

**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

ÍNDICE

- 7** REGIONALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO:
ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS
Maria Ceci Misoczky
- 23** ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PROGRAMA SAÚDE
DA FAMÍLIA EM BELÉM - PA: ORGANIZAÇÃO, DESAFIOS
E ESTRATÉGIAS DE REESTRUTURAÇÃO
Cristina Maria Maués da Costa
Ronaldo Bordin
- 107** A PERCEÇÃO DOS GESTORES E PROFISSIONAIS DE
SAÚDE EM SÃO LUÍS (MA) SOBRE A ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA
Mary Jane Limeira de Oliveira
Ronaldo Bordin
- 161** O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA REGIONALIZADA NO ESTADO
DE PERNAMBUCO
Mônica Maria H. dos Santos



REGIONALIZAÇÃO E DESCENTRALIZAÇÃO:
ASPECTOS TEÓRICO-CONCEITUAIS

Maria Ceci Misoczky

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição de 1988 e regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, vem atravessando transformações profundas desde a sua criação. No aspecto organizacional/operativo, a regionalização da rede de atenção e a descentralização de serviços têm, por natureza, dimensões complexas. Entre outros aspectos, sua efetivação eficaz precisa ser qualificada a fim de considerar as diversidades culturais, políticas e econômicas que caracterizam os municípios e as regiões do Brasil. No entanto, esse processo vem se desenvolvendo de modo pouco reflexivo e intensamente normativo, além de centralizado e sem considerar tais diversidades.

Nesse contexto, este texto propõe-se apenas a lembrar que existem diferentes concepções tanto de regionalização quanto de descentralização e que as escolhas feitas têm implicações diretas sobre o SUS que se está configurando.

Assim, na primeira parte, são revisadas as abordagens teóricas sobre região e regionalização; na segunda, sobre descentralização. Sendo um capítulo introdutório a dois trabalhos teórico-empíricos, constituem-se também em uma introdução aos temas centrais a esses dois trabalhos.

REGIÃO E REGIONALIZAÇÃO: ASPECTOS TEÓRICOS E POSSIBILIDADES DE ORGANIZAÇÃO

Segundo Corrêa (1991), 'região e organização espacial' representam materialidades sociais, expressões concretas da história, resultantes das relações entre os homens e entre estes e a natureza, fazendo parte das condições da reprodução social.

'Regione' nos tempos do Império Romano era a denominação utilizada para designar áreas que, ainda que dispusessem de uma administração local, estavam subordinadas às regras gerais e hegemônicas das magistraturas sediadas em Roma, à relação entre a centralização do poder em um local e a extensão dele sobre uma área de grande diversidade social, cultural e espacial (GOMES, 2001, p. 51).

A palavra região, diferente de outras palavras, é de uso frequente, gerando dificuldade de se estabelecer como um conceito, podendo exprimir várias ideias na linguagem corrente (LENCIONI, 1999, p. 17): "[...] a percepção do outro está acompanhada da percepção do espaço do outro. A ideia de região se vê presente, portanto, na sua construção da realidade e faz parte de um senso comum; há um sentido dialético simultaneamente real e racional".

No pensamento geográfico, a região constitui-se, ao longo do tempo, como um conceito-chave. Entretanto, esse conceito apresenta diferentes acepções, dependendo da matriz a que se vincula. No Quadro 1, apresenta-se uma síntese da matriz teórica e da correspondente abordagem sobre região.

De acordo com Corrêa (1994, p.217), a partir da geografia crítica desenvolvem-se três conceitos de região:

Quadro 1: Síntese das abordagens da geografia e a correspondente definição de região.

<p>Determinismo ambiental - as condições naturais, especialmente as climáticas, determinam o comportamento dos seres humanos, interferindo na sua capacidade de progredir. Frederick Ratzel é o autor de referência, tendo desenvolvido a teoria nas últimas décadas do século XIX.</p> <p>Desenvolve o conceito de espaço vital, que representa o equilíbrio entre a população ali residente e os recursos disponíveis para suas necessidades e que seriam definidores das possibilidades de progresso.</p>	<p>A região natural é o mais relevante recorte espacial. Ao considerar que as regiões coesas e densamente povoadas tinham uma tendência natural para formar unidades fortes, unidas por afinidades culturais e históricas, forneceu um argumento para justificar o domínio de alguns países sobre outros. Países ou povos vencedores o eram por explorar pretensas virtudes decorrentes do meio natural em que viviam. Daí decorre uma hierarquia dos Estados e a naturalização do expansionismo como essência do progresso de um povo.</p>
<p>Aqueles que reagiram ao determinismo ambiental adotaram o historicismo como base.</p> <p>Parte dessa reação se expressa na abordagem do possibilismo, que focaliza na ideia de possibilidade como a liberdade de escolher possíveis cursos alternativos de transformação. Na sua relação com a natureza, os seres humanos poderiam escolher entre as diferentes possibilidades, oferecidas pelo meio físico, para exercício das suas atividades.</p>	<p>Reportam-se, então, à região como área em que ocorre uma mesma paisagem cultural.</p> <p>Na abordagem da paisagem geográfica, como uma criação humana em que esta é transformada em cultural ou geográfica, ficam definidos extensões e limites identificáveis. A região é, então, a expressão espacial da ocorrência de uma mesma paisagem geográfica.</p>
<p>Apoiada no positivismo lógico, a nova geografia, também chamada de geografia quantitativa, nasce simultaneamente, na década de 1950, na Suécia, Inglaterra e EUA. Considera a região um caso particular de classificação, tal como se procede nas ciências naturais. O conceito de organização espacial se relaciona com o rápido processo de mudança locacional que se verifica no pós-guerra, afetando o arranjo das formas de produção que passam a envolver vultosos recursos, suscitando a questão de eficiência máxima de cada localização rearranjada.</p>	<p>Aos conceitos de região natural e região paisagem, são agregadas as concepções de região como uma visão setorial da realidade: região urbana, industrial, agrícola são exemplos dessa visão. A região passa a ser um tipo de área, uma espécie de fotografia dos resultados de processos sociais que são desconsiderados. As configurações espaciais são meramente descritas.</p>
<p>A geografia crítica trata de interpretar, com base na teoria Marxista, os aspectos descritos pela nova geografia.</p>	<p>O tema da região é retomado com uma perspectiva dialética. A organização espacial considera processos históricos.</p>

Fontes: Corrêa (1991 e 1994); Lencioni (1999); Santos (2002).

1. Região como resposta aos processos capitalistas, sendo a região entendida como a organização espacial dos processos sociais associados ao modo de produção capitalista. Trata-se da regionalização da divisão social do trabalho, do processo de acumulação, da reprodução da força de trabalho e dos processos políticos e ideológicos.
2. Região como foco de identificação, sendo definida como um conjunto específico de relações culturais entre um grupo e lugares particulares, uma apropriação simbólica de uma porção do espaço por um determinado grupo e, assim, um elemento constituinte de sua identidade.
3. Região como um meio para interações sociais. Poder e dominação constituem os fatores fundamentais na visão política da região.

Os três conceitos de região têm em comum o fato de estarem apoiados na idéia da persistência da diferenciação de áreas, não compartilhando a tese de que o mundo esteja se tornando homogêneo, nem que as regiões estejam desaparecendo: ao contrário, admitem o processo de sua transformação. [...] A partir do pós-guerra o processo de fragmentação articulada tornou-se mais acelerado. A capacidade do capitalismo de (re)fragmentar e (re) articular a superfície terrestre foi ampliada. Em outras palavras, o espaço do homem foi fortemente submetido a um processo de reconstituição das diferenças espaciais, processo que assumiu enorme rapidez. Fazer, desfazer e refazer as diferenças espaciais tornou-se, de forma eloqüente, uma das características da economia global, ainda que permaneça a diferencialidade espaço-temporal. [...] A idéia de particularidade, isto é, a mediação entre o universal (processos gerais advindos da globalização) e o singular (a especificação máxima do universal) traduz-se, no plano espacial, na região. (CORRÊA, 1994, p.221-22)

Um outro aspecto a considerar é que a vinculação do tema da região ao tema do estado, especialmente em sua expressão como bloco no poder e pelas medidas de políticas públicas que afetam a economia, a distribuição territorial da renda (EGLER, 2001), o cotidiano e a reprodução da vida em comunidade.

Território e existência social

“Em realidade o espaço organizado pelo homem desempenha um papel na sociedade, condicionando-a, compartilhando do complexo processo de existência e reprodução social.” (CORRÊA, 2001, p.28)

A ação da administração pública define espaços políticos com diferentes acepções: o ‘espaço normado’, aquele definido por regras e normas baseadas em princípios jurí-

dicos, com campo de ação delimitado pelo direito; o ‘espaço funcional’ dos despachos administrativos; o ‘espaço das sedes administrativas’, instalado em centros urbanos das capitais políticas; o ‘espaço atendido’, provido ou desprovido quanto ao alcance da função administrativa e seu campo de ação ou área de influência. Assim, no território a atividade e a função, as sedes, a acessibilidade e a provisão de serviços são elementos-chave da configuração espacial (CASTRO, 2005).

De acordo com Rückert e Misoczky (2002), as clássicas divisões em regiões administrativas – as regiões homogêneas do IBGE, as regiões geoeconômicas e regiões de secretarias de governo – refletem a concepção do espaço como banal e sistema de objetos geometrizáveis em modelos. Essas concepções, presentes de modo marcante no referencial da saúde coletiva, representam uma simplificação da noção de território. A respeito dessa noção, Souza (1995) defende que seja diferenciada de espaço, já que utilizar os termos espaço e território de modo indistinto obscurece o caráter político do segundo. A seguir, revisam-se as formulações de alguns autores sobre a categoria território¹.

