacopeia Brasileira;
- acompanhar e divulgar o preço dos medicamentos, em especial daqueles constantes da RENAME;
- destinar recursos para a aquisição de medicamentos, mediante o repasse fundo-a-fundo para estados e municípios, definindo, para tanto, critérios básicos para esse repasse;
- criar mecanismos que vinculem a transferência de recursos ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde;
- promover a revisão, atualização e ajuste diferenciado do grupo de medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos relativos à assistência hospitalar e ambulatorial faturados segundo tabela;
- adquirir e distribuir produtos em situações especiais, identificadas por ocasião das programações, tendo por base critérios técnicos e administrativos;
- orientar e assessorar os estados e municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que essa aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;
- orientar e assessorar os estados e os municípios em seus processos relativos à dispensação de medicamentos.

Compete ao gestor estadual:

- coordenar o processo de articulação intersetorial no seu âmbito, tendo em vista a implementação desta Política;

- promover a formulação da Política Estadual de Medicamentos;
- prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento de suas atividades e ações relativas à Assistência Farmacêutica;
- coordenar e executar a Assistência Farmacêutica no seu âmbito;
- apoiar a organização de consórcios intermunicipais de saúde destinados à prestação da Assistência Farmacêutica ou estimular a inclusão desse tipo de assistência como objeto de consórcios de saúde;
- promover o uso racional de medicamentos junto com a população, os prescritores e os dispensadores;
- assegurar a adequada dispensação dos medicamentos, promovendo o treinamento dos recursos humanos e a aplicação das normas pertinentes;
- participar da promoção de pesquisas na área farmacêutica, em especial aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico, bem como do incentivo à revisão das tecnologias de formulação farmacêutica;
- investir no desenvolvimento de recursos humanos para a gestão da Assistência Farmacêutica;
- coordenar e monitorar o componente estadual de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- implementar as ações de vigilância sanitária sob a sua responsabilidade;
- definir a relação estadual de medicamentos, com base na Rename e em conformidade com o perfil epidemiológico do estado;
- definir elenco de medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo estado, inclusive os de dispensação em caráter excepcional, com base em critérios técnicos e administrativos, destinando o orçamento adequado à sua aquisição;
- utilizar, prioritariamente, a capacidade instalada dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do estado;
- investir em infraestrutura das centrais farmacêuticas, visando garantir a qualidade dos produtos até a sua distribuição;
- receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda;
- orientar e assessorar os municípios em seus processos de aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para que essa aquisição esteja consoante à realidade epidemiológica e para que seja assegurado o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo;
- coordenar o processo de aquisição de medicamentos pelos municípios, visando assegurar o contido no item anterior e, prioritariamente, a utilização da capacidade instalada dos laboratórios oficiais.

É atribuição do gestor municipal:

- coordenar e executar a Assistência Farmacêutica no seu respectivo âmbito;

- associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios, tendo em vista a execução da Assistência Farmacêutica;
- promover o uso racional de medicamentos com a população, os prescritores e os dispensadores;
- treinar e capacitar os recursos humanos para o cumprimento das responsabilidades do município no que se refere a esta Política;
- coordenar e monitorar o componente municipal de sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos, de que são exemplos o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica e o de Rede de Laboratórios de Saúde Pública;
- implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade;
- assegurar a dispensação adequada dos medicamentos;
- definir a relação municipal de medicamentos essenciais, com base na Rename, a partir das necessidades decorrentes do perfil nosológico da população;
- assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica à saúde de sua população, integrando sua programação à do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna;
- adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município;
- utilizar, prioritariamente, a capacidade dos laboratórios oficiais para o suprimento das necessidades de medicamentos do município;
- investir na infraestrutura de centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde, visando assegurar a qualidade dos medicamentos;
- receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda.

Desse novo modelo de Assistência Farmacêutica preconizado pela PNM emerge a promoção do uso racional de medicamentos, que será contextualizado a seguir.

Promoção do Uso Racional de Medicamentos

A OMS estabeleceu em 1985, em Nairobi (Quênia), que o uso racional de medicamentos requer que pacientes recebam a medicação apropriada para uma situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado, e ao menor custo possível para ele e sua comunidade, (SOARES, 1997). Desde então, essa Organização vem trabalhando uma estratégia de controle do uso racional de medicamentos por parte dos profissionais de saúde e consumidores (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

O uso irracional de medicamentos constitui um problema de saúde pública. No mundo todo, mais de 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados e vendidos inadequadamente, o que é uma incoerência, visto que um terço da população não tem acesso a medicamentos ao mesmo tempo em que 50% dos pacientes tomam

medicamentos de forma incorreta, tendo como consequência um desperdício de recursos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2000).

Os fatores que mais contribuem para o uso irracional de medicamentos são: o uso em demasia (polifarmácia); o uso inadequado de antimicrobianos, muitas vezes, em doses incorretas para infecções não bacterianas; o uso excessivo de injetáveis nos casos em que seriam mais adequadas formulações orais; as prescrições fora das recomendações dos protocolos clínicos; a automedicação inadequada, em geral com medicamentos que requerem receita médica.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2000), são 11 as intervenções necessárias para promover o uso racional de medicamentos:

- organismo multidisciplinar autorizado para a coordenação de políticas de uso de medicamentos;
- diretrizes (Protocolos) clínicas;
- lista de medicamentos essenciais, baseada em tratamentos selecionados;
- comitês para medicamentos e terapêutica em distritos e hospitais;
- curso de farmacoterapia com base em problemas concretos e em programas de estudos universitários;
- educação médica contínua como requisito para o desempenho de sua profissão;
- supervisão, auditoria e opiniões/comentários;
- informação independente sobre medicamentos;
- rejeição de incentivos financeiros com efeitos negativos;
- regulação adequada e sua aplicação;
- recurso público suficiente para garantir a disponibilidade de medicamentos e pessoal.

O uso racional de medicamentos consiste em uma das prioridades da Política Nacional de Medicamentos, que coloca como atividades a serem desenvolvidas: a realização de campanhas educativas, o registro e uso de medicamentos genéricos, a elaboração do Formulário Terapêutico Nacional, as ações de Farmacoepidemiologia e Farmacovigilância e a promoção de capacitação dos recursos humanos envolvidos no processo (BRASIL, 2001b).

Fazer uso racional de medicamentos leva em consideração diversos critérios que envolvem a prescrição, a dispensação e o consumo (SOARES, 1997).

A prescrição é afetada por vários fatores como conteúdos de Farmacologia Clínica e Terapêutica na graduação dos cursos de Medicina, a falta de interesse dos prescritores em se atualizarem nessa área e a vulnerabilidade das informações fornecidas pela indústria farmacêutica (SOARES, 1997).

A dispensação é o exercício técnico-profissional que deve complementar a prescrição médica. Ela é afetada pela deficiente formação recebida na graduação, falta de capacitação contínua do profissional, pouca disponibilidade para buscar informações apropriadas e pela opressão extensiva exercida pela indústria farmacêutica (SOARES, 1997).

Quanto ao consumo de medicamentos, verifica-se que houve aumento considerável nos últimos anos em relação a automedicação, o que justifica a necessidade de melhorar a informação dirigida aos pacientes (SOARES, 1997).

Outro fator importante a ser considerado para desenvolver o uso racional de medicamentos é a desarticulação dos serviços de saúde quanto à questão do medicamento, que passou a ser considerado “um bem de consumo e não um insumo básico de saúde, o medicamento passa a ser um objeto desvirtuado do sistema de saúde, inviabilizando o desenvolvimento de um enfoque que priorize o cuidado com a terapêutica medicamentosa, envolvendo nessa concepção a formação dos profissionais, o processo de educação continuada, a orientação a população e o acompanhamento do uso adequado e racional dos medicamentos” (MARIN, 2003, p. 130).

Diversos são os fatores a serem desenvolvidos para que se faça o uso racional de medicamentos, dentre os quais está o ciclo da Assistência Farmacêutica conforme será visto nas considerações a seguir.

O ciclo da Assistência Farmacêutica como promoção do acesso e da racionalização do uso de medicamentos

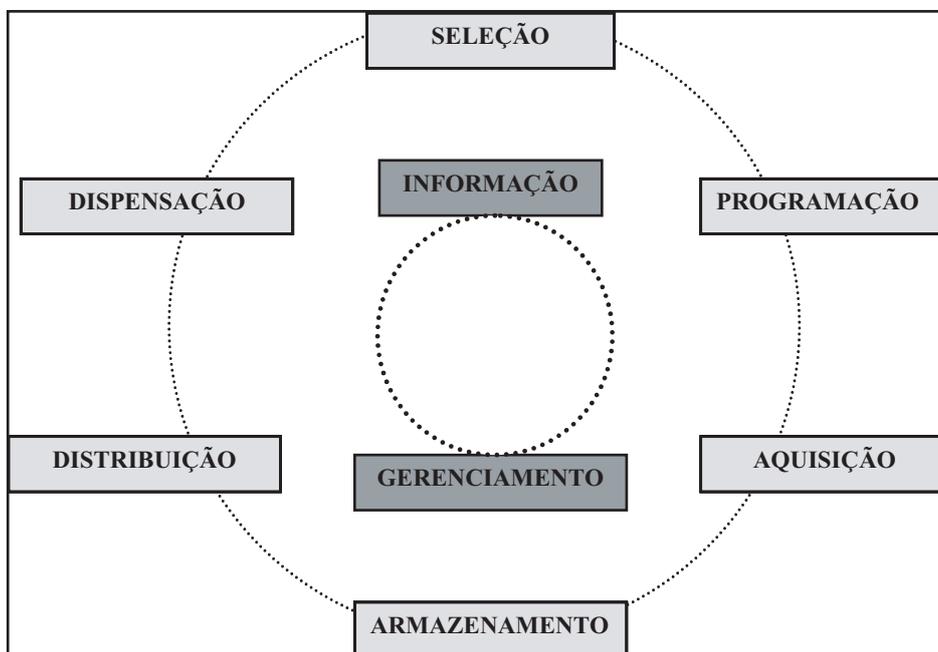
O ciclo da Assistência Farmacêutica é um processo que, bem utilizado, pode promover o acesso da população a medicamentos essenciais, em boas condições de uso, com uma dispensação adequada e com orientação individual e coletiva, de forma que racionalize o uso e possibilite a melhoria na qualidade dos serviços e na vida da população atendida. Engloba atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. Considerando a importância do ciclo no processo de organização da Assistência Farmacêutica, tecer-se-ão alguns comentários sobre cada uma dessas atividades.

Seleção de medicamentos

A seleção de medicamentos consiste no primeiro passo para o acesso da população a medicamentos essenciais, juntamente com a elaboração do Formulário Terapêutico e da Relação de Medicamentos Essenciais (MARIN, 2003).

O processo de seleção passa por várias etapas, incluindo a constituição de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, envolvendo profissionais de saúde, como médicos, farmacêuticos, enfermeiros e odontólogos, cuja finalidade é assessorar o gestor e a equipe de saúde nas questões relacionadas ao medicamento; desenvolvimento de um formulário terapêutico com informações científicas, visando subsidiar os profissionais de saúde, na prescrição e dispensação; e avaliar a efetividade da lista de medicamentos selecionada (BRASIL, 2001).

A indústria farmacêutica lança no mercado um grande número de especialidades farmacêuticas, sendo que a maioria desses produtos apresenta pequenas mudanças nas suas estruturas moleculares que não proporcionam grandes melhorias sob o ponto de vista terapêutico. São os chamados *me too* – produtos lançados posteriormente ao produto



original que possuem características químicas diferentes, mas atividade terapêutica semelhante a do produto novo no mercado, que em um intenso trabalho de marketing com prescritores, passam a imagem de inovadores. Esse grande número de medicamentos similares termina por causar confusões no setor e estimular a prescrição e o uso irracional dos fármacos (MARIN, 2003).

Barros (2001) apontou que, entre 1.223 novas entidades químicas que deram entrada no mercado no período de 1975 a 1997, somente 379 foram consideradas “inovações terapêuticas”. Destacou também que pela estimativa da OMS, dos 56 bilhões de dólares gastos a cada ano em pesquisa na área da saúde, menos de 10% são destinados a enfermidades que afetam 90% da população do mundo (DONALD, apud BARROS, 2001).

Assim, o objetivo da seleção de medicamentos é proporcionar ganhos terapêuticos e econômicos, visto que “os medicamentos selecionados devem ser aqueles com eficácia e segurança comprovadas, ao melhor custo possível, pois são imprescindíveis para o tratamento de doenças prevalentes na população-alvo, no âmbito municipal, microrregional, estadual ou nacional” (MARIN, 2003, p.134).

Essa etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica apresenta ainda as seguintes vantagens (BRASIL, 2001c):

- disponibiliza medicamentos eficazes e seguros, voltados para as reais necessidades da população;
- contribui para a promoção do uso racional de medicamentos;

- possibilita maior eficiência no gerenciamento do ciclo da Assistência Farmacêutica;
- facilita o fluxo de informações referentes aos medicamentos selecionados;
- permite a uniformização de condutas terapêuticas, disciplinando o seu uso;
- racionaliza custos e possibilita, assim, uma maior otimização dos recursos disponíveis;
- propicia melhores condições para prática da Farmacovigilância;
- facilita o desenvolvimento de estratégias educacionais para prescritores, dispensadores e usuários, por exemplo, pela realização de eventos (treinamentos, seminários, fóruns de discussão) e distribuição de materiais (boletins, cartazes, folders, cartilhas e outros).