Cox (1991) defende a superação da concepção de território representando o espaço de uma nação e a inclusão de dois outros aspectos: poder como uma categoria cronicamente implicada nas relações sociais e, portanto, referindo-se a temas como classe, gênero ou raça – uma geografia política com ‘p’ minúsculo; e o território excedendo o sentido de limites das demarcações legais de fronteiras jurisdicionais para um sentido mais ampliado em que o território emerge de uma arena de conflitos, portanto, o que é limitado não se refere apenas a extensões de espaço, mas a um conjunto de relações sociais (das quais o Estado é uma parte). Como decorrência da inclusão desses aspectos, pensar o território implica colocar questões sobre como essas arenas de conflito são formadas e sobre a articulação das relações sociais localizadas espacialmente que, por sua vez, fazem parte de redes de relações sociais muito mais amplas que os limites da nação.

Souza (1995, p.78) também coloca o poder como categoria central, conceituando território como um “espaço definido e delimitado a partir de relações de poder”, e manifestando-se expressamente contra escamotear conflitos e contradições sociais: para compreender um território é preciso compreender quem domina ou influencia quem e como o faz. Outro aporte de Souza está em considerar o território como algo que existe e se constrói (ou desconstrói) nas mais diversas escalas espaciais (da rua ao mundo) e temporais (de horas a séculos) podendo, além disso, ter caráter permanente, periódico ou cíclico, já o substrato espacial permanece ou pode permanecer o mesmo ao longo do tempo.

Uma concepção bastante difundida e que também inclui o tema do poder é a de Raffestin (1993). Segundo esse autor, o ator, ao apropriar um espaço, concreta ou abstratamente (ainda que pela representação), o territorializa. Sendo assim, o território é um espaço onde se projetou trabalho, energia e informação, e que, desse modo, revela relações de poder. Souza (1995, p.86) critica Raffestin por não ter discernido

¹ Essa revisão também está em MISOCZKY (2002a).

que o território não é o substrato, o espaço em si, mas um campo de força, relações de poder espacialmente delimitadas que operam sobre um substrato referencial. “O território será um campo de forças, uma teia ou rede de relações sociais que, a par da complexidade interna define, ao mesmo tempo, um limite, uma alteridade: a diferença entre ‘nós’ (o grupo, ou membros da coletividade ou ‘comunidade’) e os ‘outros’ (os de fora, os estranhos).”

Mesquista (1995, p.83) está preocupada em relacionar territórios e consciência territorial, para isso considera que o território é o que nos liga ao mundo. “Tem a ver com a proximidade tal como existe no espaço concreto, mas não se liga a ordens de grandeza para estabelecer a sua dimensão ou o seu perímetro. É o espaço que tem significação individual e social. Por isso, ele se estende até onde vai a territorialidade.” Sendo territorialidade entendida como a projeção de nossa identidade sobre o território. A consciência territorial, por sua vez, é entendida como a “consciência do lugar, do locus de sociabilidade mais próxima vivida no cotidiano”, é onde formam-se os projetos de vida individual – não como redutos do individualismo, mas como parte de uma teia de sociabilidade mais próxima ou em redes que vinculam territórios distantes.

Essa abordagem é muito próxima a de um território relacional, como se encontra em Cara (1995, p. 67) – “o território pode ser definido como uma objetivação multi-dimensional da apropriação social do espaço, fazendo-se a restrição de que mesmo no caso de considerar territórios individuais, estes o são em relação a outros”. Trata-se de compreender o território como uma qualidade subjetiva do grupo social ou do indivíduo, que lhe permite, com base em imagens, representações e projetos, tomar consciência de seu espaço de vida.

Retomando a relação entre território e região, pode-se dizer, agora, que a região é um território e, como tal, reconhecido por seus habitantes por diversos símbolos identitários. “Como representação da realidade, a região faz parte do imaginário social, mas ela também é um espaço de disputa e de poder, base para essa representação que é apropriada e reelaborada tanto pela classe dominante quanto por outros grupos que se mobilizam para defender seus interesses territoriais.” (CASTRO, 2005, p.193)

Retomando a concepção de regiões administrativas, pode-se agora afirmar sua simplificação com relação à complexidade de uma espacialidade contida na existência humana, que está muito além do espaço banal e do gerenciamento de quadrículas de poder das organizações governamentais (RÜCKERT e MISOCZKY, 2002).

Como será visto no próximo item, o tema da descentralização também tem sido excessivamente simplificado na sua adoção no contexto da saúde coletiva e da gestão em saúde no Brasil.

DESCENTRALIZAÇÃO: MÚLTIPLOS SENTIDOS

Diversos autores afirmam que o tema da descentralização, no campo da administração pública, tem sido capaz de provocar consenso no contexto das últimas décadas, indepen-

dentemente de aspectos ideológicos ou do contexto regional, ou nacional a que se refere em casos específicos. Alguns chamam descentralização de uma palavra-talismã, outros a consideram um camaleão político. A característica da polissemia reside, precisamente, na possibilidade de camuflar as diversas possibilidades de sentido no seu uso, bem como as implicações delas decorrentes. Neste texto, realiza-se um esforço para identificar esses diversos significados potenciais². Posteriormente, contextualiza-se o caminho da descentralização no período recente no Brasil, sobretudo no processo de reforma do Estado.

Coraggio (1991) distingue duas concepções antinômicas de descentralização: a) conservadora (neoliberal) – preconiza a passagem da gestão de serviços estatais para usuários locais, tendo um conteúdo de legitimação da desestatização e privatização, eliminando mecanismos de compensação de desigualdades inter e intrarregionais; b) democratizante (progressista) – inclui a dimensão da autogestão em escalas que permitam manter uma visão e prática adequadas com relação ao todo, essa escala eficiente permitiria que os interesses locais fossem reconhecidos e atendidos em um contexto de forças globais, assim como que as limitações de recursos fossem reconhecidas.

Junqueira, Inojosa e Komatsu (1998) fazem a mesma distinção. Para esses autores, as diferenças de posições entre conservadores (neoliberais) e progressistas, sobre a finalidade da descentralização, decorrem de concepções diversas sobre o papel do Estado e da sua relação com a sociedade e o mercado; a privatização é o ponto de demarcação entre as duas posições. Para os neoliberais, descentralização significa redução do papel e tamanho do Estado, deslocando-se a força motriz da mudança para o mercado. Na perspectiva progressista, associa-se descentralização com democratização e com garantia dos direitos sociais dos cidadãos. “A descentralização é, aqui, uma estratégia para reestruturar o aparato estatal, não com o objetivo de que, reduzido, ganhe agilidade e eficiência, mas para aumentar a eficácia das ações das políticas sociais pelo deslocamento, para esferas periféricas, de competências e de poder de decisão sobre as políticas.” (Junqueira, Inojosa e Komatsu, 1998, p.69)

Rondinelli e Cheema (1983) a partir de uma abordagem que se declara como político-econômica, apesar de adotarem o referencial da teoria neoclássica da escolha pública, propõem uma tipologia de diferentes formas de descentralização para avaliar processos globais em países em desenvolvimento:

- desconcentração: transferência de autoridade administrativa para escritórios locais ou regionais de uma mesma estrutura administrativa;
- delegação: transferência de autoridade e responsabilidade para agências semiautônomas;
- devolução: transferência de autoridade e responsabilidade de níveis centrais de governo para estruturas administrativas públicas em outros níveis de governo;
- privatização: transferência de responsabilidades operacionais e, em alguns casos,

² A aplicação deste referencial para analisar o processo de descentralização no campo da atenção à saúde, após a Constituição de 1988, está em Misoczky (2002b).

da propriedade, para provedores privados, frequentemente por meio de contratos que definem o que deve ser oferecido em troca de fundos públicos.

Essa abordagem, apesar de muito difundida, tem sido criticada com base em diferentes argumentos. Há uma suposição de que se movendo da desconcentração para a privatização ocorre um aumento do espaço de escolha dos administradores (Bossert, 1998). Percebe-se, também, que mecanismos de mercado são incorporados sem qualquer “contaminação de noções políticas” e que essas são relegadas meramente à operação do governo e à competição entre grupos de interesse (Slater, 1989, p.521). Quanto ao discurso, encontram-se argumentos centrados em palavras como “prático”, “tecnicamente adequado”, “racional”, “eficiente”, “objetivo”; ou seja, encontra-se uma prática discursiva de despolitização do tema.

Carrión (2001) propõe uma outra tipologia, a partir de uma visão predominantemente política:

- descentralização: transferência de competências e recursos de um nível central de governo para outro de origem distinta e que tem autonomia (p. ex. um município);
- desconcentração: delegação de competências de uma administração central para certos órgãos dependentes (de um ministério para a direção regional dos mesmos);
- descentramento (do espanhol descentramiento): processo de debilitação do lugar central que ocupa a política e o público e pode operar-se pela via da informalização ou da privatização como um meio que o governo utiliza para aumentar a eficiência abrindo mão da responsabilidade estatal, pública e política.

Carrión (2001) considera que, de acordo com o peso que cada um desses conceitos tenha em cada processo, se define uma concepção particular de descentralização. Assim, pode-se ter maior relevância para um nível de governo (município), para um território específico (região) ou para um setor em particular (p. ex., saúde). Esse autor chama o último caso de descentralização assimétrica, com uma consequência perversa – maior centralização.

No espaço das concepções dominadas pela economia, pode-se encontrar pelo menos três abordagens.

- Teoria da escolha fiscal local: analisa as escolhas feitas pelos governos locais no uso de recursos financeiros (próprios e resultantes de transferências) em sistemas federativos, supondo que tais escolhas são feitas como uma tentativa de satisfazer o eleitor médio e conclui que o nível central tenderia a tomar decisões mais equitativas (Musgrave e Musgrave, 1989).
- Teoria do capital social: focaliza na explicação do melhor desempenho dos governos de algumas localidades, concluindo que a densidade das instituições cívicas cria experiências e expectativas na população local (o capital social), as quais levam as pessoas a estabelecer bases de confiança e a trabalhar coletivamente (Putnan, 1993). Uma dedução possível é que a descentralização deve ser pro-

movida apenas para regiões com essas características, deixando para as demais as decisões centralizadas.

- Teoria da agência: primariamente desenvolvida por economistas para examinar escolhas de gerentes corporativos, tem sido utilizada para analisar transferências intergovernamentais e baseia-se na suposição de que a manipulação correta de variáveis conhecidas pode levar aos resultados desejáveis. Segundo Przeworski (1998, p.45), quando alguns mercados falham e os indivíduos têm acesso a informações diferentes, se estabelecem “entre as classes de atores, relações do tipo agent x principal, regidas por contratos explícitos ou implícitos”. O principal é quem “contrata” agentes para realizar atividades. Essa teoria trata a ação pública como um comportamento explicável em termos de escolha racional e ajustável por meio de relações contratuais, compreende coletividades como agregados dos seus membros individuais, relega ideologias e ideias ao espaço da irracionalidade, desloca a política do centro da arena pública para a sua periferia (Samoff, 1990).

Conforme Bossert (1998) a teoria da agência apresenta limitações para compreender processos de descentralização por focalizar apenas nos interesses do principal e em como este utiliza mecanismos de controle (incentivos positivos, sanções e sistemas de informação para monitoramento) para assegurar que os agentes se comportem do modo por ele desejado. Esse autor quer distinguir a relação agente principal descentralizada da relação agente principal centralizada. Por isso, considera que para abordar a expansão da escolha no nível local – a amplitude da escolha efetiva permitida pelas autoridades centrais (principal) que pode ser utilizada pelas autoridades locais (agentes) – é preciso desenvolver um modo para descrevê-la. Além disso, propõe, com este fim, o conceito de espaço de decisão. “Este espaço define as regras do jogo específicas para os agentes descentralizados. O espaço de decisão real pode ser também definido pela ausência de imposição dessas definições formais, permitindo aos gestores, nos níveis mais baixos, ‘dobrar as regras’. O espaço de decisão pode ser uma área de negociação e fricção entre níveis, com as autoridades locais desafiando o grau do espaço de decisão conferido pelas autoridades centrais.” (Bossert, 1998, p.1514)

De acordo com Samoff (1990), descentralização refere-se a poder, a quem dirige em uma sociedade particular. Quem dirige, no entanto, não é unidimensional – diferentes grupos podem prevalecer em diferentes arenas ou em uma mesma arena em momentos diferentes. “Para compreender as formas e consequências que a descentralização adquire em cada contexto é preciso compreendê-la como uma iniciativa política, como um processo fundamentalmente político e, conseqüentemente, como um espaço para a luta política.” Uma outra decorrência dessa concepção é que se pode diferenciar entre descentralização administrativa e política. A primeira é estruturada para melhorar a eficiência do projeto político dominante; enquanto a segunda aumenta os espaços para o confronto político, pelo aumento da participação legitimada em processos de decisão e

de disputa de interesses. “A descentralização pode não apenas ser centralizadora, mas também despolitizadora.” (Samoff, 1990, p.524)

Guimarães (1999) realiza essa mesma distinção, acrescentando, ainda, a dimensão social. Na dimensão administrativa, prevalece a transferência de competências e de funções entre unidades, entre esferas de governo ou entre órgãos, justificada pela necessidade de buscar maior eficácia na gestão pública. A descentralização administrativa pode, perfeitamente, coexistir com a centralização política (Smith, 1985). Na dimensão política, a descentralização é vista como uma estratégia para redistribuição de poder político, supondo que sua implementação introduz novos conflitos nas relações entre esferas de governo e na distribuição de poder e bens entre diferentes grupos da sociedade. Na dimensão social, a descentralização se traduz pela passagem de parcelas de poder, competências e funções da administração pública para a sociedade civil. Pode ser tratada tanto como uma estratégia de capacitação de grupos sociais para decidirem sobre problemas da gestão pública local, através da estruturação de formas organizacionais para que a vontade coletiva se expresse, quanto uma estratégia de transferência da execução de tarefas, antes consideradas de competência exclusiva do setor público, para setores da sociedade.

Em uma abordagem de caráter eminentemente político pode-se articular o termo descentralização com ideias como democracia, deslocamento de recursos de poder e justiça social (Slater, 1989). Ckagnazaroff (1996), entre outros, entende descentralização como a devolução do poder do centro da organização para a sua periferia, devendo ser utilizada como estratégia de democratização do Estado. Isso implica que as unidades descentralizadas tenham autonomia de recursos e de poder decisório, e que sejam estabelecidos canais de participação do cidadão nos processos decisórios. Esse autor considera a municipalização como um tipo de descentralização, em que os governos locais assumem a gestão de certos serviços essenciais transferidos dos demais níveis de governo.

Alguns autores, no entanto, alertam que descentralização e democratização nem sempre se relacionam de modo positivo. Segundo Smith (1985), existe o risco de aumentar a dominação daqueles que, por razões de riqueza ou *status*, já são relativamente poderosos no nível local. De acordo com Arretche (1997, p.133), comportamentos arraigados na cultura política de uma determinada sociedade podem ser um fator limitador da concretização de comportamentos e princípios democráticos, ou seja, “não é suficiente que se reforme apenas a escala ou âmbito da esfera responsável pela decisão a ser tomada”. Silva e Costa (1995, p.263) também se afastam da visão normativa-legal entendendo que o processo de descentralização não é, em si mesmo, “um mecanismo positivo ou negativo de reordenamento de relações políticas, econômicas, institucionais e espaciais”.

A DESCENTRALIZAÇÃO NO CONTEXTO BRASILEIRO

Andrade (1996) aponta para as razões do consenso em torno da descentralização, durante a primeira parte da década de 1990. Segundo essa autora, esse tema apareceu na agenda política em um momento de crise, configurando-se, desde o início, como a

mudança necessária para a reorganização das bases institucionais de um novo poder. A descentralização era uma reivindicação dos mais diversos setores – respondia às necessidades do governo central de descongestionar suas atividades, diante da crise fiscal e da pressão política gerada pela ineficiência do Estado em atender às demandas sociais; aos anseios democratizantes dos setores progressistas, que viam na exacerbada centralização do poder um impedimento para o processo de redemocratização do país; aos interesses das elites governantes de base local que reivindicavam a ampliação de seus espaços de poder; respondia também aos interesses dos grupos no poder, que em busca de legitimidade política e de ampliação de suas bases eleitorais dependiam das alianças regionais e locais.

Sobre esse mesmo tema, Silva e Costa (1995, p267) afirmam que, especialmente

Quadro 2: Síntese das abordagens sobre descentralização

Forma da descentralização	o que e para quem é transferido		
Delegação	Autoridade e responsabilidade da operação para agências autônomas.		
Desconcentração	Autoridade administrativa e responsabilidade da operação para escritórios locais ou regionais da mesma estrutura administrativa.		
Devolução	Autoridade e responsabilidade para outros níveis de governo.		
Privatização	Responsabilidade da operação para provedores privados.		
Descentramento	Autoridade e responsabilidade da operação para provedores privados		
Tipos de descentralização			
Operacional	Teoria da escolha fiscal - nível central tenderia a tomar decisões mais equitativas	Teoria do capital social - alguns locais têm maior capacidade para um bom desempenho.	Teoria da agência – o nível central manipula variáveis como incentivos para obter o comportamento desejado.
Política	Redistribuição de poder na sociedade, criação de espaços de confronto político em torno de matérias sobre as quais os entes descentralizados podem decidir de modo autônomo.		
Social	Participação da população no processo decisório sobre os diversos tipos de matéria.		
Administrativa	Melhoria da eficiência e da eficácia na gestão pública.	Instrumento de governabilidade.	

na área social, “o perfil da intervenção estatal prevalecente no período autoritário – centralizado, fragmentado organizacionalmente, iníquo e excludente no que tange às camadas mais pobres da população – induziu à crença de que a descentralização levaria, por si só, à maior equidade na distribuição de bens e serviços e à maior eficiência do aparato estatal.”

Souza (2001) analisa porque a decisão de mudar o federalismo pela via da descentralização foi tomado pelos constituintes brasileiros, elencando uma série de razões: a) reação contra o regime autoritário, já que centralização e autoritarismo sempre estiveram associados no Brasil; b) questões contrárias à descentralização, tais como equilíbrio fiscal e controle do déficit público, não constavam na agenda da transição, sendo o seu principal objetivo legitimar a redemocratização; c) a ausência de um consenso sobre um novo formato para o Estado e um novo modelo de desenvolvimento econômico tornou o processo decisório fragmentado, permitindo posturas regionalistas, além de dificultar um acordo sobre o que deveria ser alcançado pelo novo federalismo e pela descentralização; d) havia um contexto de euforia, estimulada por fatores econômicos e políticos, e poucos arriscavam falar de problemas, como os constrangimentos fiscais do governo federal; e) havia um ambiente favorável para os governos subnacionais, abrindo caminho para suposições normativas sobre a descentralização (potencial para promover a eficiência, democracia e accountability).

Apesar dessa reconfiguração política, inúmeros fatores limitativos da descentralização brasileira têm sido descritos. Tinôco (1998) apresenta alguns deles: obstáculos à transferência de poder político pela potencial redução do campo de negociação de práticas eleitoreiras por aqueles que o concentram; relações intergovernamentais marcadas pela falta de integração, bem como pela possibilidade de legislar e executar atividades de modo concorrente; elevada dependência dos municípios em relação às transferências intergovernamentais e baixa captação de recursos próprios; ausência de programas de capacitação de gestores e de desenvolvimento institucional; desativação ou enfraquecimento dos órgãos de articulação estadual; limitados canais institucionais de integração e interlocução entre Estado e sociedade civil; diferenças regionais de capacidade gerencial e institucional.