Programação

A programação representa uma atividade-chave no ciclo da Assistência Farmacêutica e tem por objetivo garantir a disponibilidade dos medicamentos selecionados na quantidade certa e no tempo oportuno, para atender à necessidade de uma população-alvo por um período de tempo determinado (Marin, 2003).

Para desenvolver essa importante etapa torna-se necessário dispor de dados fiéis sobre consumo de medicamentos, perfil demográfico e epidemiológico, conhecer a oferta e a demanda de serviços de saúde, assim como os recursos humanos e a disponibilidade financeira para a execução da programação (BRASIL, 2001c).

Aquisição

A aquisição de medicamentos constitui uma das etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica que contribuiu fortemente para o sucesso e a credibilidade dos serviços farmacêuticos disponibilizados no Sistema de Saúde, visto que um elenco de medicamentos bem selecionado e bem programado por profissionais capacitados por si só não atenderá às necessidades do Sistema de Saúde se houver descontinuidade no suprimento dos medicamentos (MARIN, 2003).

Essa atividade tem como objetivo contribuir para o abastecimento de medicamentos na quantidade solicitada, com qualidade assegurada, ao menor custo possível, dentro da realidade do mercado, cooperando para uma terapêutica racional (MARIN, 2003).

Ainda nesse processo, devem-se considerar diversos fatores, como os especificados abaixo (BRASIL, 2001d):

- pessoal qualificado e com conhecimentos específicos na área;
- existência de uma seleção e programação de medicamentos;
- cadastro de fornecedores;
- catálogo ou manual de especificações técnicas dos produtos;
- normas administrativas e requisitos técnicos, que garantam a qualidade dos medicamentos a serem adquiridos;

- conhecimento das disposições legais (Lei de Licitação n.º 8.666/93, Lei dos Genéricos n.º 9.787/99 e portarias da Secretaria de Vigilância Sanitária n.º 344/98, 1.818/98 e 2.814/98);
- eficiente sistema de informações e gestão dos estoques, com limites estabelecidos para os níveis de estoques (mínimo, máximo, ponto de reposição, dados de consumo e demanda de cada produto);
- política de aquisição de medicamentos (centralizada ou descentralizada);
- adequado funcionamento dos trâmites administrativos (fluxo financeiro previsível, agilidade e racionalidade dos trâmites administrativos e adequado cumprimento dos prazos de pagamentos);
- periodicidade das aquisições de medicamentos (mensal, trimestral, semestral ou anual), com entrega programada, no nível central ou com entrega direta do fornecedor nas unidades consumidoras, entre outras;
- modalidades da aquisição de medicamentos;
- articulação permanente com todos os setores envolvidos no processo (Comissão de Licitação, Setor de Finanças, Material e Patrimônio, Planejamento, Fornecedores etc);
- sistema de controle e acompanhamento do processo de compra;
- avaliação do processo de aquisição, considerando, também, a área física e condições técnicas adequadas à armazenagem dos medicamentos a serem adquiridos;
- indicadores para avaliação de resultados (registro de fornecedores e de preços, desempenho de fornecedores, número de amostras para o controle de qualidade, tempo e fluxos do processo de aquisição, recursos públicos *per capita*, tempo médio de aquisição por modalidade).

Armazenamento

Essa etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica é constituída por um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que tem como finalidade assegurar a qualidade dos medicamentos, cumprindo as boas práticas de armazenagem e desenvolvendo as seguintes atividades (BRASIL, 2001c):

- recebimento/recepção de medicamentos;
- estocagem e guarda de medicamentos;
- conservação de medicamentos;
- controle de estoque.

Os medicamentos são produtos de natureza perecível. A manutenção de sua estabilidade durante o processo de armazenamento é fundamental a fim de garantir sua efetividade, reduzir perdas e minimizar gastos.

O local destinado à armazenagem dos medicamentos, denominado pelo Ministério

da Saúde (MS) como Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), deve atender às normas técnicas preconizadas para esses estabelecimentos, as Boas Práticas de Estocagem (BPE). Esse local deve ser adequado para a conservação dos produtos para assegurar a manutenção de sua qualidade, diferenciando-se, portanto, de um almoxarifado destinado a outros produtos em vários aspectos, entre eles, estrutura física, elétrica, ambiental, sanitária e de segurança (DUPIM, 1999).

As condições de armazenamento de medicamentos devem ser permanentemente monitoradas, controladas e registradas, possibilitando correções e intervenções sempre que necessário. Os controles de estoque devem ser rigorosos e precisos, a fim de assegurar a regularidade no abastecimento e evitar o desperdício (BRASIL, 2001c).

Distribuição

Esta importante etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde/municípios, em quantidade, qualidade e tempo oportuno para posterior dispensação à população usuária. Uma distribuição adequada de medicamentos deve garantir rapidez e segurança na entrega e eficiência no sistema de informação e controle (BRASIL, 2001c).

Além disso, é importante que seja considerado o transporte seguro para manter a estabilidade dos produtos e evitar danos. A frequência da distribuição deve ser de conhecimento dos serviços aos quais os medicamentos se destinam, a fim de que a solicitação desses produtos possa adequar-se ao cronograma previsto. Deve, portanto, ser bem monitorada pela documentação e registros sistemáticos (BRASIL, 2001c).

Dispensação e uso

Dispensar, segundo a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 2001b), é o ato profissional do farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste caso o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a ênfase do cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos.

Dupim (1999) coloca que a dispensação consiste na relação direta, em que o farmacêutico fica diante daquele que vai utilizar o medicamento. Portanto, “é o momento em que o profissional ouve, esclarece dúvidas, complementa informações, analisa a prescrição e fornece informações quanto ao uso e guarda do medicamento”.

Sendo a dispensação um ato exclusivo do farmacêutico, considera-se esse momento de extrema importância. Como uma última oportunidade de ainda dentro do sistema de saúde identificar corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica, a responsabilidade desse profissional nesse ato são múltiplas e envolve questões de cunho legal,

técnico e clínico, visto que no momento que antecede o avião da receita o farmacêutico pode cruzar informações com dados clínicos dos pacientes (BROWN, apud PEPE; KASTRO, 2002, p.7).

Segundo Hepler e Strand (1990, apud PEPE; CASTRO, 2002, p.9): “A função informativa e educativa da dispensação torna-a peça-chave na cadeia da assistência à saúde. Este aconselhamento, no ato da dispensação, dá oportunidade à criação de novo vínculo assistencial”.

Na dispensação incidem as mesmas normas legais descritas para a prescrição. Cabe, portanto, ao farmacêutico, neste momento, observar se ela obedece as normas legais já descritas. A integração de conhecimentos especializados e complementares entre prescritores e dispensadores permite o alcance de resultados eficientes que beneficiam o paciente (RUPP et al., apud PEPE; CASTRO, 2002).

Assistência Farmacêutica com enfoque na promoção da saúde

Nos documentos sobre promoção da saúde ressalta-se sempre a importância e a necessidade da reorientação dos serviços de saúde, o que requer mudanças na educação e no ensino dos profissionais da área de saúde para proporcionar uma mudança de atitudes e de organização dos serviços com enfoque nas necessidades globais do indivíduo como pessoa integral que é.

Na I.^a Reunião de Gestores Estaduais de Assistência Farmacêutica, realizada pela Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos e pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, foi colocado um conceito de Assistência Farmacêutica diferente do que está estabelecido na PNM.

A Assistência Farmacêutica trata-se de um conjunto de ações, tendo o medicamento como insumo essencial e executado no âmbito do Sistema Único de Saúde, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde da população compreendendo os seus aspectos individuais e coletivos. Estas ações, necessariamente baseadas no método epidemiológico, devem envolver: padronização, prescrição e programação; aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação; produção, controle de qualidade; educação em saúde; vigilância farmacológica e sanitária; pesquisa e desenvolvimento de medicamentos, imunoterápicos e hemoderivados. (BRASIL, 2003a)

Nota-se um enfoque nesse conceito para as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Dentre as atividades desenvolvidas pela Assistência Farmacêutica para atingir esse objetivo tem-se: atenção farmacêutica, informação e educação do usuário, uso racional de medicamentos.

Segundo Cipolle e colaboradores (1999), atenção farmacêutica começa com a identificação de uma necessidade social e continua com o enfoque centrado no paciente para atender à essa necessidade. Tem como elemento central a atenção a outra pessoa mediante o desenvolvimento e manutenção de uma relação terapêutica

que finaliza com a descrição das responsabilidades do profissional concretizadas na manifestação de uma preocupação pelo bem-estar dessa outra pessoa.

Essa nova concepção vem suprir uma necessidade do sistema de atenção à saúde, visto que pode amenizar as diversas situações que surgem, como as múltiplas prescrições para um mesmo paciente, o grande número de produtos farmacêuticos e de informação farmacológica existente no mercado, a maior complexidade dos tratamentos farmacológicos, o elevado grau de morbidade e mortalidade relacionados com o medicamento e o alto custo dos problemas que tudo isso cria (CIPOLLE et al., 1999).

Em um processo amplo de discussão realizado pela OPAS, pela consulta por meio da Internet e realização de oficinas, em Fortaleza e Brasília, foi elaborada a proposta “Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica” contida no relatório intitulado “Promoção da Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos” (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2002).

O referido relatório define atenção farmacêutica assim:

É o modelo de prática farmacêutica desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde. (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2002, p. 16)

A divulgação dessa proposta é uma das recomendações contidas no relatório, para que fosse amplamente discutida nas etapas prévias e na I.^a Conferência Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada em 2003, com o objetivo de alcançar o consenso brasileiro sobre Atenção Farmacêutica.

A informação e a educação do usuário consiste em uma das atividades a ser desenvolvida pela Assistência Farmacêutica que na prática não tem sido alcançada amplamente nos países latino-americanos. No entanto, alguns países, como a Bolívia, desenvolvem estratégias para a divulgação de informações, como elaboração e distribuição de material impresso (boletins, cartazes, revistas, livros) e difusão de programas de rádio e vídeos. No Brasil, trabalho semelhante a esse é produzido pelo Grupo de Prevenção de Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM) de Fortaleza (Sobravime, 1998).

Quanto ao uso racional de medicamentos, já comentado, tudo o que já foi exposto até o momento contribui para a utilização racional de medicamentos no SUS.

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO ESTADO DO MARANHÃO

Em período anterior a 1997, o Maranhão, a exemplo dos demais estados do país, elaborava sua programação de medicamentos e as enviava à CEME, desenvolvendo somente algumas etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, como a programação, realizada pelas coordenações dos programas estratégicos, o armazenamento e a distribuição de medicamentos, feito pela Central de Medicamentos do Estado.

A partir de 1997, iniciou-se um processo de mudança no estado, com a desativação da CEME e a criação da Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica do CONASS. Por meio desse processo, que se acompanhou de perto ao participar das reuniões do CONASS, pode-se conhecer a realidade de vários estados, assim como sensibilizar o Ministério da Saúde e a Organização Pan-americana de Saúde para que a I.^a Oficina de Trabalho de Assistência Farmacêutica fosse realizada no estado do Maranhão em agosto de 1998.

Essa oficina reuniu e capacitou 40 farmacêuticos de 40 municípios e se constituiu como um incentivo para a implementação da Assistência Farmacêutica no estado. Com a ajuda de estados mais avançados na Assistência Farmacêutica, como o Ceará, pela primeira vez, se elaborou o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica que foi apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (SES) e à Comissão Intergestora Bipartite (CIB). Nesse mesmo período, solicitou-se a inclusão da Assistência Farmacêutica no organograma da Secretaria Estadual de Saúde. Com a Reforma Administrativa, realizada pela Governadora Roseana Sarney, em 1999, foi criada a Supervisão de Assistência Farmacêutica, com atribuições voltadas ao desenvolvimento de todas as atividades relacionadas à Assistência Farmacêutica, compreendidas aqui como o ciclo logístico e ações de promoção do uso racional de medicamentos e de saúde.

Com a criação do incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, em 1999, iniciou-se a implementação da Assistência Farmacêutica de forma mais consistente, tanto em nível estadual quanto municipal. Para organizar e operacionalizar esse serviço apresentou-se na CIB alguns critérios para qualificar os municípios a receberem esse incentivo. São eles:

- identificar pelos instrumentos jurídico e oficial, a estrutura organizacional da Assistência Farmacêutica, no organograma da Secretaria Municipal de Saúde, e dispor de profissional farmacêutico para coordenar e executar a Assistência Farmacêutica no âmbito municipal;
- apresentar portaria do Secretário Municipal de Saúde, constituindo a Comissão Municipal de Assistência Farmacêutica, coordenada pelo profissional farmacêutico de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde (Portaria n.º 2008/95), visando ao desenvolvimento das ações de responsabilidade do gestor municipal

conforme a Política Nacional de Medicamentos em conjunto com outros profissionais de saúde;

- dispor de área física e infraestrutura sanitária adequada para o pleno desenvolvimento das atividades operacionais do ciclo logístico e das ações da Assistência Farmacêutica;
- fazer constar no Plano Municipal de Saúde as ações básicas de Assistência Farmacêutica.

Esses critérios foram aprovados, juntamente com o pacto do incentivo financeiro da Assistência Farmacêutica Básica, que determinava o valor e a forma de repasse desse incentivo aos municípios.

O pacto de incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, aprovado pela CIB no estado do Maranhão, pela resolução n.º 48/99, estabeleceu que o recurso seria de R\$ 2,00 por habitante/ano, distribuído da seguinte forma: gestor federal, R\$ 1,00 habitante/ano; gestor estadual, R\$ 0,50 habitante/ano; e gestor municipal, R\$ 0,50 habitante/ano, sendo o recurso federal repassado aos municípios fundo-a-fundo e o recurso estadual repassado em medicamentos; portanto de forma parcialmente descentralizada aos municípios.

Em dezembro de 2000, foi publicada a Portaria n.º 16, que estabelece o elenco mínimo obrigatório de medicamentos para pactuação na Assistência Farmacêutica Básica, composto por 19 itens e 28 apresentações. No elenco de medicamentos básicos pactuado e padronizado no estado do Maranhão, está contido o Elenco Mínimo Obrigatório publicado pelo Ministério da Saúde, além de outros medicamentos, perfazendo um total de 31 medicamentos e 43 apresentações, distribuídos em várias especialidades, para atender à maioria das patologias prevalentes na atenção básica à saúde (BRASIL, 2000). Revisado anualmente, esse elenco foi reformulado em 2003, passando a conter 66 apresentações.

O Maranhão tem avançado no sentido de desenvolver a Assistência Farmacêutica conforme as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos. No entanto, em pesquisa realizada por Oliveira (2002), observou-se a necessidade de uma reorientação no plano de ação das políticas públicas, voltadas à estruturação e capacitação dos profissionais envolvidos nessa área dentro do Sistema de Saúde.

Neste capítulo, buscou-se resgatar uma visão ampla da AF, em que é possível conhecer sua evolução a partir dos anos sessenta, o embasamento legal, os princípios e diretrizes que regem a PNM, as etapas que compõem o ciclo logístico da AF, as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde e os caminhos percorridos para sua implementação no Maranhão. Todo esse embasamento servirá como base de sustentação às reflexões teórico-conceituais que se busca por meio dos objetivos específicos deste estudo.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo é exploratório, de natureza descritiva, utilizando instrumentos quali-

quantitativos, devido ao grau de complexidade do objeto em estudo, e por ser esta estratégia metodológica a que melhor consegue dar conta de questões subjetivas que não podem ser analisadas tão somente a partir da operacionalização de variáveis quantitativas. Essa perspectiva metodológica justifica-se visto que, em linhas gerais, o objetivo consiste em trabalhar com a percepção dos gestores e profissionais de saúde envolvidos nesse processo.

A fase exploratória desta pesquisa iniciou a partir do trabalho desenvolvido frente à gestão da Assistência Farmacêutica estadual, o que desencadeou o interesse pelo estudo.

Na pesquisa bibliográfica, foram encontradas várias produções acadêmicas na área de políticas de medicamentos, voltadas para a área de diagnóstico e estruturação da Assistência Farmacêutica, entretanto com este enfoque não foi encontrado trabalhos semelhantes. Esse fato deve estar relacionado à recente discussão sobre a Assistência Farmacêutica, que teve maior ênfase a partir de 1998, com a publicação da Política Nacional de Medicamentos.

Além da pesquisa documental, foi realizado entrevistas com diversos atores envolvidos com a prestação de assistência à saúde e que pudessem descrever a sua percepção sobre a Assistência Farmacêutica desenvolvida no sistema público de saúde.

A busca de embasamento teórico para realizar este estudo envolveu grande parte do tempo destinado a este trabalho, que foi dividido em várias etapas conforme será visto a seguir:

Instrumento de coleta de dados

Foi elaborado um roteiro semiestruturado para ser aplicado, pela entrevista dirigida aos diversos atores/sujeitos sociais envolvidos nesse processo, como gestores (secretários municipais de saúde, diretores de hospitais e coordenadores municipais de Assistência Farmacêutica) e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, odontólogos, assistentes sociais, etc.) para obtenção de dados primários.

O instrumento de pesquisa objetivava avaliar as percepções dos gestores/profissionais sobre suas próprias práticas de saúde. Utilizaram-se questões abertas e fechadas (com emprego de escala de Likert) para facilitar a tabulação e ainda proporcionar, segundo Marconi e Lakatos (2002, p.104), “uma exploração em profundidade quase tão boa quanto as perguntas abertas”.

A primeira versão do instrumento (apêndice 7.2) foi aplicada em uma das unidades de saúde do município de São Luís, escolhida aleatoriamente, cujas consequências foram as diversas modificações realizadas face às dúvidas colocadas pelos profissionais que participaram desse projeto-piloto.

As variáveis estudadas foram, então, divididas em quatro categorias:

- percepção dos gestores e profissionais de saúde sobre a Assistência Farmacêutica;

- percepção desses sujeitos/atores sobre o papel da Assistência Farmacêutica no Sistema de Saúde;
- identificação da forma como esses atores percebem a Assistência Farmacêutica disponibilizada no serviço de saúde, no que se refere ao acesso a medicamentos, orientações de uso e acompanhamento terapêutico;
- conhecimento dos avanços e dificuldades no desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no SUS.

Para descrever a percepção dos gestores e profissionais de saúde sobre o que seja a Assistência Farmacêutica realizou-se entrevistas com esses atores/sujeitos sociais. Procurou-se, também, por esses meios captar a percepção dos gestores/profissionais de saúde sobre o papel da Assistência Farmacêutica dentro do Sistema de Saúde. Buscou-se identificar, pelos dados coletados nas entrevistas, como os gestores/profissionais de saúde percebem a Assistência Farmacêutica disponibilizada no serviço de saúde, referente ao acesso a medicamentos, orientações de uso e ao acompanhamento terapêutico.

Por meio de uma escala e de uma pergunta aberta, foi possível levantar dados que demonstrassem a percepção desses atores sobre quais as dificuldades e os avanços para a implantação de uma Assistência Farmacêutica resolutive para o Sistema de Saúde.

Definição dos atores entrevistados

Seguindo as orientações propostas por Minayo (2002), procurou-se entrevistar indivíduos sociais que tivessem envolvimento com a questão a ser investigada e que possibilitassem abranger a totalidade do problema em suas múltiplas dimensões. Portanto, foram entrevistados os gestores e profissionais de saúde, quais sejam: gestor municipal de saúde, diretores de unidades de saúde, coordenador de Assistência Farmacêutica, médicos, enfermeiras, farmacêuticos, odontólogos, assistentes sociais, etc.

São Luís tem um total de 76 unidades básicas de saúde, distribuídas entre federais, estaduais, municipais e filantrópicas. Optou-se por visitar 20% dessas unidades (n = 15) um quantitativo definido, levando em conta questões operacionais (o máximo possível na unidade temporal disponível para realização do estudo). A escolha foi feita por meio de sorteio, sendo que, em uma das unidades, as entrevistas não foram realizadas devido o processo de reforma (unidade fechada, sem funcionamento). Dessa forma, coletou-se dados em 14 unidades de saúde, na Secretaria Municipal de Saúde e na Coordenação Municipal de Assistência Farmacêutica de São Luís.

Foram entrevistados os profissionais presentes no momento da visita. Procurou-se entrevistar, em cada unidade, o gestor (diretor) e um representante de cada uma das categorias já citadas, excetuando-se os casos em que a Unidade de Saúde não dispunha desses profissionais. Ao todo, foram realizadas 47 entrevistas, sendo oito (8) médicos, oito (8) enfermeiros, nove (9) farmacêuticos, quatro (4) odontólogos, oito (8) assistentes sociais, um (1) psicólogo, um (1) nutricionista e oito (8) gestores.

Definição do local da pesquisa

O estudo foi realizado no município de São Luís. O motivo da escolha desse município foi em função de ser o maior município, capital do Estado, ser o primeiro a ser qualificado em Assistência Farmacêutica no Maranhão, além de conferir maior facilidade de deslocamento e maior exequibilidade da pesquisa nas condições inerentes de tempo e prazo para a finalização da dissertação de mestrado.

Os gestores e profissionais de saúde foram abordados em seus locais de atuação, ou seja, Unidades de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde.

Coleta de dados

Foi solicitada autorização para a realização do estudo à Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, que facultou o acesso aos diretores e profissionais das Unidades de Saúde. Os entrevistados preencheram um Termo de Consentimento Informado prévio à realização das entrevistas.

A coleta de dados foi efetuada por meio de entrevistas, com gravação magnética e transcrição literal das fitas. Essa modalidade de entrevista permite, pelo discurso, o acesso a dados da realidade, como ideias, crenças, maneiras de pensar, opiniões, sentimentos, maneira de atuar, conduta ou comportamento presente ou futuro, ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador e oferece oportunidade para que o informante alcance toda a liberdade e espontaneidade necessária para a investigação (LEFEVRE, 2000).

Por se tratar de um estudo em que se pretende conhecer as atitudes e opiniões dos gestores e profissionais de saúde, optou-se por colocar duas perguntas abertas, seguindo orientação de Bauer e Gaskell (2002), para não sobrecarregar os entrevistados, e empregar Escala de Lickert na maioria das questões, visto que por meio das “técnicas escalares pode-se transformar uma série de fatos qualitativos em uma série de fatos quantitativos ou variáveis, podendo-se aplicar processos de mensuração e de análise estatística” (MARCONI; LAKATOS, 2002).

Neste trabalho, buscou-se utilizar diferentes técnicas para estudar um só fenômeno com base nas recomendações de Denzin (1978) de adotar a triangulação metodológica de pesquisa. Para ele, a combinação de diferentes técnicas de pesquisa pode revelar elementos peculiares de uma mesma realidade, uma vez que cada técnica implica uma diferente linha de ação correspondente àquela realidade. Assim, em complemento às entrevistas e à busca bibliográfica, fez-se uso também de observação participante, que estará presente ao longo do texto.

Análise dos dados

Os procedimentos técnicos utilizados para análise do objeto de estudo possibilitaram acesso a informações primárias, obtidas com os sujeitos sociais e os dados secundários, também de natureza qualitativa, a partir do levantamento de outras pesquisas já validadas.

Após a coleta, os dados foram analisados e interpretados. A análise procurou organizar e sumarizar os dados para fornecer respostas ao problema proposto para a investigação, e a interpretação procurou o sentido mais amplo das respostas (GIL, 1994).

Nas questões abertas, utilizou-se para análise a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que usa para organização e tabulação dos dados quatro figuras metodológicas, a saber: a ancoragem, a ideia central, as expressões-chave e o Discurso do Sujeito Coletivo.

- A ancoragem foi inspirada na Teoria da Representação Social que diz: “que um discurso está ancorado quando é possível encontrar nele traços lingüísticos explícitos de teorias, hipóteses, conceitos, ideologias existentes na sociedade e na cultura e que estes estejam internalizados no indivíduo” (LEFEVRE, 2000, p.17).
- A ideia central “são afirmações que permitem traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seus depoimentos” (LEFEVRE, 2000, p.18).
- As expressões-chave “são transcrições literais de partes dos depoimentos que permitem o resgate do essencial do conteúdo discursivo dos seguimentos em que se divide o depoimento, que em geral corresponde as questões de pesquisa” (LEFEVRE, 2000, p.18).
- O Discurso do Sujeito Coletivo é uma estratégia que visa tornar mais clara uma dada representação social e se constitui em “reconstruir, com pedaços de discursos individuais como em um quebra cabeças tantos discursos-síntese quantos se julguem necessários para expressar uma dada figura, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno” (LEFEVRE, 2000, p.19).

O ponto de partida para resgatar as percepções individuais para as perguntas abertas (questões 3.2 e 4.2 do instrumento de coleta de dados) foi a transcrição literal das entrevistas por um processador de texto em computador. Como segunda etapa desse processo, utilizou-se o Instrumento de Análise de Discurso I (IAD 1). Esse instrumento descreve as ideias centrais que cada um dos indivíduos apresenta em seus discursos e as expressões-chave para cada resposta de uma dada pergunta.

Após a conclusão dessa etapa, foram listadas no Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD 2) todas as ideias centrais e todas as expressões-chave para cada um dos sujeitos, relativo às mesmas respostas de uma pergunta da entrevista, com total resgate da literalidade dos sujeitos em questão.

O passo seguinte consistiu na organização das categorias de acordo com o agrupamento natural das falas ou expressões-chave em torno desse tema, Instrumento de Análise de Discurso 3 (IAD 3).

Por fim, formulou-se o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) pela transformação de várias expressões-chave numa só, num discurso elaborado com as falas de diversos indivíduos encadeados, como se apenas um indivíduo falasse e fosse portador de um discurso-síntese de todos os indivíduos que compõem um dado sujeito coletivo.

Nas perguntas fechadas, usou-se a escala de Lickert, já mencionada neste trabalho, cujos resultados são apresentados sob forma de percentagens de concordância (concordo totalmente e concordo).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, abordam-se algumas questões referentes às percepções dos gestores/profissionais de saúde do SUS no município de São Luís (Ma) quanto à Assistência Farmacêutica. Trata das referências ao tema nas entrevistas, envolvendo as percepções da Assistência Farmacêutica em sua prática de saúde. É preciso buscar o entendimento de que as percepções são instrumentos de pensamento que ajudam a compreender o caráter relacional que ultrapassa o individualismo como entidade absoluta. A diversidade nas relações sociais envolve interpretações e simbolismos, daí o discurso do sujeito tornar-se a base da análise.

O processo de construção do Discurso do Sujeito Coletivo (DCS) deve ser transparente e, sempre que possível, próximo dos discursos dos sujeitos individuais para que sua construção seja avaliada e, se for o caso, refutada pelo leitor (Lefèvre, 2000). Por motivos estritamente de fluidez de texto, no apêndice deste estudo encontram-se os Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1), 2 (IAD2), e 3 (IAD3), permanecendo neste capítulo somente a última fase da análise – o DSC.