Blumm e Souza (1999) relatam o processo em que as crises econômico-financeiras recentes provocam decisões impostas aos governos locais, pelo nível central, que interferem na execução das agendas públicas. Apontam também para o elevado grau de disparidade regional como uma importante restrição para o sucesso da descentralização. Nessa mesma direção, Silva e Costa (1995) caracterizam o que denominam de “crise da federação” como sendo a expressão de três dimensões de conflito entre os entes federados:

- Dimensão vertical - por meio de uma ação defensiva, a União procura livrar-se de encargos pela simples extinção de projetos e programas de intervenção, bem como dos respectivos aparatos organizacionais de implementação. Em outros casos, incentiva programas de descentralização, assumindo a postura de tutor do processo, para manter o controle político ou operacional do manejo e do repasse de recursos, colocando empecilhos para viabilizar qualquer ação que signifique diminuir seu poder setorial de influência. No entanto, também ocorrem ações de caráter predatório

da ação das esferas estaduais e municipais de governo na disputa por recursos da União.

- Dimensão horizontal - a “guerra fiscal” é sua face mais evidente. Também pode ser percebida pela ausência de mecanismos mais permanentes de cooperação entre municípios ou estados para a solução de problemas comuns.
- Generalização do conflito - a diminuição da possibilidade da União manejar fundos públicos, como elemento de articulação e soldagem de interesses regionais e locais diferenciados, tem proporcionado a abertura de espaços de disputa sobre outras questões, que passam pelo arranjo das instituições políticas, pela definição da política macroeconômica e suas repercussões regionais, por investimentos em infraestrutura e pelas formas de organização e representação – no interior da máquina estatal – dos interesses economicamente mais fortes.

No projeto de reforma do aparelho de Estado (Brasil, 1995), a descentralização aparece como estratégia básica de modernização da estrutura organizacional e dos métodos de gestão, sendo reconceituada com a introdução de novos referenciais. A descentralização é considerada como um instrumento de governabilidade, devendo responder ao problema da distribuição de recursos e propriedades, tendo em vista a redução do tamanho do setor público. É um instrumento para melhorar a capacidade financeira e funcional do Estado, na perspectiva da eficiência na prestação de serviços para que coincida melhor com as preferências locais e permita internalizar os custos e benefícios no nível local (Haggart, 1995). Nesses termos, o Estado deve ser redesenhado por meio de estruturas mais descentralizadas e potencialmente mais flexíveis, tornando-se permeável à maior participação dos agentes privados e/ou das organizações da sociedade civil. A descentralização ocorreria, principalmente, pela transferência do setor estatal para o setor público não estatal pela criação das organizações sociais. Supõe-se que haveria um aumento da eficiência, transferindo a execução para o setor público não estatal e mantendo o financiamento público (Brasil, 1995). Percebe-se uma alteração no eixo do debate, com o predomínio de uma concepção conservadora (ou neoliberal) de descentralização. Segundo Farah (2001), essas propostas se contrapõem à agenda formulada anteriormente, orientada para a democratização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão apresentada até aqui sobre esses dois temas evidencia a multiplicidade de significados e apropriações possíveis no processo de formação de políticas públicas.

Nos capítulos que compõem este volume, fica evidente quais as opções e algumas das implicações dessas opções, especificamente no que se refere à gestão da Assistência Farmacêutica.

Permanecerá, no entanto, a dúvida sobre a racionalidade das escolhas feitas ou, quem sabe, a adoção não refletida das definições mais disseminadas no seio da tecnocracia das burocracias em questão.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, I. A. L. de. Descentralização e relações intergovernamentais no Nordeste do Brasil. In: **Anais do I Congresso da CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Rio de Janeiro, 1996.
- ARRETCHE, M. O mito da descentralização como indutor de maior democratização e eficiência das políticas públicas. In: GERSCHMAN, S.; VIANNA, M. L. W. (Orgs.) **A miragem da pós-modernidade: democracia e políticas sociais no contexto da globalização**. Rio de Janeiro: Editora da FIOCRUZ, 1997. p.53-64
- BLUMM, M.; SOUZA, C. Autonomia política local em contextos de desigualdades intra e inter-regional. **23º ENANPAD**, Área Administração Pública, 1999.
- BOSSERT, T. Analysing the decentralization in health systems in developing countries.: decision space, innovation and performance. **Social Science and Medicine**, v.47, n.10, p.405-411, 1998.
- CARA, R. B. Território do cotidiano: ponto de partida para reflexão. In: MESQUITA, Z.; BRANDÃO, C. R. **Territórios do cotidiano: uma introdução e novos olhares e experiências**. Porto Alegre-Santa Cruz: UFRGS-UNISC, 1995. p.57-73
- CARRIÓN, F. La descentralización: una perspectiva andina. In: **Anais do VI Congresso da CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Buenos Aires, 2001.
- CASTRO, I. E. de **Geografia e política: territórios, escalas de ação e instituições**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.
- CORRÊA, R. L. **Região e organização espacial**. São Paulo: Ática, 1991.
- CORRÊA, R. L. Região: globalização, pluralidade e persistência conceitual. **Congresso Brasileiro de Geógrafos**, Curitiba: ABG, v.1, p.215-226, 1994.
- COX, K. Comment: redefining territory. **Political Geography Quarterly**, v.10, n.1, p.5-7, 1991.
- CORRAGIO, J. L. **Ciudades sin rumbo: investigaciones urbanas y proyecto popular**. Ecuador: Ciudad/SIAP, 1991.
- CKAGNAZAROFF, I. B. Descentralização e capacitação da gestão local: questões para a mudança democrática. In: **Anais do I Congresso da CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Rio de Janeiro, 1996.
- EGLER, C. A. G. Questão regional e gestão do território no Brasil. In: CASTRO, I. E. de.; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (Orgs.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. p. 217-238
- FARAH, M. F. S. Parcerias, novos arranjos institucionais e políticas públicas no nível local de governo. **Revista de Administração Pública**, v.35, n.º1, p.119-144, 2001.
- GUIMARÃES, M. do C. L. As controvérsias conceituais e o debate sobre descentralização na literatura. **23º ENANPAD**, Área Administração Pública, 1999.
- GOMES, P. C. da C. O conceito de região e sua discussão. In: CASTRO, I. E. de.; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (Orgs.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. p. 49-76
- HAGAARD, S. A reforma do Estado na América Latina. In: LANGONI, C. (Org.). **A nova América Latina**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1996.
- JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: CLAD/UNESCO. **El tránsito de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública: perspectivas, posibilidades y limitaciones**. Venezuela: CLAD, 1998. p.63-123

- LENCIONI, S. **Região e geografia**. São Paulo: Edusp, 1999.
- MESQUITA, Z. Do território à consciência territorial. In: MESQUITA, Z.; BRANDÃO, C. R. **Territórios do cotidiano**: uma introdução e novos olhares e experiências. Porto Alegre-Santa Cruz: UFRGS-UNISC, 1995. p.76-92
- MISOCZKY, M. C. (Re)Encontrando o espaço do território nas estratégias de organização da atenção à saúde. In: MISOCZKY, M. C.; BECH, J. (Orgs.) **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa Ed., 2002a. p.77-88
- MISOCZKY, M. C. **O campo da atenção à saúde após a Constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social**. Porto Alegre: Dacasa Ed., 2002b.
- MUSGRAVE, R.; MUSGRAVE, P.B. **Public finance in theory and practice**. New York: McGraw-Hill, 1989.
- PRZEWORSKI, A. **Sobre o desenho do Estado**: uma perspectiva agent x principal. In: BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (Orgs.) **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1998.
- PUTNAN, R. D. **Making democracy work**: civic traditions in modern Italy. Princeton: Princeton University Press, 1993.
- RAFFESTIN, C. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.
- RONDINELLI, D.; CHEEMA, G. S. Implementing decentralization policies: an introduction. In: CHEEMA, G. S.; RONDINELLI, D. (Eds.) **Decentralization and development**: policy implementation in developing countries. Beverly Hills: Sage, 1983. p.9-34
- RÜCKERT, A.; MISOCZKY, M. C. Território vivido, território em mutação. In: MISOCZKY, M. C.; BECH, J. (Orgs.) **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa Ed., 2002. p.67-76
- SANTOS, M. **Por uma geografia nova**: da crítica da geografia a uma geografia crítica. São Paulo: Edusp, 2002.
- SAMOFF, J. Decentralization: the politics of interventionism. **Development and Change**, v.21, p.513-530, 1990.
- SILVA, P. L. B.; COSTA, V. L. C. Descentralização e crise da Federação. In: AFFONSO, R. de B. Á.; SILVA, P. L. B. (Orgs.) **A federação em perspectiva**: ensaios selecionados. São Paulo: FUNDAP, 1995. p.161-284
- SLATER, D. Territorial power and the peripheral state: the issue of decentralization. **Development and Change**, v.20, p.501-531, 1989.
- SMITH, B. C. **Decentralization**: the territorial dimension of the state. London: Allen & Unwin, 1985.
- SOUZA, C. Por que descentralizar? **Dados**, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52582001000300003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21/01/2001
- SOUZA, M. J. L. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E. de.; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (Orgs.). **Geografia**: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. p. 77-116
- TINÓCO, D. S. A descentralização administrativa brasileira: as dificuldades municipais de um processo inconcluso. In: **Anais do III Congresso da CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Madri, 1998.



**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM BELÉM - PA**

Cristina Maria Maués da Costa
Ronaldo Bordin

INTRODUÇÃO

As ações de assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica, fazem parte do campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a Lei 8.080/90 (BRASIL, 1990). Para tal, a Política Nacional de Medicamentos foi estabelecida para garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

Assistência Farmacêutica, conceitualmente, é constituída por uma série de etapas denominadas de ciclo da Assistência Farmacêutica, como a produção, seleção, programação, aquisição, o armazenamento, a distribuição, prescrição e dispensação dos medicamentos. Participam desse ciclo multiprofissional, farmacêuticos, médicos, enfermeiros e outros, objetivando a proteção ou a recuperação da saúde individual e coletiva. A fim de assegurar a oferta de medicamentos, em quaisquer níveis de atenção à saúde, mediante critérios de necessidade, quantidade, qualidade, risco/benefício, custo/benefício e acessibilidade do usuário (DUPIM, 1999).