Visão dos gestores e profissionais de saúde sobre Assistência Farmacêutica

A primeira categoria a ser analisada se refere ao primeiro objetivo específico e a primeira pergunta aberta do instrumento de pesquisa: “Visão dos gestores e profissionais de saúde sobre Assistência Farmacêutica”.

Do discurso referente a essa pergunta, foram retiradas duas ideias centrais, que deram origem a dois discursos do sujeito coletivo: DSC-1 DSC-2. O primeiro Discurso do Sujeito Coletivo tem como ideia central o acesso a medicamentos e o segundo orientação ao paciente, conforme transcrição abaixo:

DSC-1: Acesso a medicamentos

Assistência Farmacêutica seria fornecer os medicamentos que a comunidade necessita, é a distribuição gratuita do medicamento, é dar mais facilidade para as pessoas, para que eles tenham condição de tomar seus remédios. Ela é uma coisa que é indispensável no atendimento médico ambulatorial. Essa assistência deve ser de forma adequada, de acordo com a necessidade da comunidade, daquela clientela. Ela envolve atividades do ciclo logístico do medicamento, como a padronização de medicamentos em determinada região, respeitando suas características peculiares para que possa ser assegurado um elenco que seja usado nas unidades de saúde, o medicamento deve ter qualidade e eficácia comprovada, contribuindo dessa forma para a cura do paciente. É um programa que visa atender às necessidades da população, no uso de medicamentos, tanto

no âmbito preventivo como curativo. Ela é importante porque vai determinar o que, quando e onde eu posso utilizar a medicação e pra quem é minha população-alvo. Visa assegurar o acesso da população a medicamentos dentro do perfil epidemiológico de cada instância estado/município.

DSC-2: Orientação do Farmacêutico ao paciente e à comunidade

A Assistência Farmacêutica, se entende por um conjunto de ações praticadas pelo profissional farmacêutico dentro do estabelecimento farmacêutico em uma unidade de saúde e visa o uso racional do medicamento com orientação sobre interações do medicamento, sobre o horário do medicamento, evitando dessa forma que o usuário ou população consuma medicamentos sem uma orientação adequada e vindo, dessa forma a ter reações adversas, pois sabe-se que de 60% das internações, 20 a 40% são intoxicações por medicamentos, então uma Assistência Farmacêutica efetiva evitaria essa problemática. O paciente tem medo de falar com o médico o que ele tem e quando chega na farmácia, o farmacêutico tem que estar lá para orientar o paciente. AF é uma prestação de serviço muito voltada pra medicamento, não o fornecimento de medicamento, mas a orientação das pessoas, das comunidades, dos grupos. Dá informações, esclarecimentos ao cliente no que diz respeito à orientação da saúde como um todo.

Após a organização e leitura das entrevistas, procurou-se resgatar na fala dos entrevistados, suas percepções quanto à definição do que vem a ser Assistência Farmacêutica. Desse resgate, emergiram dois eixos de representação mais evidentes: no primeiro, a AF como garantia de acesso da população a medicamentos, e no segundo, como orientação, informação e educação do paciente.

A seguir, veja como a garantia de acesso da população a medicamentos é vista em uma das falas: “E15... Assistência Farmacêutica ela é muito ampla, abrange muita coisa, mas o principal é ter o medicamento para a população”.

Garantir medicamentos à população é meta que vem sendo perseguida mundialmente. Em 1975, a OMS realizou a 28ª Assembleia Mundial de Saúde, considerada como um marco de uma nova política de medicamentos. Durante essa assembleia, o Diretor-geral da OMS apresentou um informe que examinava os problemas dos países em desenvolvimento, com relação aos medicamentos. Ele referia-se ao uso de medicamentos essenciais e à implantação de uma política de medicamentos com a finalidade de estender o acesso e o uso racional às populações, cujas necessidades não eram atendidas pelos Sistemas de Saúde.

Em 1978, a OMS realizou, em Alma Ata, a Conferência Mundial sobre Atenção Primária em Saúde. Nesse evento, os aspectos mais importantes colocados em relação à Assistência Farmacêutica ratificaram mais uma vez a necessidade de garantir o acesso da população a medicamentos essenciais, de “considerar o abastecimento dos medicamentos essenciais como um dos oito elementos básicos da atenção primária em saúde”. Desse documento extraiu-se a recomendação:

[...] que os governos formulem políticas e normas nacionais de importação, produção local, venda e distribuição de medicamentos e produtos biológicos de modo a assegurar, pelo menor custo possível, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados primários de saúde; que adotem medidas específicas para prevenir a excessiva utilização de medicamentos; que incorporem medicamentos tradicionais de eficácia comprovada e que estabeleçam sistemas eficientes de administração e fornecimento.

A Organização Mundial da Saúde coloca que os países precisam de uma política farmacêutica nacional (OMS, 1991, apud BERMUDEZ, 1995, p.99), assim definida:

Uma política é uma diretriz para atuar e um compromisso para se atingir um objetivo. A meta primordial consistirá em conseguir que os medicamentos essenciais estejam disponíveis para toda a população e em garantir a segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos proporcionados ao público.

No Brasil, diversas estratégias foram desenvolvidas para promover o acesso da população aos medicamentos. São exemplos o Decreto 53.612/1964 que estabeleceu a relação básica e prioritária de produtos biológicos e matérias para uso farmacêutico humano e veterinário, considerada a primeira lista de medicamentos essenciais; o Decreto 68.806/71, que criou a Central de Medicamentos – CEME com objetivo de promover e organizar as atividades de Assistência Farmacêutica; e a Portaria 223/75, que instituiu a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename.

Em 1987, entrou em operacionalização o primeiro módulo da Farmácia Básica, idealizada como um padrão de suprimento de medicamentos destinados à atenção primária de saúde (BERMUDEZ, 1995).

Dez anos depois, em 1997, um novo módulo de suprimento de medicamento foi proposto pelo Ministério da Saúde destinado aos municípios com população menor de 21.000 (vinte e um mil) habitantes, os chamados Kits da Farmácia Básica, calculados com quantidades suficientes de medicamentos para a cobertura das necessidades de cerca de 3.000 (três mil) pessoas por período médio de três meses. No entanto, os problemas como a falta de medicamentos continuavam e havia um grande descontentamento dos municípios com população maior de 21.000 habitantes, visto que, com a desativação da CEME, não havia nenhum tipo de financiamento para medicamentos nesses municípios.

Houve, nesse período, uma desarticulação da Assistência Farmacêutica no país, e um grande processo de mudança iniciou-se nessa área, desencadeando um grande debate para formulação de uma Política de Medicamentos para o país com diretrizes

e prioridades que viessem atender à necessidade da população.

Após amplo debate de vários setores da sociedade envolvidos com esse tema, foi aprovado pela Comissão Intergestora Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde a Política Nacional de Medicamentos, publicada pela Portaria GM n.º 3.916, de 30/10/1998, apresentando como finalidade principal “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (BRASIL, 2003b, p. 175-190).

Em março de 1999, iniciou-se o processo de descentralização da AF com a publicação da Portaria GM 176/99 que estabeleceu o incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, destinado à aquisição de medicamentos para atenção básica.

Outro passo dado a fim de garantir o acesso da população a medicamentos essenciais foi a publicação das Portarias GM/MS n.º 1.077/99 e Portaria GM/MS n.º 371/02, a primeira destinada à aquisição dos medicamentos essenciais na área de saúde mental e a segunda à ampliação do elenco medicamentos básicos para hipertensão arterial (HA) e diabetes mellitus (DM).

O governo garante também os chamados medicamentos estratégicos, que são aqueles destinados ao tratamento de doenças específicas, como a hanseníase e a tuberculose, as endemias (leishmaniose, tracoma, dengue, malária), os destinados ao tratamento da AIDS e de patologias consideradas de alta complexidade e alto custo (medicamentos excepcionais).

Mais uma estratégia foi usada pelo governo para promover o acesso a medicamentos, embora contrariando todo o processo de descentralização da AF iniciado com a publicação da Portaria GM/MS n.º 176/99, foi criado pelo Ministério da Saúde o “Kit Farmácia Popular” – Portaria GM/MS n.º 343/01 – destinado a atender ao Programa de Saúde da Família (PSF). Essa foi uma medida centralizadora do MS que trouxe como consequência a superposição de elencos de medicamentos: PSF, DM e HA e Farmácia Básica (FB), como foi colocado pela Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica do CONASS em 19/06/2002.

O que se observa, no entanto, é que apesar de todo esse aparato legal e das várias iniciativas do governo para promover o acesso da população aos medicamentos essenciais, essas medidas ainda são incipientes face à realidade vivida dia a dia por esses profissionais de saúde como pode ser observado na fala abaixo.

E4 ... Assistência Farmacêutica que tem por exemplo aqui no setor odontológico é o único local nesse hospital que faz cirurgia, então como cirurgia tem uma medicação pra ajudar na população, é muito difícil conseguir a medicação pra esses pacientes, por que as vezes ele vai buscar a medicação, às vezes tem e eles dizem que não tem, às vezes para amenizar o sofrimento dos pacientes a gente passa uma medicação que não é o que ele necessita, às vezes a gente não tem muito acesso a essa medicação,

aqui é um setor que não devia faltar medicação, aqui é um setor que está perto do centro de abastecimento, essa medicação eu não sei porque não chega até aqui, às vezes é negado é com muito sacrifício que a gente consegue passar uma medicação pro paciente que sai daqui. Então é muito difícil, eu acho que essa Assistência Farmacêutica que tem aqui devia permitir que todo paciente atendido aqui tivesse acesso à medicação, porque a gente passa uma medicação, o paciente não tem condições de comprar, porque eu acho já que aqui faz cirurgia o paciente devia sair daqui com a medicação.

O acesso a medicamentos essenciais faz parte do direito humano à saúde, entretanto para garantir o acesso da população a esses medicamentos torna-se necessário uma série de medidas de natureza macro como seleção e utilização racional de medicamentos, que compreende: financiamento adequado e sustentável; preços acessíveis e sistemas confiáveis de abastecimento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

Outras medidas podem ser tomadas para garantir esse acesso, como a otimização dos recursos existentes, melhor planejamento e gerenciamento das etapas da AF e maior controle e avaliação das mesmas.

O segundo eixo refere-se ao trabalho desenvolvido pelo profissional farmacêutico. Observa-se no DSC-2 que a Assistência Farmacêutica é vista como o momento de orientação, de informação, de educação, como pode ser observado abaixo na fala de um dos entrevistados.

E21... a Assistência Farmacêutica é no caso o farmacêutico fazer um acompanhamento com aquele paciente, acompanhar e primeiro orientar ele, a tomar aquele medicamento correto, prevenir ele das possíveis reações que poderá causar nele, alertar que ele tem que tomar na hora certa, saber se ao término daquela medicação, se no caso o local ou a enfermidade foi curada, no caso do paciente que é alérgico, um hipertenso orientar ele de que o uso contínuo é que vai ser satisfatório para o bem-estar dele.

Nota-se que ele liga a AF a uma das atividades profissionais do farmacêutico. No entanto, vale lembrar que essa não é uma atividade exclusiva desse profissional, pois trata-se de uma responsabilidade compartilhada entre o dispensador - prescritor - paciente.

Segundo Marin (2003), a orientação consiste em fornecer informações ao paciente com o objetivo de ajudá-lo a cumprir adequadamente um determinado regime medicamentoso prescrito. É um processo que se inicia na consulta e tem continuidade na farmácia, onde o paciente terá esclarecimentos sobre os itens da prescrição, dose, posologia, cuidados especiais na reconstituição e/ou armazenamento, considerações ao tomar o medicamento, possíveis interações, efeitos adversos, etc. (NEWTON et al., apud PEPE e CASTRO, 2000).

Outros depoimentos reforçam a necessidade de promover atividades relacionadas à educação do paciente, da comunidade e dos profissionais de saúde.

E18 ... [...] AF é uma prestação de serviço muito voltada pra medicamento, não o fornecimento de medicamento, mas a orientação da pessoa a respeito, das pessoas, das comunidades, dos grupos a respeito de como utilizar os recursos destinados a medicamentos.

E24 ... eu acho, se restringe a medicamento, trata de doenças, você não tem aquela farmacocinética, farmacodinâmica às vezes você passa uma medicação porque tem o comercial, ah, essa medicação é boa para isso, você não vai atrás da autenticidade daquela medicação da hora, pra que funciona, como funciona, qual a explicação, não tem isso, eu acho que seria interessante que tivesse alguém pra discutir uma droga nova no mercado, quais as consequências dessa droga nova, o que pode, porque a gente só aceita, sabe, vai só acreditando é bom, é bom, é o comercial é o marketing, mas na verdade a gente não sabe o que causa no paciente, você não tem mais conhecimento, quando a gente tá na faculdade as principais drogas a gente vê a ação dessas drogas em determinada farmacodinâmica, farmacocinética, então quando você entra no mercado, acho que você nem abre mais o livro de farmacologia, você vai aceitando o que vão te jogando, aí vai a diferença de você no dia a dia, aquela droga que uso mais, tem melhor resultado, aquela outra não, você vai atrás da ação, né? Foca mais no que jogam em cima da gente, mais marketing, é errado, a gente que consulta está no meio e acaba absorvendo a essas drogas do mercado.

Marin (2003, p.259) coloca que educação em saúde é um processo amplo que extrapola os limites das informações relativas a uma determinada prescrição, implica algo mais do que simples divulgação de conhecimento, devem desenvolver processos que contribuam para mudança de atitudes e mesmo de conduta das pessoas.

Fornecer informações sobre medicamentos faz parte da prática farmacêutica, o farmacêutico sempre forneceu informação avaliada para o público e para outros profissionais de saúde. Percebe-se na fala do E24 a necessidade de disseminação de informações independentes e com credibilidade sobre os medicamentos. Atividade pouco desenvolvida pela AF.

Após ter-se discorrido sobre o enfoque dado pelos entrevistados à AF, faz-se necessário uma análise entre o que está escrito na literatura e a visão destes sobre o que vem a ser Assistência Farmacêutica.

A portaria que estabelece a Política Nacional de Medicamentos a Assistência Farmacêutica está assim definida:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento

de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2001b).

Já a recente resolução publicada, em maio de 2004, pelo Conselho Nacional de Saúde que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica traz o seguinte conceito e define as seguintes atividades.

Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população.

As ações de Assistência Farmacêutica envolvem aquelas referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica e compreendendo atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e coresponsabilidades 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 a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.

Em síntese, percebe-se que os gestores e profissionais de saúde têm uma visão fragmentada da Assistência Farmacêutica, uma vez que a ligam com partes de suas atividades e não apresentam, portanto, uma visão global, o que leva à necessidade de maior divulgação de seu conceito e suas atividades com a equipe de saúde.

Percepção dos gestores e profissionais de saúde sobre o papel da Assistência Farmacêutica no sistema de saúde

A segunda categoria de análise refere-se à percepção dos gestores e profissionais de saúde sobre o papel da Assistência Farmacêutica no sistema de saúde. A tabela a seguir apresenta o grau de concordância desses sujeitos /atores em relação a essa questão.

A AF tem um importante papel a ser desenvolvido com a sociedade, como pode ser

observado na tabela a seguir, em que 83% dos entrevistados concordam que uma de suas atividades é desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Sabe-se, no entanto, que a AF não tem a prática de desenvolver essas ações, tornando-se necessário o envolvimento do farmacêutico com a equipe de saúde para o desenvolvimento dessas atividades, contribuindo para a integralidade da atenção à saúde.

Segundo Starfield (2002), a integralidade da atenção à saúde exige o reconhecimento da variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibiliza recursos para abordá-las. É um mecanismo importante para assegurar que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde.

Quanto à afirmativa que trata da promoção do acesso da população a medicamentos essenciais, 87% dos entrevistados concordaram ser essa uma atividade de responsabilidade da AF. Entretanto, em relação ao acesso a medicamentos, três dimensões importantes se destacam: 1 – acessibilidade geográfica, no sentido de que os produtos possam ser obtidos dentro de uma distância razoável; 2 – disponibilidade, no sentido de que estejam prontamente disponíveis nos serviços de saúde; e 3 – acessibilidade econômica acessível, no sentido de que possa atender à capacidade de pagamento do paciente (OMS, 2000).

Tabela 1: Percentuais de concordância (concordo plenamente e concordo) frente às afirmações, quanto ao papel da Assistência Farmacêutica no Sistema Público de Saúde de São Luís-MA

Item	Afirmativas	%
01	Desenvolver atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde tanto no nível individual como coletivo.	83
02	Promover o acesso da população aos medicamentos essenciais	87
03	Promover o uso racional (correto) de medicamentos	89
04	Promover a seleção e padronização de medicamentos essenciais de acordo com o perfil epidemiológico ou quadro nosológico do estado/município ou unidade de saúde.	87
05	Estimar a necessidade (fazer a programação) e solicitar a aquisição de medicamentos essenciais para atender à população do estado/município ou unidade de saúde.	85
06	Promover a capacitação de recursos humanos (profissionais de saúde) envolvidos com a área da Assistência Farmacêutica.	83
07	Assegurar o acondicionamento adequado para garantir a qualidade e a eficácia terapêutica dos medicamentos armazenados.	94
08	A Assistência Farmacêutica envolve vários profissionais de saúde, portanto é uma atividade multiprofissional.	83
09	O sucesso terapêutico do paciente depende de um conjunto de ações e a Assistência Farmacêutica deve estar integrada nesse processo.	98

O uso racional de medicamentos constitui-se também em uma atividade da Assistência Farmacêutica, com 89% de concordância dos entrevistados, mas para que se faça o uso racional, é necessário que o paciente receba o medicamento apropriado (considerando a escolha terapêutica adequada, a indicação apropriada, a eficácia, segurança, conveniência para o paciente e o custo), na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade, o que inclui dose, administração e duração do tratamento apropriados, dispensação correta, adesão ao tratamento pelo paciente e o seguimento dos efeitos desejados e de possíveis eventos adversos consequentes do tratamento (MARIN, 2003, p.287).

A maioria dos entrevistados concorda que a seleção, programação/aquisição e o armazenamento (87%, 85% e 93%, respectivamente) são atividades a serem desenvolvidas pela AF. A seleção é uma etapa que requer poucos gastos com recursos humanos, materiais e financeiros, porém proporciona muitos ganhos terapêuticos e otimização de recursos. O aprimoramento das atividades de programação e aquisição requer poucos gastos e proporciona melhorias substanciais na regularidade do suprimento de medicamentos, as atividades de armazenamento necessitam de algum investimento, entretanto apresentam uma relação custo-benefício e custo-efetividade que cobre esses custos, uma vez que reduz perdas e garante a integridade e a qualidade do medicamento (MARIN, 2002).

Em relação à capacitação dos profissionais envolvidos com a AF, 82% dos entrevistados concordam que a AF deve promover a capacitação de todos os envolvidos com essa questão. A PNM coloca como responsabilidade das três esferas gestoras do SUS o contínuo desenvolvimento de capacitação, de modo que o setor saúde possa dispor de recursos humanos em quantidade e qualidade adequada. A Lei 8.080/90, em seu artigo 14, parágrafo único, define que a formação e educação continuada contemplará uma ação intersetorial e articulada (BRASIL, 2001b).

Nesse contexto, deve-se focar em processos educativos da população acerca dos riscos com a automedicação e utilização inadequada de medicamentos; na divulgação de informações relativas às repercussões sociais da prescrição médica e dispensação de medicamentos; no desenvolvimento das atividades voltadas aos profissionais de saúde prescritores e dispensadores e na disseminação de literatura científica e independente sobre o uso racional de medicamentos.

A maioria dos entrevistados (83%) concorda que a AF é uma atividade multiprofissional que deve estar integrada aos serviços de saúde, em todos os níveis de atenção à saúde, compartilhando portanto juntamente com essa equipe, responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos, atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação.

Outro ponto abordado na pesquisa se refere ao sucesso terapêutico do paciente, concordando com essa afirmação 97% dos entrevistados. Marin (2003) coloca que

uma das mais importantes contribuições do farmacêutico para o uso racional de medicamentos é a adesão ao regime terapêutico prescrito, o que pode ser complementado com a colocação de Pepe e Castro (2002) de que o uso adequado dos medicamentos não depende apenas de uma prescrição de qualidade, mas é também fruto de uma dispensação responsável; e que a interação entre paciente/médico/farmacêutico possibilita a troca de informações que terá consequência direta no resultado da terapêutica.

No que se refere à Assistência Farmacêutica, todo esse quadro reflete a lacuna que se encontra aberta nos serviços de saúde disponibilizados à população, uma vez que a maioria dos profissionais de saúde entrevistados concordam que as atividades descritas na tabela 1 são inerentes à AF. No entanto, sua aplicação não é vista pela população como uma prática nos serviços de saúde.

Percepção dos gestores e profissionais de saúde sobre a Assistência Farmacêutica disponibilizada no serviço de saúde, no que se refere ao acesso a medicamentos, orientações de uso e acompanhamento terapêutico

A terceira categoria de análise busca identificar como os gestores e profissionais de saúde percebem a Assistência Farmacêutica disponibilizada no serviço de saúde, no que se refere ao acesso a medicamentos, orientações de uso e acompanhamento terapêutico.

A Tabela 2 apresenta os dados referentes ao grau de concordância dos entrevistados quanto às afirmativas referentes ao acesso a medicamentos. Já a Tabela 3 refere-se à orientação do usuário quanto ao uso de medicamentos e acompanhamento terapêutico.

Tabela 2: Percentuais de concordância (concordo plenamente e concordo) frente às afirmações quanto ao acesso dos usuários aos medicamentos básicos/essenciais no Sistema Público de Saúde de São Luís-MA

Item	Afirmção	%
1	A existência de uma lista padronizada de medicamentos melhora o acesso do usuário ao medicamento.	91
2	A prescrição de medicamentos deve ser feita dentro do elenco de medicamentos padronizado pelo município/unidade.	83
3	A disponibilidade de medicamentos na rede SUS atende às necessidades do usuário do sistema de saúde.	17
4	A necessidade de medicamento do usuário SUS é sempre atendida nas unidades de saúde.	23
5	Os prescritores têm conhecimento do elenco de medicamentos disponível nas farmácias das unidades de saúde/município.	72

A maioria dos entrevistados (91%) concorda que uma lista padronizada melhora o acesso a medicamentos. A seleção de medicamentos essenciais é uma medida decisiva para assegurar o acesso à atenção sanitária e promover o uso racional desses produtos por profissionais de saúde e pelos consumidores. A padronização, além de definir uma variedade limitada de medicamentos, permite melhorar a qualidade da atenção, a gestão dos medicamentos e o aproveitamento custo-efetivo dos recursos sanitários (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1990).

As listas padronizadas associadas a outras medidas, como a disponibilidade regular de medicamentos, trarão benefícios reais ao paciente e uma maior confiança para com o serviço público de saúde. Outro fato importante a ser destacado é que 72% dos entrevistados concordam que os prescritores conhecem o elenco de medicamentos padronizados e que 83% concordam em prescrevê-los, o que favorece a racionalização dos fármacos, proporcionando ganhos terapêuticos e econômicos (MARIN, 2002).

Ocorreu uma baixa concordância entre os entrevistados quanto à disponibilidade e ao atendimento da necessidade de medicamento do usuário do SUS, 17% e 23%, respectivamente. Esse dado confirma que ainda não houve uma mudança em relação à pesquisa efetuada por Oliveira (2002), em que se evidenciou que, em média, somente 52% dos medicamentos básicos pactuados na época se encontravam disponíveis na rede municipal de saúde de São Luís. Em 43% das prescrições dispensadas, os pacientes só receberam um medicamento, considerando-se que 63% das prescrições apresentavam mais de dois medicamentos, confirmando, assim, que há uma baixa disponibilidade de medicamentos.

Isso também pode ser confirmado por outros estudos, como o de Guerra Júnior (2002), é que a disponibilidade média de medicamentos no setor público é de 46,9% nas unidades ambulatoriais.

Percebe-se que mesmo com a utilização de medidas racionalizadoras, como a elaboração de um elenco padronizado de medicamentos, com o fato de as prescrições serem feitas dentro desse elenco e com o conhecimento dos prescritores sobre o mesmo, ainda há baixa disponibilidade de medicamentos nas unidades de saúde, o que penaliza a população atendida na rede SUS e, muitas vezes, inviabiliza a única oportunidade de tratamento, principalmente dos usuários de baixa renda.

Iniciando-se a discussão do quadro a seguir, observou-se que todos os entrevistados (100%) concordam sobre a necessidade do usuário ser melhor orientado em relação ao uso e acondicionamento dos medicamentos a ele prescritos; 91% ressaltaram a importância que campanhas educativas na comunidade contribuiria para melhorar a assistência à saúde; e 55% concordaram que o usuário atendido nas farmácias municipais recebem uma orientação quanto à administração e ao uso correto de medicamentos.

Percebe-se nessas colocações uma certa controvérsia, já que todos os entrevistados confirmam a necessidade dos usuários serem melhor orientados e 55% dizem que eles são adequadamente orientados.

Tabela 3: Grau de concordância dos entrevistados em relação às afirmativas referentes à orientação do usuário para o uso de medicamentos no Sistema Público de Saúde de São Luís-MA

Item	Afirmção	%
1	O usuário atendido nas farmácias desse município/unidade recebe uma orientação adequada quanto à administração (uso) correta do medicamento a ele prescrito.	55
2	A realização de campanhas educativas na comunidade quanto ao uso correto de medicamentos contribui para melhorar a assistência à saúde.	91
3	O usuário do medicamento necessita ser melhor orientado quanto aos cuidados em relação ao uso e acondicionamento dos medicamentos a ele prescritos.	100
4	A orientação dada pelo prescritor ao paciente no momento da consulta é suficiente para que este faça um uso correto e adequado dos medicamentos a ele prescritos.	25
5	Existe um acompanhamento de tratamento dos pacientes atendidos na farmácia desta unidade.	43

Os itens referentes à Assistência Farmacêutica prestada, ao acompanhamento prestado aos pacientes atendidos e à orientação dada pelo prescritor obtiveram os menores índices de concordância, na ordem de 47%, 43% e 25%, respectivamente. Esse quadro reflete a realidade existente hoje no sistema de saúde quanto a AF, ou seja, o usuário apenas recebe o medicamento com algum tipo de orientação. Para mudar esse quadro a dispensação deve ser efetivamente implantada em todas as farmácias públicas.

O MANAGEMENT SCIENCE FOR HEALTH - MSH (1997 apud MARIN, 2003) coloca que a dispensação deve assegurar que o medicamento de boa qualidade seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada; que sejam fornecidas as informações suficientes para o uso correto e que seja embalado de forma a preservar a qualidade do produto.