A reorientação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde fez-se necessária pela necessidade de promover a ampliação da resolutividade das ações de saúde, em especial no Programa Saúde da Família (PSF) segundo o Relatório de Gestão da Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (2002).

O Pacto pela Saúde 2006¹ adotou como uma das prioridades a Atenção Básica à Saúde e como um dos objetivos a consolidação e qualificação da estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS.

Como o Programa Saúde da Família (PSF) foi considerado uma estratégia para implantação de um novo modelo, foi responsável por nortear as mudanças progressivas nos serviços de saúde, principalmente nos de baixa complexidade. Passando de um modelo assistencial centrado na doença e no atendimento da demanda para um modelo de atenção integral à saúde, com priorização de ações de promoção e recuperação da saúde e prevenção da doença (SOUZA, 2000: p.7-16).

¹ PORTARIA n.º 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006. O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Ou seja, é uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados.

O PSF deveria estar organizado para prestar o atendimento integral à saúde da população, mas a experiência de 10 anos de implantação do PSF tem demonstrado fragilidades quanto ao acesso e uso racional de medicamentos, entre as quais estão o uso inadequado de medicamentos (falta ou inadequação de insumos, estrutura física e organizacional deficiente). Além disso, a dificuldade em conceber o medicamento como um insumo estratégico para a melhoria das condições de saúde da população (BRASIL, 2001: p.19).

Como a questão dos medicamentos no PSF foi considerada como “um dos nós críticos do sistema de saúde, tanto do ponto de vista do seu abastecimento e qualidade, quanto de seu uso racional” (CFF, 2003: p.7-8), este estudo objetivou investigar a Assistência Farmacêutica no PSF, especificamente no Município de Belém (Pará), por ser no momento da realização do estudo:

- um dos municípios brasileiros a “assegurar a presença do farmacêutico em tempo integral nas farmácias e drogarias” (PMB, 2003).
- um dos cinco municípios brasileiros componentes da Câmara Técnica do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).
- um dos poucos municípios do país a capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no uso correto de medicamentos e no uso de plantas medicinais na comunidade.
- responsável pela implantação de uma versão diferente do PSF preconizado pelo MS, o Programa Família Saudável (PFS), envolvendo algumas mudanças de concepção e operacionalização na rede de serviços.

Assim, este estudo tem o intuito de realizar o diagnóstico da Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família do Município de Belém-PA. Descrever as diferentes percepções dos profissionais e gestores sobre a Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família em Belém; identificar as dificuldades enfrentadas no ciclo da Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família em Belém; e identificar as estratégias utilizadas para garantir o acesso e o uso correto dos medicamentos no Programa Saúde da Família em Belém.

As discussões no campo do PSF direcionaram o foco do estudo para a estrutura e o processo de trabalho das Equipes de PSF quanto às atividades relacionadas ao ciclo da Assistência Farmacêutica. Foram realizados estudos exploratório, descritivo, com pesquisa de campo, e documental, (TOBAR, 2001), expondo características da Assistência Farmacêutica no PSF do Município de Belém, descrevendo suas especificidades, estabelecendo relações entre a valorização incipiente dada às ações de Assistência Farmacêutica pelos gestores no PSF, o modelo de organização operacional e a concepção do PSF com a falta e/ou inadequação de medicamentos nesse campo.

A coleta dos dados foi realizada no período de 2002 a 2003, na Secretaria Municipal de Saúde, a partir de pesquisa documental, cópias das prescrições de médicos e enfermeiros, relatórios entregues à Coordenação do PSF, projetos de capacitação, entrevistas semiestruturadas e aplicação de questionários aos profissionais envolvidos com o PSF, seja

na função gerencial, seja na função executora de ações que envolvem o ciclo da Assistência Farmacêutica.

Os locais estudados foram as Unidades do Programa Saúde da Família (Casas-família) e a direção da Secretaria de Saúde e Meio Ambiente (SESMA) do município, com diversos níveis de gestão. No momento da coleta dos dados, existiam 63 (sessenta e três) equipes do PSF cadastradas no Sistema de Atenção Ambulatorial - SIAB (2002), com um percentual de cobertura de 21% da população e 57.185 famílias cadastradas (cerca de 270.682 pessoas), distribuídas por sete, dos oito Distritos Administrativos do município.

Foram empregadas como fonte de informação:

- Documentos: relatórios e manuais da Secretaria Municipal de Saúde e do Ministério da Saúde, publicações em revistas de Conselhos de Classe, resumos de apresentações do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva e documentos oficiais sobre o Programa Saúde da Família, prescrições de médicos e enfermeiros do PSF.
- Profissionais das Equipes do Programa Saúde da Família (assistentes administrativos, médicos e enfermeiros).
- Farmacêuticos, coordenadores ou executores da Política de Medicamento local.
- Gestor da Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente (SESMA) no período da criação do Programa Saúde da Família em Belém.

No município, havia equipes do PSF tanto em Unidades Municipais de Saúde (UMS), onde coexistiam os dois modelos de atenção, como em unidades separadas, exclusivamente do PSF – as Casas-família. O critério para a seleção das Unidades para estudo foi o de abrigarem exclusivamente equipes do PSF, no total de 20 (vinte) Casas-família, distribuídas em 7 Distritos Administrativos do Município: DAICO, DAOUT, DABEN, DAMOS, DASAC, DAGUA e DAENT. A pesquisa foi realizada em 10 (dez) Casas-família.

O diagnóstico da Assistência Farmacêutica no PSF foi realizado segundo quatro técnicas de coleta de dados, complementares entre si, quais sejam:

1. Elaboração do roteiro e posterior realização de seis entrevistas semiestruturadas com profissionais da SESMA ligados direta ou indiretamente ao PSF, mas envolvidos com a implantação da Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica do Município. Os entrevistados serão identificados ao longo do texto como E1... E6.
2. Elaboração, validação pela equipe de especialistas formada por seis farmacêuticos das UMS, e aplicação do questionário para os profissionais do PSF. O questionário continha questões abertas e fechadas sobre a descrição das etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica desenvolvidas nas Casas-família:

Foram entregues 51 questionários a três categorias profissionais: médico, enfermeiro e assistente administrativo, dos quais 26 foram devolvidos, de 10 Casas-família, com amostra de cinco Distritos Administrativos (DAICO, DAOUT, DABEN, DAMOS e DASAC).

3. Elaboração e seleção dos aplicadores do instrumento e preenchimento do formulário de avaliação das prescrições no PSF, recolhidas em visitas às Unidades do PSF, no total de duas mil prescrições para serem avaliadas posteriormente.
4. Pesquisas documentais na SESMA e no Ministério da Saúde, relativos às questões dos medicamentos no PSF e análise de 2.000 prescrições colhidas das Casas-família.

A análise foi operacionalizada de acordo com os passos propostos por MINAYO (1996, p.234-235):

- 1º. Ordenação dos dados, das entrevistas, dos questionários, dos formulários e dos documentos institucionais referentes à Assistência Farmacêutica no PSF; transcrição das fitas cassete; releitura do material; organização dos relatos em concepção do PSF e de Assistência Farmacêutica desenvolvida no município, a questão dos medicamentos no PSF, problemas e perspectivas de solução das dificuldades vivenciadas sobre os medicamentos.
- 2º. Classificação dos dados via leitura flutuante dos textos: pontuando as ideias centrais apresentadas sobre o tema em estudo; e constituição de vários “corpus” das informações: entrevistas com os gestores de saúde e com profissionais responsáveis pelos medicamentos nas UMS (usando complementarmente o Instrumento de Análise de Discurso); relato dos profissionais que trabalham nas Unidades do Programa Saúde da Família sobre as condições de trabalho e o desenvolvimento das atividades ligadas aos medicamentos no PSF; o relato documental de experiências consideradas inovadoras quanto aos medicamentos como o programa de fitoterapia e capacitação dos ACS na promoção do uso correto de plantas medicinais e de medicamentos.

Após leitura exaustiva das entrevistas semiestruturadas dos farmacêuticos, foi feita a tabulação dos depoimentos verbais, convertendo as Ideias Centrais e expressões-chave obtidas de algumas respostas das questões abertas em uma mesma fala, como se fosse de apenas um sujeito, o chamado Discurso dos Sujeitos Coletivos - DSCs (LEFÈVRE, 2002).

A análise das dificuldades relatadas pelos pesquisados foi realizada pela técnica do Diagrama de causa e efeito ou “espinha de Peixe” ou “diagrama de Ishikawa”, a fim de identificar e ressaltar as possíveis causas de um determinado problema (TAJRA, 2003).

REFERENCIAL TEÓRICO

Os referenciais teóricos apresentados foram divididos em Assistência Farmacêutica, Programa Saúde da Família e contextualização do município estudado.

A Assistência Farmacêutica

Um dos slogans da Organização Mundial de Saúde (OMS) é “salvemos vidas respeitando o direito de receber medicamentos”. A estratégia da OMS para os países membros, no

período de 2004-2007, é o de melhorar o acesso aos medicamentos essenciais, fortalecer as Políticas Nacionais de Medicamentos, promover a qualidade, segurança e uso racional dos medicamentos OMS (2004): “a estratégia farmacêutica da OMS é essencial para alcançar os resultados sanitários e fortalecimento do sistema de saúde”.

Medicamentos essenciais são os que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde de uma determinada população, devendo estar disponíveis nos sistemas de saúde a todo o momento, em quantidades suficientes, nas formas farmacêuticas apropriadas, sendo asseguradas a qualidade e informação adequada quanto ao seu uso. Os medicamentos essenciais são uma das principais ferramentas para melhorar e manter o nível de saúde da população (OMS, 2002, p.1).