Outro fato a ser destacado é que a dispensação complementa o processo de adesão do paciente à terapêutica expressa pelo médico. Essa adesão ocorre no momento em que o comportamento do paciente coincide com a prescrição médica, no aspecto farmacológico e comportamental, o que se constitui uma adaptação do paciente ao programa terapêutico (CASTRO, 2000).

Diversos fatores levam ao fracasso da adesão terapêutica, essa falta de adesão pode ser primária ou secundária à prescrição. A primária refere-se à aquisição ou não dos medicamentos, enquanto a secundária diz respeito ao comportamento do doente após a aquisição dos medicamentos (RACHID apud Castro, 2000).

A responsabilidade da não adesão à terapêutica estão divididas entre o médico, o paciente, o farmacêutico e o enfermeiro. Considerando a realidade brasileira, entra nesse rol também o proprietário de farmácia e o balconista, embora não se tenha pesquisa para determinar o seu grau de participação (CASTRO, 2000).

No Brasil, a não adesão à terapêutica medicamentosa se constitui em um grave problema de saúde pública, influenciando negativamente no controle de doenças de larga abrangência populacional, como a tuberculose, a hanseníase, a hipertensão e em grupos específicos, por exemplo, o dos idosos (SPINOLA; TEXEIRA; FIGUEIRÓ, apud CASTRO, 2000).

Esse problema apresenta-se como um desafio para os profissionais farmacêuticos, que podem em várias situações, orientar o paciente, conseguindo com isso melhorar a adesão destes ao tratamento prescrito (EAGLETON, 1993, apud CASTRO, 2000).

Essa discussão ressalta a importância e a necessidade do desenvolvimento de atividades educativas tanto ao consumidor de medicamentos quanto a população pela organização de palestras, treinamentos, elaboração de material impresso, como boletins, acompanhamento do tratamento do paciente e conseqüentemente da sua adesão terapêutica, proporcionando, assim, uma Assistência Farmacêutica mais efetiva e resolutive.

Avanços e dificuldades no desenvolvimento da Assistência Farmacêutica municipal, na visão dos gestores e profissionais de saúde

A quarta e última categoria de análise busca descrever os avanços e dificuldades no desenvolvimento da Assistência Farmacêutica municipal, na visão dos gestores e profissionais de saúde. A pergunta que deu origem a essa análise foi: “Na sua percepção, como a Assistência Farmacêutica poderia avançar para contribuir e melhorar a qualidade da assistência à saúde?”.

Dando continuidade ao resgate das percepções, foi analisada a segunda questão aberta do instrumento de pesquisa, utilizando-se a mesma técnica já descrita para a primeira questão. Dessa análise, foram tiradas seis ideias centrais que deram origem a seis DSC.

O primeiro Discurso do Sujeito Coletivo apresenta como ideia central a política.

DSC-I: Política

A Assistência Farmacêutica deveria estar vinculada a uma política maior de saúde, realmente efetiva, tanto no que diz respeito ao número de consultas, com itens de medicamentos necessários para os pacientes. O poder público fala: “a assistência a saúde”, “a saúde é para todos”, “é dever do estado e obrigação”, mas tem muitas pessoas que a gente sabe que morrem por falta de assistência, a Assistência Farmacêutica é tipo

assim,... o dinheiro não vem para isso..., não existe uma política onde a coisa caminhe ordenada, onde englobe a política de medicamentos, o que contribuiria para melhorar a saúde da população.

O comentário referente a esse tema foi abordado por dois entrevistados que contextualizaram a AF como inefetiva e desvinculada da Política de Saúde.

Uma política de medicamentos, segundo a OMS (2003), é um compromisso, com um objetivo que leva a uma ação. Expressa e prioriza metas estabelecidas pelo governo para o setor farmacêutico, a médio e longo prazo, e identifica as estratégias principais para alcançá-las. Aproximadamente, 166 (cento e sessenta e seis) países têm uma política farmacêutica nacional e o Brasil se encontra entre eles (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2002).

O mercado brasileiro de medicamentos está entre os 10 maiores do mundo, no entanto isso não garante o acesso da população a medicamentos, principalmente a de baixa renda como pode ser observado no gráfico a seguir.

Embora existam algumas iniciativas do governo para garantir o abastecimento de medicamentos, nos diversos programas de saúde, como os programas estratégicos (AIDS, Diabetes, Endemias focais, Hanseníase, Lupus e Pneumologia Sanitária), Programas básicos (Alimentação e Nutrição, Farmácia Penitenciária, Hemoderivados, Hipertensão, Saúde da Família e Saúde da Mulher), Alto Custo, Saúde Mental e PAB (BRASIL, 2003a), o que se observa, no entanto é que essas iniciativas são insuficiente para atender ao sistema de saúde e que frequentemente ele está desabastecido, como pode ser observado na parte do discurso que diz “[...] mas tem muitas pessoas que a gente sabe que morrem por falta de assistência, a Assistência Farmacêutica é tipo assim, [...]”

Diante dessa realidade, observa-se que as ações da política de medicamentos e de Assistência Farmacêutica ainda são incipientes. Os três níveis de governo devem se cons-

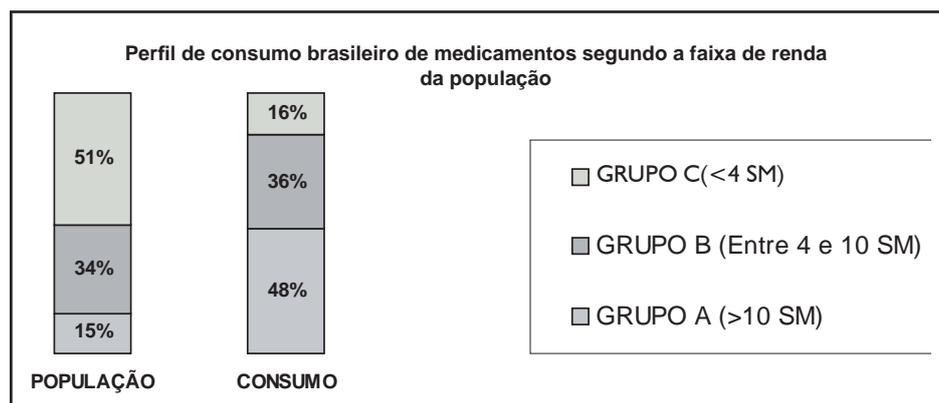


Gráfico 1: Acesso da população a medicamentos

Fonte: Machado dos Santos (2001) SM - Salário Mínimo

cientizar da necessidade de implementação de uma política de Assistência Farmacêutica organizada e efetiva, que trará, além de melhores resultados para o sistema de saúde, vantagens econômicas e financeiras.

O segundo Discurso do Sujeito Coletivo apresenta o ciclo logístico como ideia central.

DSC-2: Ciclo Logístico

Fazer um levantamento da situação da população que mora naquela região para poder elaborar, fazer um elenco de medicamentos, escolher medicamentos que dê para combater os males, em segundo lugar fazer uma programação de acordo com a realidade de cada unidade de saúde consultando prioritariamente os profissionais de saúde mais próximos do paciente, pra ver a realidade de cada um e em terceiro lugar seria o empenho para a aquisição e manutenção desses medicamentos dentro dessa unidade, fazer um planejamento mais eficiente para evitar falta do medicamento nos pontos de distribuição. Melhorar o acondicionamento dessa medicação, fazer o acompanhamento da distribuição dessa medicação, não deixando extraviar, estragar, o remédio para que a gente pudesse fazer um trabalho melhor dentro da unidade.

Tais falas expressam uma desarticulação da AF nos serviços de saúde, que segundo Marin (2003), encontram-se fragmentados dos serviços quanto à questão do medicamento no Brasil, o mesmo tem sido considerado um bem de consumo, e não um insumo básico de saúde, o que inviabiliza o desenvolvimento de enfoque que priorize o cuidado com a terapêutica medicamentosa.

Fatos como esses dificultam o desenvolvimento da AF, afastam a equipe de saúde das questões que a integram e valorizam as ações de aquisição, armazenamento e distribuição.

Nota-se que há um sentimento de falta de participação desses profissionais no processo de desenvolvimento da AF, principalmente quando se refere à elaboração do elenco de medicamentos (seleção) da farmácia básica como pode ser visto no trecho abaixo.

E24...Eu acho que as pessoas da Assistência Farmacêutica estão lá na mesa, não vivencia o que a gente vivencia, eu acho que deveria ser assim, como se diz, é uma troca de informação já que a gente está de frente é a gente que sabe o que precisa, ninguém pergunta pra gente o que precisa, nem pergunta o que vocês precisam, o que está em falta, o que precisa para melhorar o serviço da estatística, fazem uma lista deles e jogam pra gente, a gente aceita ou não, engole aquilo ou não, eu acho que deveria consultar os profissionais. Seria muito boa essa discussão com os profissionais de saúde na fonte, até eu faço enfermagem, então

eu atendo o paciente e às vezes eu fico ali, eu quero essa medicação, essa medicação não faz parte, a gente não tem aqui e às vezes é uma medicação que está corriqueira no mercado, já você não tem acesso a ela, você tem que trabalhar com aquela listinha e muitas das vezes não tem nem esse medicamento da lista.

Entretanto, deve-se destacar que não é porque o medicamento é corriqueiro no mercado que ele deve ser selecionado. O processo de seleção de medicamentos se constitui no eixo central do ciclo da Assistência Farmacêutica, e essa etapa deve ser cuidadosamente elaborada com critérios de racionalidade e essencialidade, face ao grande número de especialidades farmacêuticas lançadas no mercado pela indústria farmacêutica com pequenas alterações em suas estruturas moleculares e que não representam melhorias sob o ponto de vista terapêutico, chamados de *me too*.

Outro ponto a ser destacado se refere às etapas subsequentes à seleção, ou seja, à programação, aquisição, ao armazenamento e à distribuição de medicamentos.

E5... Eu acho que em primeiro lugar é capacitar pessoas pra trabalhar nesse tipo de atendimento, isso ia melhorar bastante e em segundo lugar fazer uma programação de acordo com a realidade de cada unidade de saúde consultando prioritariamente os profissionais de saúde mais próximos do paciente, pra ver a realidade de cada um e em terceiro lugar seria o empenho para a aquisição e manutenção desses medicamentos dentro dessa unidade para que a gente pudesse fazer um trabalho melhor dentro da unidade.

Essas etapas constituem os pilares para o acesso e uso racional de medicamentos, entretanto para que ocorra um bom desenvolvimento do ciclo da AF, torna-se necessário o planejamento e o gerenciamento de todas as etapas da AF, o que proporcionaria um bom padrão de suprimento de medicamentos em conjunto com uma boa dispensação de medicamentos e Atenção Farmacêutica tanto individual quanto coletiva.

O aprimoramento da logística do ciclo da AF e uma maior articulação da equipe de saúde proporcionariam uma melhoria na resolutividade dos serviços de saúde e, por sua vez, uma satisfação para seus usuários.

A ideia central do terceiro Discurso do Sujeito Coletivo é a capacitação.

DSC- 3: Capacitação

Na minha opinião, primeiro seria a preparação do pessoal, qualificar melhor os profissionais dando-lhes uma formação voltada para a realidade do atendimento no SUS. Capacitar todos os profissionais envolvidos no atendimento,

médicos, enfermeiras, dentistas e principalmente o farmacêutico para que ele possa desenvolver melhor sua função, acho que tem que fazer um treinamento com todos os funcionários da farmácia das unidades para esse tipo de atendimento, aqui a gente usa muitas pessoas que não estão suficientemente orientadas para trabalhar com a questão do medicamento, isso ia melhorar bastante. Tem muitas coisas que contribui para melhorar, por exemplo, fazer palestra, reuniões para explicar melhor o que é Assistência Farmacêutica, realizar mais campanhas educativas junto à comunidade, para melhor esclarecer sua importância. Acho que tudo passa pelo profissional, aí sim um profissional bem treinado, bem atualizado e bem motivado, financeiramente, seria um elemento indispensável para prestar Assistência Farmacêutica.

Percebe-se na fala do DSC-3 que os profissionais de saúde enfocam a capacitação dos recursos humanos envolvidos na AF como um dos itens capazes de melhorar a assistência à saúde no SUS.

O tema capacitação passa pela definição de Educação “[...] como uma forma de desenvolver o homem como indivíduo e como parte de um ambiente complexo, incluindo os aspectos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos e físicos que compõem a sua existência [...]”. A educação depende da comunicação “[...] das formas de relacionar-se, de circunstâncias que permitam, decisões livres e seleção de alternativas em um contexto adequado de informações, habilidades cognitivas e suporte social [...]” (PILON, 1986, p.391).

Sabe-se, no entanto, que o processo de educação em saúde pressupõe que o profissional de saúde relativizem seu conhecimento na busca de uma melhor compreensão do indivíduo na coletividade e na realidade na qual se inserem, pois é da mútua apropriação de tais conhecimentos que se torna possível uma intervenção consciente e eficaz dessa realidade (SILVA; BORDIN, 1995).

Nota-se que embora o farmacêutico não seja visto como um educador sanitário, ele está sendo colocado pelos entrevistados como o principal ator para desenvolver as atividades relativas à disseminação de informações, necessitando, portanto ser melhor capacitado para o exercício de suas funções.

Nos discursos abaixo descritos, percebe-se que há deficiência de farmacêuticos e necessidade de capacitar esse profissional para prestar essa assistência.

E12 [...] Aumentando a quantidade de profissionais farmacêuticos que prestam a assistência nas unidades. Promovendo maior capacitação do farmacêutico para prestar essa assistência.

E43 [...] Mais cursos para poder orientar mais, o profissional (reciclagem), elemento indispensável para prestar Assistência Farmacêutica.

O Novo modelo de AF voltado não mais para o medicamento, e sim para o paciente, leva a uma mudança no comportamento desse profissional e exige uma nova abordagem em sua formação e aperfeiçoamento, visto que sua formação por ser extremamente técnica, talvez o tenha desvinculado da realidade social na qual se encontra inserido como cidadão e profissional de saúde que é (MIKALAVSCAS e GONZALES, 2004, p.68).

Verifica-se ainda no DSC-3 a necessidade não só de capacitar o farmacêutico, mas todos os profissionais envolvidos, como médicos, enfermeiras, dentistas, assim como o pessoal de nível médio, que não recebe orientação para trabalhar com o medicamento.

E37 [...] Eu acho assim que, capacitação de todos os profissionais envolvidos no atendimento, médicos, enfermeiras, dentistas [...], dispensação por funcionários treinados, armazenamento adequado, envolvendo gestão da organização, isso vai facilitar bastante, e a distribuição obrigatória com receita.

Percebe-se, ainda, neste contexto, que a equipe de saúde coloca como atividade da Assistência Farmacêutica o desenvolvimento de palestras, campanhas educativas na comunidade.

Sendo o farmacêutico um profissional de saúde, que desenvolve atividades de AF em qualquer área de atuação, no laboratório clínico, na farmácia ou na indústria, deveria ter, além da formação científica, habilidades de comunicação para desenvolver o seu papel social de educador com população quanto aos cuidados com a saúde e ao uso racional de medicamentos. Segundo Freitas e colaboradores (2002, p.85), esse pode ser seu maior instrumento de valorização profissional, capaz de fazer dele um profissional cuja presença não seja exigida apenas como uma formalidade legal, mas como um elemento indispensável para atender às necessidades de uma população mais bem informada.

Especificamente no que se refere à Assistência Farmacêutica, observa-se que, embora a capacitação permanente dos profissionais de saúde e comunidade esteja contemplada na Política Nacional de Medicamentos e Política de Assistência Farmacêutica, não existe um financiamento para essa área nos recursos disponibilizados para a efetivação dessa política.

O quarto Discurso do Sujeito Coletivo trata da interdisciplinariedade.

DSC-4: Interdisciplinariedade

Existe a necessidade de uma aproximação entre médicos, enfermeiros, odontólogos e farmacêuticos. Isso é uma questão muito difícil, mas quando o médico prescrever uma medicação para o paciente, quando ele chegar na farmácia o farmacêutico deveria ter uma condição melhor

de orientá-lo dentro da sua perspectiva não só daquele momento, mas normalmente na vida do paciente, para uma melhora na qualidade e rapidez dos serviços à população.

Nesse item, os entrevistados colocam em sua avaliação a necessidade do desenvolvimento de um trabalho em equipe, interdisciplinar para o fortalecimento do serviço de saúde disponibilizado à população, inclusive no que se refere às ações de orientação que o farmacêutico pode desenvolver, conforme colocado, “não só naquele momento, mas normalmente na vida do paciente”.

A compreensão desse contexto percebido pelos entrevistados permite resgatar, na “Carta de Tóquio” (documento que define o papel do farmacêutico no sistema de assistência à saúde), que a AF é uma atividade interdisciplinar, uma vez que não se presta com independência de outros serviços assistenciais, mas em colaboração com os pacientes, os médicos, os enfermeiros e outros dispensadores de atenção à saúde. Esse mesmo documento reconhece que o método de trabalho em equipe é vital para obter um excelente rendimento de recursos limitados, tanto humanos como financeiros, para atender às necessidades de qualquer país (INFORME..., 1996).

A interdisciplinaridade é um desafio cujas barreiras necessitam ser superadas pela maioria dos dispensadores de atenção sanitária, incluídos neste contexto farmacêutico que, muitas vezes, desempenha suas funções nas concepções mais limitadas e somente dentro do ambiente físico da farmácia (CORREA JÚNIOR, 1997).

Funchal (1986 apud CORREA JUNIOR, 1997, p.10) afirma que:

O farmacêutico, como membro da equipe de atenção à saúde, pode contribuir muito para educação em saúde dos pacientes, desenvolvendo programas de orientação farmacêutica que podem ser conceituados, de uma forma geral, como um conjunto de esforços sistemáticos desenvolvidos com técnicas próprias para conscientizar o paciente da necessidade de tomar corretamente os medicamentos, o que proporcionaria uma melhor adesão terapêutica.

O quinto tema do Discurso do Sujeito Coletivo se refere a maior disponibilidade de medicamentos no sistema de saúde.

DSC-5: Maior disponibilidade de medicamentos

Disponibilizar uma quantidade maior e mais variada de medicamento para a população, ampliando a relação dos medicamentos que além da farmácia básica, pois aqui é um sofrimento pra gente quando o paciente vem e não tem o medicamento. É preciso priorizar os medicamentos para

as pessoas que necessitam, pessoas carentes, porque nem todo paciente pode comprar medicamentos. O SUS fornece muito pouco medicamento para nós, a relação de medicamentos é inúmera, mas só que para cá chega quantidades muito poucas, irrisórias, quando chega com 2 ou 3 dias já encerrou, a demanda aqui é muito grande.

Esse tema não será novamente comentado, visto que a questão do acesso já foi abordada junto com o conceito de Assistência Farmacêutica.

A sexta e última ideia central que deu origem ao Discurso do Sujeito Coletivo, trata da Infraestrutura, com maior aporte de profissionais.

DSC-6: Infraestrutura com maior aporte de profissionais

Acho que deve ser implantada em todas as unidades de saúde uma Assistência Farmacêutica que ainda não acontece, o paciente só recebe o medicamento, sem nenhuma orientação. O farmacêutico não está em nenhuma unidade de saúde, existe uma lacuna e quando está não encontra estrutura e nós nos adaptamos aos locais. Falta autonomia para a Assistência Farmacêutica fazer como deve ser feito o serviço. Eu acho que a Assistência Farmacêutica, ela é fundamental pra melhorar essa qualidade da assistência à saúde pelo SUS e não têm condições de estruturarem os serviços, precisa melhoria da infraestrutura e disponibilizar mais farmacêuticos para desenvolver trabalho dentro dos postos, em todas as unidades de saúde, botar realmente um profissional, um farmacêutico, e não um atendente. A população analfabeta atendida no serviço público é muito grande, isso cria muita dificuldade e a orientação do farmacêutico, complementar o trabalho do médico, pois o paciente só recebe o medicamento, sem nenhuma orientação.

Tendo em vista o contexto apresentado pelos entrevistados, pode-se afirmar que a Assistência Farmacêutica encontra dificuldades na sua estruturação, organização e operacionalização.

Segundo Marin (1999), os serviços farmacêuticos fazem parte dos serviços de saúde, não tendo sido paradoxalmente objeto de atenção como deveria ser; levando-se em consideração a sua importância como indicador de qualidade, fornecem serviço de atenção à saúde e a sua incidência nos custos globais desse serviço.

Marin (1999) coloca ainda que os governos e seus dirigentes discutem muito sobre o abastecimento de medicamentos e as estratégias para financiá-los, mas desconhecem que eles são somente um instrumento de prestação de serviços, sem preocupar-se com a organização e estruturação desse serviço.

Em visitas realizadas às unidades de saúde, durante a execução do trabalho de pesquisa,

juntamente com as informações repassadas pelos entrevistados, observa-se que a infraestrutura de que a Assistência Farmacêutica necessita passa pela estruturação da área física e instalações, equipamentos, acessórios e, principalmente, pelo aporte de recursos humanos capacitados, elementos vitais para o desenvolvimento de suas atividades.

Verifica-se também a necessidade de aumentar o número de profissionais, principalmente farmacêuticos, de desenvolver programas de capacitação para essa área no sentido de aprimorar e qualificar a equipe envolvida com a AF, uma vez que na fala dos entrevistados salta aos olhos uma dificuldade para atender às necessidades dos serviços.

Sintetizando, percebe-se que os gestores e profissionais de saúde:

- Na primeira categoria de análise, não têm uma visão ampla sobre a AF, pois têm uma visão pontual e focada no acesso (disponibilidade e possibilidade de se adquirir o medicamento) e na orientação dada ao paciente pelo farmacêutico.
- Na segunda categoria, há uma concordância quanto ao desenvolvimento das atividades de promoção do acesso e uso racional de medicamentos, gerenciamento do ciclo logístico, capacitação e ações interdisciplinares por parte da AF; no entanto na prática essas atividades não são desenvolvidas.
- Na terceira categoria, aprovam algumas medidas racionalizadoras, como a adoção de um elenco padronizado de medicamentos e prescrição de acordo com esse elenco. Entretanto, na percepção deles não há um acesso regular a medicamentos por parte dos usuários SUS e ressalta a necessidade de promover o acesso, de fazer um trabalho de orientação, de acompanhamento nos tratamentos dos pacientes e de atividades educativas junto com o usuário do medicamento e a população.
- Na quarta categoria, eles apresentam várias sugestões para organizar a AF, entre elas está a implementação de uma política de Assistência Farmacêutica mais efetiva; um melhor gerenciamento do ciclo logístico; o desenvolvimento de atividades educativas no âmbito individual e coletivo, de atividade interdisciplinar junto com a equipe de saúde; proporcionar maior disponibilidade de medicamentos e profissionais farmacêuticos para desenvolver esse serviço de forma mais efetiva.

A Assistência Farmacêutica, apesar de muito falada e reivindicada, só a partir de 2004 apresenta-se como política, pela publicação da Resolução n.º 338, de 06 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde. Essa medida veio atender às deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde e da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica e é mais um aparato legal para garantir a execução das ações de Assistência Farmacêutica no sistema de saúde, ações que se constituem um direito de todo cidadão brasileiro e que está expressamente identificado neste estudo na fala dos gestores e profissionais de saúde.

Torna-se necessário uma mudança nas atitudes para que haja uma transformação capaz de superar a simples distribuição de medicamentos em acesso racional e responsável aos medicamentos, entretanto essa transformação depende de esforços dos

diversos segmentos envolvidos, principalmente na vontade política para que todos os atores envolvidos nesse processo sintam o resultado dessas ações na prática.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A execução da pesquisa de campo nos diversos atores sociais envolvidos no campo da saúde possibilitou apreender determinados elementos da Assistência Farmacêutica por meio de um olhar o mais próximo possível da realidade, não centrado nas questões operacionais, mas na percepção desses atores, permitindo visualizar essa realidade a partir das relações de dominação existentes neste campo.

Os resultados obtidos foram sistematizados e discutidos em quatro categorias: (a) a percepção dos atores/sujeitos sobre o conceito de Assistência Farmacêutica; (b) a percepção sobre o papel da Assistência Farmacêutica no sistema de saúde; (c) identificação de como esses atores/sujeitos percebem a Assistência Farmacêutica disponibilizada no serviço de saúde no que se refere ao acesso a medicamentos, orientações de uso e acompanhamento; e, (d) descrição, pela visão desses atores, dos avanços e das dificuldades no desenvolvimento da Assistência Farmacêutica municipal.

A primeira categoria procurou descrever a percepção dos atores/sujeitos sobre o conceito de Assistência Farmacêutica. Embora a política de medicamentos tenha sido publicada desde 1998, trazendo um modelo de AF não restrito à aquisição e distribuição de medicamentos, mas, sim, voltado para a promoção do acesso racional de medicamentos, observa-se que os gestores e profissionais de saúde não tomaram conhecimento da amplitude que consiste a AF, tendo, portanto uma visão focalizada no medicamento e no serviço de orientação do profissional farmacêutico.

O discurso desses sujeitos/atores deu origem a duas subcategorias, cujas ideias centrais são **acesso a medicamentos e orientação farmacêutica** (DSC1 e DSC2, respectivamente).

Na primeira subcategoria, a Assistência Farmacêutica é vista como garantia de fornecimento de medicamento, entretanto a garantia desse acesso depende de vários fatores, econômicos, financeiros, técnicos, políticos, sociais, éticos e requerem, entre outros, bem de capital, equipamentos, edificações e financiamento permanente dos diversos serviços que se relacionam ao medicamento. O financiamento desses serviços se constitui um ponto crítico, visto que não existe atualmente recurso destinado à estruturação e desenvolvimento da AF, o que limita significativamente o desenvolvimento dos serviços farmacêuticos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1990).

Essa escassez de recurso impossibilita também a garantia de cobertura e acessibilidade da população aos medicamentos por uma única fonte de financiamento, o que leva à necessidade de se buscarem alternativas, como a distribuição de medicamentos por meio de planos de saúde. Para garantir essa acessibilidade, os governos necessitam racionalizar os recursos, estabelecendo prioridades, classificando e hierarquizando as necessidades programáticas. Um exemplo característico é a Rename, que identifica

dentro do grande número de medicamentos disponível no mercado a essencialidade de alguns produtos.

Outro fator que dificulta o acesso a medicamento é a falta de avaliação na utilização dos medicamentos, o que leva ao desconhecimento do grau de racionalidade que está se utilizando esses medicamentos e gera deficiência nos resultados obtidos.

O acesso a medicamento tem sido o eixo principal da Política de Medicamentos, um desafio para os gestores de saúde (BERMUDEZ, 1995) e um direito de todo cidadão, garantido na constituição. Segundo Silva (2000), os ajustes econômicos têm sido priorizados sobre as necessidades da população, portanto aumentar esse acesso é essencial para a obtenção de melhores resultados no setor saúde.