A OMS, preocupada com os inúmeros problemas de saúde causados pelo uso incorreto ou mesmo a falta de medicamentos nos serviços de saúde, convocou a Conferência sobre o Uso Racional dos Medicamentos (NAIROBI, 1985), que elegeu como prioridade melhorar as práticas de uso dos medicamentos. O uso racional de medicamentos requer que “pacientes recebam a medicação apropriada para sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado, e ao menor custo possível para eles e sua comunidade” (OMS apud Sobravime, 2001, p.50).

Nos últimos 20 anos, dobrou o número de pessoas que tem acesso aos medicamentos essenciais, mas cerca de um terço da população mundial ainda não o tem. Para minimizar essa situação mundial, principalmente nos países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, foram propostas pela OMS (2000) quatro estratégias:

- Política Nacional de Medicamentos: representa um marco referencial de atuação para os produtos farmacêuticos dentro de uma política nacional de saúde, reunindo todas as partes interessadas para determinar o compromisso político, o financiamento e os recursos humanos necessários para melhorar o setor farmacêutico.
- Acesso aos medicamentos essenciais: prioridade fundamental para a OMS, devendo obedecer quatro princípios: a) seleção racional com base em uma lista nacional de medicamentos essenciais e de protocolos de tratamento, b) preços aceitáveis para os governos, os agentes provedores de serviço de saúde e os consumidores, c) mecanismos de financiamento equitativos das diversas esferas de governo, d) combinação/complementaridade de sistemas de serviços públicos e privados confiáveis.
- Garantia de qualidade e segurança dos medicamentos: grande esforço tem sido realizado para melhorar a legislação reguladora ao nível nacional e internacional, como as normas, regras e diretrizes para os medicamentos, legislação sanitária com sistemas de controle da garantia e qualidade na fabricação de medicamentos e do controle e uso dos medicamentos psicotrópicos e narcóticos.
- Uso racional de medicamentos: para melhorar o uso de medicamentos por parte dos responsáveis pela prescrição, farmacêuticos, outros profissionais da saúde e comunidade, em geral, no setor público e privado.

O Brasil adota a Política Nacional de Medicamentos pela Portaria n.º 3.916/GM, em 30 de outubro de 1998 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

Como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constituindo um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população. Citando a Lei 080/90, que em seu artigo 6º, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde – SUS – a ‘formulação da política de medicamentos’ (...) de interesse para a saúde (...) O seu propósito precípuo é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a).

Orientadas pelos princípios da OMS, a Política Nacional de Medicamentos adota oito diretrizes:

Para assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, atuando em estreita parceria, deverão concentrar esforços no sentido de que o conjunto das ações direcionadas para o alcance deste propósito estejam balizadas pelas diretrizes a seguir (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001a,p.12).

– Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais:

Integram o elenco dos medicamentos essenciais aqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender à maioria dos problemas de saúde da população. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e compõem uma relação nacional de referência que servirá de base para o direcionamento da produção farmacêutica e para o desenvolvimento científico e tecnológico, bem como para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal, que deverão ser estabelecidas com o apoio do gestor federal e segundo a situação epidemiológica respectiva (Idem, 2001a,p12)

– Regulamentação Sanitária de Medicamentos:

As questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como as restrições e eliminações de produtos que venham a revelar-se inadequados ao uso, na conformidade das informações decorrentes da farmacovigilância. (Idem, 2001a,p13)

– Promoção do Uso Racional de Medicamentos:

Atenção especial será concedida à informação relativa às repercussões sociais e econômicas do receituário médico, principalmente no nível ambulatorial, no tratamento de doenças prevalentes (...) ênfase ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados (...) todas essas questões serão objeto de atividades dirigidas aos profissionais prescritores dos produtos e aos dispensadores. (...) Promover-se-á a adequação dos currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde. (...) a adoção de medicamentos genéricos, envolvendo a produção, a comercialização, a prescrição e o uso, mediante ação intersetorial, (...) a farmácia deve ser considerada estabelecimento comercial diferenciado, bem como dispor da obrigatória presença do profissional responsável 'o farmacêutico'(Idem, 2001a,p16)

– Desenvolvimento Científico e Tecnológico:

A revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promovida a dinamização de pesquisas na área, (...) o apoio a pesquisas que visem ao aproveitamento do potencial terapêutico da flora e fauna nacionais, enfatizando-se a certificação de suas propriedades medicamentosas. (...) apoio ao desenvolvimento de tecnologia de produção de fármacos, em especial os constantes da RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS - RENAME, e de estímulo à sua produção nacional, de forma a assegurar o fornecimento regular ao mercado interno e a consolidação e expansão do parque produtivo instalado no País. (Idem, 2001 a,p17)

– Promoção da Produção de Medicamentos:

Efetiva articulação das atividades de produção de medicamentos da RENAME, a cargo dos diferentes segmentos industriais (oficial, privado nacional e transnacional). A capacidade instalada dos laboratórios oficiais – que configura um verdadeiro patrimônio nacional – deverá ser utilizada, preferencialmente, para atender às necessidades de medicamentos essenciais, especialmente os destinados à atenção básica, e estimulada para que supra as demandas oriundas das esferas estadual e municipal do SUS. (Idem, 2001a,p18)

– Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos:

Cumprimento da regulamentação sanitária, destacando-se as atividades de inspeção e fiscalização, com as quais é feita a verificação regular e sistemática. (Idem, 2001a,p19)

– Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos:

O contínuo desenvolvimento e capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programas e atividades que operacionalizarão a Política Nacional de Medicamentos deverão configurar mecanismos privilegiados de articulação intersetorial de modo que o setor saúde possa dispor de recursos humanos em qualidade e quantidade (...) a formação e a educação continuada contemplarão uma ação intersetorial articulada. A Lei define como mecanismo fundamental a criação de uma comissão permanente de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, com a finalidade de “propor prioridades, métodos e estratégias(Idem, 2001a,p20)

– Reorientação da Assistência Farmacêutica:

O modelo de Assistência Farmacêutica será reorientado de modo que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais (...) A Assistência Farmacêutica no SUS, englobará as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização – nesta compreendida a prescrição e a dispensação, o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos. (Idem, 2001a,p14-16)

O histórico da Assistência Farmacêutica na década de 1980 foi representado no Brasil pela Central de Medicamentos (CEME), tendo como principal papel a aquisição e distribuição de medicamentos para a rede de serviços ambulatoriais do país pelos recursos financeiros do antigo INAMPS. Em 1990, com a Lei n.º 8080, o SUS foi instituído e, com ele, os princípios de descentralização da gestão e de municipalização da atenção básica configuram um cenário no qual não era mais possível a centralização da aquisição e distribuição de medicamentos pela esfera federal. Somando-se ainda o grande número de

perdas em estocagem nos níveis central, estadual e regional de alguns itens e a falta de outros medicamentos, pois existia um padrão de suprimentos para todo o país, em que as características regionais e as particularidades do perfil epidemiológico não eram usadas como critério, pondo fim em 1997 a CEME (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 9-10).

Este histórico da Assistência Farmacêutica no Brasil demonstra que ainda há grande carência nessa área, em especial no que se refere ao acesso e à organização de serviços farmacêuticos qualificados. (Idem, 2002, p. 11)

Considerando a Resolução n.º 338, do Conselho Nacional de Saúde, de 6 de maio de 2004, a qual aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e estabeleceu como uma das ações as referentes à atenção farmacêutica, como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida pelo farmacêutico em interação direta com o usuário, visando melhorar a qualidade de vida do indivíduo pelo acompanhamento da farmacoterapia.

Além disso, a reorientação do modelo de Assistência Farmacêutica proposta pela Política Nacional de Medicamentos está fundamentada na:

- descentralização da gestão;
- promoção do acesso e do uso racional dos medicamentos;
- otimização e na eficácia das atividades envolvidas na Assistência Farmacêutica (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, controle de qualidade e utilização de medicamentos).

FINANCIAMENTO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA

O financiamento da Assistência Farmacêutica desde 1999, com a publicação da Portaria GM n.º 176, estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, com recursos provenientes das três esferas de gestão do SUS destinados à aquisição de medicamentos essenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001c).

O município tem a responsabilidade de assegurar o suprimento dos medicamentos destinados à atenção básica de saúde a sua população, integrando sua programação à do estado, visando ao abastecimento de forma permanente e oportuna.

Em 5 de julho de 2005, foi publicada a Portaria GM n.º 1105, que estabeleceu novos valores, mecanismos e responsabilidades para o financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, a qual foi substituída pela Portaria n.º 2.084 de 26 de outubro de 2005, com os novos valores da pactuação em vigor: R\$ 1,65 por habitante/ano do governo federal e R\$ 1,00 por habitante/ano, como mínimo, pelos governos estadual e municipal, cada.

No cálculo dos recursos que compõem o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, deverá ser considerada a população dos municípios conforme a Resolução n.º 2 da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 21 de julho de 2003.

Essa portaria levou em consideração:

- O desenvolvimento das ações básicas de saúde nos municípios deve ser considerado essencial para garantir o acesso e a qualidade dos serviços de saúde.
- A necessidade de aumentar o valor do repasse ao incentivo da Assistência Farmacêutica básica a fim de estimular mudanças na sua organização no país.
- A necessidade de evitar sobreposições de responsabilidades, a duplicação de elencos de medicamentos, bem como contribuir para o entendimento da Assistência Farmacêutica não apenas como fornecimento de medicamentos, mas também um conjunto de ações inseridas no contexto mais amplo da atenção à saúde, dentre outras.

Os municípios e estados deverão assinar um Termo de Adesão ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica e elaborar um Plano de Assistência Farmacêutica Básica, discutido e aprovado pelos respectivos Conselhos de Saúde. Esse Plano deve conter os princípios do pacto estabelecido entre o estado e seus municípios quanto aos valores financeiros, forma de repasse, relação de medicamentos selecionados, compromissos e responsabilidades de cada nível de gestão.

Em 2000, com a regulamentação do Incentivo à Assistência Farmacêutica, tornou-se indispensável um instrumento para o acompanhamento da execução dos recursos destinados a esse incentivo – o Sistema de Acompanhamento à Assistência Farmacêutica Básica (SIFAB), um software em que é feita mensalmente a prestação de contas dos recursos alocados para a aquisição de medicamentos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001 d).

O repasse federal dos recursos da Assistência Farmacêutica Básica será automaticamente suspenso quando for constatada irregularidade na utilização de recursos do incentivo; atraso de mais de 45 (quarenta e cinco) dias na prestação de contas ou o descumprimento da Portaria GM N.º 176/99. (Idem, 2001 d, p. 14)

Com o Pacto pela Vida, o Sistema Único de Saúde, passa a ter cinco blocos de financiamento: Atenção básica, Atenção de média e alta complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica e Gestão do SUS.

Bloco de financiamento para a Assistência Farmacêutica: A Assistência Farmacêutica será financiada pelos três gestores do SUS devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de Assistência Farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde. (...) se organiza em três componentes: Básico, Estratégico

e Medicamentos de Dispensação Excepcional. (...) O Componente Básico é composto de uma Parte Fixa e de uma Parte Variável, sendo: Parte Fixa: valor com base per capita para ações de Assistência Farmacêutica para a Atenção Básica, (...) conforme pactuação nas CIB e com contrapartida financeira dos estados e dos municípios. Parte Variável: valor com base per capita para ações de Assistência Farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, exceto insulina; Asma e Rinite; Saúde Mental; Saúde da Mulher; Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo. A parte variável do Componente Básico será transferida ao município ou estado, conforme pactuação na CIB, à medida que este implementa e organiza os serviços previstos pelos Programas específicos².

O estudo realizado pela Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica do MS, no período de 2000 a 2002, elegeu os problemas que mais contribuíram para a desorganização da Assistência Farmacêutica, dificultando o acesso e favorecendo o uso incorreto do medicamento, a seguir:

- Ausência da área de Assistência Farmacêutica no organograma de grande parte das secretarias municipais e algumas secretarias estaduais.
- Grande fragmentação das atividades do ciclo de Assistência Farmacêutica, além de sérias dificuldades na operacionalização de várias etapas.
- Dificuldades técnicas, administrativas e operacionais no gerenciamento dos recursos financeiros.
- Dificuldades de interlocução entre as esferas gestoras, fragilidades nas pactuações e os entraves políticos e burocráticos.
- Descompasso entre as áreas técnicas e as decisões políticas.
- Recursos humanos insuficientes e pouco preparados ao desempenho das atividades.
- Superposição de serviços e atividades.
- Sistema de informação deficientes e por vezes inexistentes.
- Carência de material técnico institucional.
- Falta de planejamento, acompanhamento e avaliação, de modo geral.

Muitos dos problemas relatados anteriormente podem ter sido reconhecidos pelos leitores deste trabalho, como pesquisadores, profissionais ou gestores da área de saúde. A seguir, algumas ações realizadas no período de 2000-2002 pelo nível federal para reestruturar o ciclo da Assistência Farmacêutica no país, descritas no Relatório de Gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002):

- Ampliar o acesso da população aos medicamentos essenciais por meio da revisão da RENAME-2002 e da elaboração do Elenco Mínimo Obrigatório para a pactuação na Atenção Básica – portaria SPS n.º 16/00.

² PORTARIA n.º 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006.

- Otimizar a programação de medicamentos, viabilizando recursos financeiros nos Programas da Assistência Farmacêutica Básica e do Programas Estratégicos (tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão, hemoderivados, AIDS, controle de endemias e Saúde Mental), como o *software* para a programação dos medicamentos tuberculostáticos e hansenostáticos.
- Capacitar Recursos Humanos na promoção do uso racional de medicamentos por meio de projetos-piloto de cursos para Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na promoção do uso racional de medicamentos, cursos para formação de multiplicadores na promoção da prescrição racional de medicamentos, cursos de pós-graduação em Gestão da Assistência Farmacêutica.
- Inclusão de medicamentos fitoterápicos na Assistência Básica por meio de um diagnóstico situacional de programas estaduais e municipais de fitoterapia, criação de banco de dados sobre o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da CEME.
- Ampliar o grau de resolutividade das ações de saúde por meio da inserção da Assistência Farmacêutica Básica no Programa Saúde da Família (PSF), com a criação do incentivo ao PSF, Portaria n.º 343, de 21 de março de 2001, criando o “KIT FARMÁCIA POPULAR” ou “KIT PSF” como ficou conhecido, com 32 itens inicialmente de medicamentos, como analgésicos, antibióticos, antiasmáticos, para tratar úlceras gástricas, dermatites, antianêmicos, anti-hipertensivos, antiparasitários, antidiabéticos, antieméticos; distribuídos trimestralmente aos municípios com equipes do Programa Saúde da Família implantadas e em funcionamento que tivessem recebido os recursos financeiros referentes ao mês anterior.
- A realização da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, em setembro de 2003, marco histórico do ponto de vista da reunião de diversos segmentos da sociedade para discutir e propor caminhos para a garantia do acesso a medicamentos de qualidade e promoção do seu uso racional no país.

Dentre as propostas aprovadas nessa Conferência, destaca-se:

- a) A retomada pelos municípios do poder de gerenciamento dos medicamentos necessários ao perfil epidemiológico regional, levando em consideração etnia, orientação sexual, gênero, com a permanência dos medicamentos estratégicos e excepcionais sob a competência do Ministério da Saúde.
- b) A implantação de uma política única de Assistência Farmacêutica, ampliando os recursos atuais com o repasse fundo a fundo e prestação de contas únicas dos recursos usados pelos municípios, com fiscalização dos conselhos e planejamento participativo das três esferas de governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE – 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, 2003).

A Organização da Assistência Farmacêutica por meio da inclusão na NOAS³, promovendo a sua regionalização e estabelecendo um sistema de referência e contrarreferência de acordo com os níveis de complexidade e em locais-polo também foi uma das propostas

aprovadas na I^a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Alguns autores (MARIN, 2003, p.18) acreditam que a NOAS-SUS 01/2001 refere-se à Assistência Farmacêutica apenas como suprimento de medicamentos enquanto que a Lei 8080 e a NOB-SUS/96 preconizavam uma atenção integral da Assistência Farmacêutica.

Uma das questões também apresentadas refere-se a “Integrar à assistência e atenção farmacêutica ao PSF, em especial no acompanhamento de idosos e pacientes que fazem uso contínuo de medicamentos”. Recomenda-se incluir esses procedimentos nas codificações do SUS, específicas de atos não-médicos no nível superior. (MINISTÉRIO DA SAÚDE – I^a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, 2003).

O conceito de Atenção Farmacêutica no parágrafo anterior reporta-se ao Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica (IVAMA, 2002, p.16):

É um 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 integração 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 sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde.

Os componentes da atenção farmacêutica, segundo esse consenso, seriam:

1. Educação em saúde (incluindo promoção do uso racional de medicamentos).
2. Orientação farmacêutica.
3. Dispensação de medicamentos.
4. Entrevista farmacêutica.
5. Acompanhamento/segmento farmacêutico.
6. Registro sistemático das atividades, mensuração e avaliação dos resultados.

Experiências de atenção farmacêutica no PSF foram relatadas em Ponta Grossa – PR (SANTI, 2003a e SANTI, 2003b), onde a falta de orientação e/ou acompanhamento dos pacientes com diabetes e hipertensão arterial evidenciaram a necessidade da implantação da atenção farmacêutica, tendo como objetivo a busca ativa de pacientes novos ou já diagnosticados e sem tratamento. Os pacientes tiveram esclarecimentos sobre as patologias e mudanças de hábitos de vida.

³ NOAS-SUS 01/2001: “Dentre as ações cuja oferta deve estar localizada o mais perto possível da residência dos cidadãos, estão as ações de suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica”

O acompanhamento terapêutico dos pacientes era realizado pelas consultas farmacêuticas e pelo trabalho educativo para aumentar a adesão terapêutica e estimular as mudanças de hábitos.

O foco principal da atenção farmacêutica desenvolvida é a melhoria da qualidade de vida dos pacientes. Seis farmacêuticos atuam diretamente nas 15 equipes do PSF, acompanhando 2.345 pacientes diabéticos e 4.333 portadores de hipertensão arterial. Cabe ressaltar que os protocolos de atenção farmacêutica foram elaborados pela equipe multidisciplinar do PSF (médicos, farmacêuticos, enfermeiros), estabelecendo critérios de acompanhamento e as responsabilidades de cada profissional da equipe no acompanhamento dos pacientes. No primeiro ano de trabalho, 66% dos pacientes tiveram melhora nos níveis glicêmicos, levando a equipe e os gestores de saúde à satisfação tanto com a melhora da qualidade de vida dos pacientes quanto à redução de custos gerados com o farmacêutico na equipe do PSF. São atendidos pelos farmacêuticos em média 300 pacientes hipertensos e/ou diabéticos (SANTI, 2003b, p.50-51).

Também foi relatado por SANTI (2003b) que ocorreu uma diminuição do número de internamentos de pacientes diabéticos no período de acompanhamento farmacoterapêutico pelos farmacêuticos do PSF, inclusive com queda das internações por complicações.

Outras experiências têm sido relatadas quanto à presença dos farmacêuticos no PSF, como a inserção desses profissionais na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, descrita por PACHECO (2003), como uma possibilidade de “um campo de prática e experimentação quanto à atuação desse profissional na atenção básica e na estratégia do PSF, alinhando a esta os princípios da Política Nacional de Medicamentos quanto à reorganização da Assistência Farmacêutica”, e em SARTOR (2003b):

O farmacêutico desenvolve atividades específicas no âmbito da Assistência Farmacêutica com foco na gestão e atenção farmacêutica. Nas atividades compartilhadas por todo o farmacêutico contribui com olhar técnico específico e exercita habilidade de trabalhar sob a ótica da produção social da saúde. Dentre estas se têm: planejamento de saúde local, educação em saúde (controle social, trabalhos nas escolas e grupos e contribuição na formação de Recursos Humanos em saúde), atenção domiciliar, acolhimento, visitas a pacientes hospitalizados e momentos de integração. As atividades do farmacêutico estão em crescente desenvolvimento principalmente na atenção farmacêutica e o usuário não mais o confunde com outro profissional, (...) O farmacêutico contribui no trabalho multiprofissional baseado na construção do saber interdisciplinar e intersetorial através da intervenção na promoção à saúde, prevenção das doenças/acidentes e de atenção curativa, em nível individual, familiar e coletivo.