A segunda subcategoria relaciona a Assistência Farmacêutica ao serviço de orientação do farmacêutico, à população tanto no nível individual como coletivo. Dentre as atividades a serem desenvolvidas pelo farmacêutico na AF está a educação do paciente, da família e da comunidade. A participação do farmacêutico deve também estar dirigida à assessoria e capacitação de todo o pessoal envolvido com medicamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1990).

A Organização Mundial de Saúde (1990, p.38) reconhece que:

[...] os serviços farmacêuticos são parte integrante dos serviços e programas de saúde e representam um processo que envolve a administração do medicamento em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, segurança e eficiência terapêutica dos medicamentos, o seguimento e avaliação da utilização, a obtenção e difusão de informação de medicamentos e a educação permanente dos demais membros do grupo de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.

O que se percebe, no entanto, é que há uma certa cobrança por parte dos profissionais de saúde quanto à necessidade de o farmacêutico desenvolver seu papel claramente, conforme descrito e comentado nos parágrafos anteriores, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade da atenção à saúde.

A segunda categoria se refere à percepção desses sujeitos/atores sobre o papel da Assistência Farmacêutica no Sistema de Saúde. Na consolidação dos dados sobre esse tema, mais de 80% dos entrevistados concordaram que as atividades descritas na Tabela I são inerentes à AF. Entretanto, efetivar essas ações na prática dos serviços de saúde não é tarefa simples. Para consolidar esse novo modelo de reorientação da AF colocado na PNM como uma de suas diretrizes, torna-se necessário investir na estruturação da AF em todos os níveis de atenção à saúde, inclusive na alocação e capacitação de recursos humanos.

A terceira categoria analisada neste estudo busca descrever como esses atores per-

cebem a Assistência Farmacêutica disponibilizada no serviço de saúde, no que se refere ao acesso a medicamentos, orientações de uso e acompanhamento terapêutico.

Quando se fala em acesso do usuário ao medicamento, nota-se que os entrevistados têm uma certa unanimidade de concordância em relação a três pontos: a padronização de medicamentos, o conhecimento da lista de medicamentos pelos prescritores e a prescrição dentro do elenco padronizado. Percebe-se nessas respostas que há uma conscientização desses profissionais quanto à essencialidade dessas medidas, visto que são ações que vão assegurar o acesso a medicamentos e promover o seu uso de forma racional. Os dados apresentam ainda um maior grau de discordância em relação à disponibilidade de medicamentos que na percepção dos entrevistados é baixa e conseqüentemente não atende à necessidade dos usuários.

Na Tabela 3, referente à orientação do usuário quanto ao uso do medicamento e acompanhamento terapêutico, 55% dos entrevistados concordaram que já existe um trabalho de orientação ao paciente nas farmácias das unidades de saúde, 43% que há um acompanhamento de tratamento e 47% que o serviço de Assistência Farmacêutica disponibilizado no sistema de saúde de São Luís é atuante, ao mesmo tempo em que a totalidade dos entrevistados concordaram que há necessidade do usuário ser melhor orientado quanto ao uso adequado de medicamentos. Isso demonstra um contrassenso quanto às respostas anteriores.

Entretanto, a confirmação da necessidade dessa ação está no baixo grau de concordância (25%) apresentado em relação à orientação dada pelo prescritor no momento da consulta seja suficiente para que o paciente faça o uso correto e adequado de medicamentos.

Dessa maneira, para que o usuário seja bem orientado quanto ao uso adequado de medicamentos e seja acompanhado em seu tratamento, torna-se necessária a estruturação dos serviços de AF e a contratação ou remanejamento de farmacêuticos para as farmácias das unidades, assim como a capacitação dos mesmos para desenvolverem esses serviços.

A quarta categoria busca descrever, na visão dos profissionais de saúde entrevistados, quais foram os avanços e as dificuldades relacionados ao desenvolvimento da Assistência Farmacêutica. A contribuição dos entrevistados limitou-se a apontar as dificuldades, não sendo referido nenhum avanço. Mesmo assim, terminou por confirmar o apresentado nas três categorias anteriores.

Essa categoria foi subdividida em seis subcategorias:

- a primeira se refere à Política de Medicamentos, que deveria ser mais efetiva;
- a segunda trata do ciclo logístico, como instrumento capaz de levantar as necessidades da população, de articular a equipe de saúde e de promover o acesso a medicamentos de forma adequada;
- a terceira coloca a capacitação como uma necessidade para os atendentes das farmácias que não são treinados para trabalhar com o medicamento, assim como

para todos os profissionais de saúde envolvidos com a AF, inclusive o paciente e a comunidade por meio de campanhas educativas;

- a quarta trata da interdisciplinaridade que, na visão dos entrevistados, é necessária por desenvolver um trabalho em equipe para o alcance do objetivo maior que é contribuir para melhorar a qualidade de vida não só do paciente, mas de seus familiares e de sua comunidade, um desafio a ser enfrentado por toda a equipe de saúde;
- a quinta volta a falar do acesso e da maior disponibilidade de medicamentos;
- a sexta traz as colocações dos entrevistados em relação à necessidade de se estruturar a AF nas unidades de saúde que já disponibilizam esse serviço e implantá-la onde não existe, além de disponibilizar mais farmacêuticos para orientar a população, na maioria analfabeta, contribuindo, desse modo, para melhorar a qualidade da assistência à saúde.

Por fim, resgatando-se os objetivos e categorias analisadas nesse estudo, algumas considerações são fundamentais para complementar as reflexões sobre a questão da Assistência Farmacêutica como parte do Sistema de Saúde.

Os relatos dos sujeitos se consolidam na afirmação de que a Assistência Farmacêutica ainda encontra-se desarticulada na esfera da consolidação do sistema de saúde; que há uma baixa disponibilidade de medicamentos e descontinuidade no abastecimento, promovendo a interrupção nos tratamentos; que o número de farmacêuticos é insuficiente para promover o acesso da população ao medicamento de forma racional e com orientação responsável; que a equipe de saúde precisa ser melhor capacitada, tendo como objetivo central o paciente e não o medicamento; que haja uma estruturação das farmácias com equipamentos e utensílios, em locais adequados às normas sanitárias, inclusive proporcionando um atendimento humanizado ao usuário do medicamento.

Para que esse cenário apresentado pelos entrevistados mude é imperativo haver fontes de financiamento para o desenvolvimento e efetivação das ações de Assistência Farmacêutica disponibilizada, não só no município de São Luís, mas na grande maioria dos municípios brasileiros que apresentam essa mesma realidade.

Por fim, esta pesquisa não tem a intenção de contemplar a totalidade da Assistência Farmacêutica disponibilizada no serviço público do município de São Luís, mas também com certeza dará importantes contribuições nas discussões sobre esse tema. Deve-se compreender a AF como política, em toda sua amplitude, capaz de desenvolver ações que variam da prevenção de doenças, à promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde, contribuindo para promover a universalidade, integralidade e equidade no sistema de saúde.

Assim, como resultado deste estudo recomenda-se:

- promover a divulgação da Assistência Farmacêutica de forma mais ampla junto com gestores e profissionais de saúde, considerando-se que esses profissionais não apresentam uma visão global sobre essa política;
- levantar as necessidades referentes aos recursos humanos e infraestrutura existente

nos serviços de saúde para que seja efetivamente implementada as atividades de Assistência Farmacêutica nesses serviços;

- promover a capacitação e qualificação dos profissionais envolvidos com a Assistência Farmacêutica;
- melhorar a estrutura organizacional e operacional da Assistência Farmacêutica, para que possa desenvolver ações que promovam o acesso e uso racional de medicamentos;
- promover maior articulação e integração da equipe gestora da Assistência Farmacêutica tanto estadual quanto municipal com o serviço de saúde.

Para Minayo (1999), o processo de conhecimento é infinito e o ciclo da pesquisa um processo de trabalho sempre inacabado, uma vez que emergem da análise final pontos relevantes a serem considerados em outras pesquisas.

Os resultados desse estudo foram enviados à Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, no sentido de divulgar as informações e reflexões aqui presentes para subsidiar novas discussões entre os diversos atores envolvidos no processo de efetivação da Assistência Farmacêutica no sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

- BARROS, J.A.C. Genéricos Versus Patentes: o caso dos anti-retrovirais põe a nu os interesses das multinacionais farmacêuticas. *Saúde em Debate*, v. 25, n.º 57, p. 85-89, jan./abr. 2001.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G.. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis (RJ): Vozes, 2002. 516 p.
- BERMUDEZ, J.A.Z. *Indústria farmacêutica, Estado e sociedade*. São Paulo: Hucitec; Sobravime, 1995. 204p.
- BERMUDEZ, J.A. Z.; BONFIM, J.R.A. (Org.). *Medicamentos e a Reforma do Setor de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Sobravime, 1999. 236p.
- BONFIM, J.R.A.; MERCUCI, V.L. (Org.) *A construção da Política de Medicamentos*. São Paulo: Hucitec; Sobravime, 1997. 381p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Para entender a gestão do SUS*. Brasília, 2003b, 248p.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.
- BRASIL. *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, set., 1990a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 001/96. *Diário Oficial da União*, Brasília, 06 nov. 1996.
- _____. *Portaria 16 de 14 de dezembro de 2000*. Estabelece o elenco mínimo e obrigatório para pactuação na atenção básica, referente ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica de que tratam as Portarias GM 176/99 e 956/00. Brasília, dez. 2000.

_____. **Portaria 176 de 8 de março de 1999**. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e Estado ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília, mar. 1999.

_____. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégico. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. IN: REUNIÃO DE GESTORES ESTADUAIS DE Assistência Farmacêutica, I. Brasília, DF, out.2003a.

_____. Universidade Federal de Minas Gerais. **Organização da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros: disponibilidade e utilização de medicamentos no SUS**: pesquisa telefônica. Brasília, 2002, 160p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica GTAF/DAB/SPS. **Relatório de Gestão**. Brasília, nov. 2002b, 72 p.

_____. **Norma Operacional da Assistência à Saúde** 01/01. Portaria MS/GM n.º 95 de 26 de janeiro de 2001a.

_____. **Política Federal de Assistência Farmacêutica**, 1990 a 2002. Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. Brasília, 2002a, 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, DF, 2001b. 40p.

_____. 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, abr. 2001d. 114p.

CASTRO, L. L. C. (Org). **Fundamentos de Farmacoepidemiologia**. São Paulo: Grupuram, 2000, 180p.

CIPOLLE, R.J.; STRAND, L.M.; MORLEY, P.C. **El Ejercicio de La Atención Farmacéutica**. Madrid: McGraw Hill Interamericana, 2000. 352p.

CORREA JUNIOR, J. F. O farmacêutico na equipe multiprofissional de saúde e a interprofissionalidade. **Infarma**, v. 6, n.º 1-2, p. 10-12, 1997.

DENZIN, N. K. **The Research AET: a Theoretical Introduction to Sociological Methods**. Chicago: Aldine, 1978.

DUPPIN, J. A. A. **Assistência Farmacêutica: Um Modelo de Organização**. Belo Horizonte (MG): SEGRAC, 1999. 82p.

ENCUENTRO AIS Sudamérica 11 a 14 de enero de 1998. **Boletim Sobravime**, n.º 28, p. 5-7, jan/mar, 1998.

FREITAS, O. et al. O Farmacêutico e a Farmácia: Uma análise retrospectiva e prospectiva, **Infarma**, v. 14, n.º 1-2, 2002. In: **Pharmácia Brasileira**, n. 30, p. 85-87, jan/mar. 2002.

GUERRA JUNIOR, 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. 210f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), 2002.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

IKLAUSCAS, M. M. V. ; GONZALES, R.M.B. A Formação Humanística o Farmacêutico. **Infarma**, v. 16, n.º 3-4, 2004. In: **Pharmácia Brasileira**, n. 42, p. 67-69, maio/junho 2004.

INFORME da reunião da Organização Mundial de Saúde no Japão, 31/08 a 03/09/93. O papel

do farmacêutico no Sistema de assistência à saúde. *Pharmácia Brasileira*, n.º 3, p.37-40, out/nov. 1996.

IVAMA, A. M. et al. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**: proposta. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

LAFEVRE, F.; LEFÈVRE, A. M.C.; TEXEIRA, J.J.V. (Org.) **O discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000. 138p.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Técnicas de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARIN, N.. (Org.) **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: Opas/OMS. 373p.

MINAYO, M C S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. (Org.); **Pesquisa Social – Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002, 21p.

MINAYO, M C S., **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

OLIVEIRA, M.J.L. **Assistência Farmacêutica no Serviço Público de São Luís**. Monografia (Especialização em Assistência Farmacêutica), Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, 2002. 86p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: Los medicamentos esenciales**, 1990. 64p.

_____. Perspectivas Políticas sobre medicamentos de la OMS. **Estrategia sobre medicamentos de la OMS: 2000- 2003**. Ginebra, n.º I diciembre de 2000. 6p.

_____. Perspectivas Políticas sobre medicamentos de la OMS. **Selección de medicamentos esenciales**. Ginebra, junio de 2002a. 6p.

_____. Perspectivas Políticas sobre medicamentos de la OMS. **Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales**. Ginebra, Septiembre de 2002b. 6p.

_____. Perspectivas Políticas sobre medicamentos de la OMS. **Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional**. Ginebra, enero 2003. 6p.

PEPE, V.L.E.; CASTRO, C.G.S.O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cadernos de Saúde Pública**. Disponível em:... Acessado em 15 jan. 2002.

PILON, A . F. Desarrollo de la educación en salud – una actualización de conceptos. **Revista Saúde Pública**., São Paulo, v. 20, n.º 5, p.391- 6, 1986.