Outros autores, ao falarem sobre a Assistência Farmacêutica no PSF, referem à ausência ou importância do farmacêutico na equipe do PSF, como (TAKI, 2004):

A questão é: por que o farmacêutico, até hoje, não foi inserido neste programa, se há a dispensação de medicamentos, e esta é uma atribuição privativa do profissional farmacêutico? (...) O papel do farmacêutico é muito mais que a simples dispensação do medicamento, mas principalmente a orientação, a informação, o acompanhamento ao paciente, que passa a ser o foco central deste profissional.

O presidente do Conselho Federal de Farmácia defende a inclusão do farmacêutico no PSF como forma de não comprometer os recursos do SUS, referido abaixo:

Os programas, aparentemente brilhantes, escondem um equívoco grosseiro: a ausência do farmacêutico. Com este profissional, os benefícios sanitários seriam maiores e os custos do SUS com o medicamento cairiam em cerca de 50%. Se participassem desses programas, a primeira providência do farmacêutico, ao iniciar o seu trabalho em um Município, seria o de levantar o perfil epidemiológico do lugar, ou seja, conhecer o conjunto das enfermidades mais prevalentes dali, com vistas a padronizar os medicamentos indicados para o combate das mesmas. (...) o armazenamento, por desconhecimento dos leigos que estão à frente das farmácias municipais, hospitalares ou não, armazenam o medicamento em lugares impróprios. Porões e outros cômodos mal-iluminados, com temperatura e umidade inadequados, são uma preferência dos leigos, que acham que o espaço que sobra, no hospital ou em outro prédio qualquer da prefeitura, deve ser o armazém. Nessas condições, o desperdício é inevitável, quanto inevitável é o comprometimento da qualidade do fármaco e a dificuldade de tratamento. Outra etapa importantíssima a cargo do farmacêutico é a da dispensação do medicamento. Trata-se de um ato exclusivo – e intransferível do farmacêutico e vem cercado de inúmeros cuidados, todos eles amparados no seu conhecimento científico. Aliás, o farmacêutico é dotado de saberes de farmacologia, farmacocinética, fisiologia, fisiopatologia etc., que o fazem uma autoridade em paciente e sua relação com o medicamento. A negação da atenção primária com a participação do farmacêutico significa reincidência da doença, internação hospitalar, risco para o paciente, gastos com mais medicamentos e prejuízos para o SUS (SANTOS, 2001, p.3).

A INSERÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E DO FARMACÊUTICO NO PSF

Como prioridade do Pacto pela Vida, a Estratégia Saúde da Família deverá ter a organização dos serviços farmacêuticos ligados direta ou indiretamente às suas equipes reformulada para ampliação do grau de resolutividade do sistema.

De um modo geral, na Assistência Farmacêutica, existem dificuldades quanto ao acesso e à organização de serviços farmacêuticos qualificados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.11). No PSF, em que não existe o profissional farmacêutico na equipe mínima de profissionais, observa-se na grande maioria das Unidades, o relato de dificuldades na operacionalização de várias das etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica.

A oficina de trabalho “Inserção das Ações de Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família”, em setembro de 2000, pontuou a importância da estratégia da saúde da família no cenário nacional como política de redefinição do modelo de atenção à saúde vigente no Brasil. Pontuou, também, uma preocupação – “em meio a tantas mudanças, as ações de Assistência Farmacêutica têm sido pouco valorizadas pelos gestores” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

A reconstrução da cultura de uso de medicamentos nos serviços de saúde deveria estar sendo priorizada nas equipes do PSF, pois o medicamento teria um papel importante nas atividades terapêuticas desenvolvidas pelas equipes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Diretrizes Fundamentais para a inserção da Assistência Farmacêutica no PSF:

- Agentes Comunitários de Saúde (ACS) aptos a promover o uso correto de medicamentos.
- Equipe do PSF e os demais profissionais de saúde sensibilizados e capacitados para as atividades da Assistência Farmacêutica.
- Farmacêutico preparado para interagir com as equipes do PSF, demais profissionais e comunidade a fim de promover o uso racional de medicamentos.
- Polos Estaduais de Capacitação em Saúde da Família promovendo ações de capacitação e educação continuada voltadas à inserção da Assistência Farmacêutica no PSF.
- Níveis federal, estadual e municipal articulados para financiar e desenvolver experiências e ações de implementação da Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica no PSF.

A partir dessa oficina, foram adotadas estratégias de capacitação de profissionais para promover o uso racional de medicamentos pela capacitação de prescritores e agentes comunitários de saúde por todo o país, mesmo sob protesto de Conselhos de Classe, que acreditavam que ao capacitar ACS não se resolveria o problema do uso racional:

É preocupante a criação do curso de capacitação dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso racional dos medicamentos, entre outros fazeres no campo farmacêutico (...) o Conselho Federal

de Farmácia concorda com organismos de saúde, quando afirmam que o uso racional deve ser um esforço de todos os profissionais de saúde. Mas daí a querer que agentes comunitários, dentro do PSF, atuem no campo farmacêutico e – o que é pior ainda – sendo monitorados por enfermeiros e médicos é, no mínimo, uma provocação à categoria e um atestado de incapacidade de enxergar quem é quem em cada profissão (SANTOS, 2003, p 3).

O curso de capacitação de ACS na promoção do uso correto de medicamentos suscitou tantas polêmicas que não poderíamos deixar de registrar tais acontecimentos. Dez municípios no Brasil foram selecionados para realizar o projeto-piloto desse curso, dentre eles, o município estudado neste trabalho. Na apresentação dos resultados e discussões, voltaremos a este ponto.

O Programa Saúde da Família (PSF)

No final da década de 1980, experiências de práticas em saúde com agentes comunitários no país, semelhantes aos agentes de saúde da Pastoral da Criança, eram disseminadas. Em 1991, foi criado oficialmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), composto por um enfermeiro e os agentes, ligados à Unidade de Saúde tradicional, que acompanhavam famílias cadastradas de uma área adstrita, com o objetivo, segundo SOUZA (2000), de contribuir para o enfrentamento dos elevados indicadores de morbi-mortalidade infantil e materna na região nordeste do país.

Este programa já estava pautado em princípios indutores da mudança de modelo, provocava a vinculação dos indivíduos e famílias com as unidades básicas de saúde. O agente comunitário representava o “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde. (...) identificado com seus valores e costumes, passou a contribuir significativamente no resgate e na valorização do saber popular (SOUZA, 2000).

O PACS apresentava resultados concretos nos indicadores de mortalidade infantil, sendo reconhecido pela população atendida, mas com baixa resolutividade e com um enfoque no atendimento predominantemente curativo (SOUZA, 2000).

Melhorando o trabalho dos ACS, o governo federal institucionalizou, em 1994, o PSF, atualmente também denominado de Estratégia Saúde da Família, criando o repasse financeiro aos procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na Tabela do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS).

SOUZA (2000), diretora do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde na época, descreve com propriedade essa estratégia para reorganização da atenção básica nos municípios:

Valorizava os princípios de territorialização, de vinculação com a população, de garantia da integralidade na atenção, de trabalho em equipe com enfoque multidisciplinar, com ênfase na promoção da saúde com fortalecimento das ações intersetoriais e de estímulo à participação da comunidade, dentre outros.

O trabalho do PSF deveria ser em uma área adstrita atendendo de 600 a 1.000 famílias cadastradas e acompanhadas por uma equipe mínima, formada de um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O repasse financeiro do governo federal é baseado em ações a serem executadas somente pela equipe mínima de profissionais (ANDRADE, 2001: p.137), que pode ser ampliada e acrescida de outros profissionais, caso do odontólogo.

O Programa Saúde da Família (PSF) vem sendo apontado pelo Ministério da Saúde como a principal estratégia para reorganização do modelo assistencial hegemônico no Brasil, que dá mais atenção à cura do que a prevenção de doenças, hospitalocêntrico e centrado na atenção médica, passando a eleger a família e o contexto onde está inserida como objeto do trabalho em saúde, desenvolvendo ações articuladas de promoção, prevenção e recuperação da saúde segundo o modelo de vigilância à saúde (ANJOS, 2003. p.247).

O Financiamento para o Programa é proveniente do Piso de Atenção Básica (PAB) composto por uma parte fixa, que varia de R\$10,00 a R\$18,00 por habitante ao ano. A parte variável destinada aos incentivos voltados a programas, estratégias ou ações prioritárias para a reorganização da Atenção Básica nos municípios, dentre estes o incentivo ao PACS e PSF e a Assistência Farmacêutica que depende das condições de gestão estabelecidas na NOB/96 (ANDRADE, 2001, p.83).

A implantação do PSF já tem 10 anos no país e ainda não há um consenso sobre a estratégia ser capaz de mudar o modelo de saúde centrado na doença.

A análise dos resumos apresentados no VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (Brasília, 2003), promovido pela Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO, 2003), detectou alguns pontos em debate sobre o PSF:

- Necessidade de rever o gerenciamento dos serviços.
- Paralelismo entre o PSF e a atenção básica tradicional.
- Baixa cobertura do PSF nos municípios.
- Baixa resolutividade.
- Não reconhecimento da unidade do PSF como porta de entrada do sistema.
- Alta rotatividade dos profissionais.
- Profissionais, principalmente médicos, não identificados com as normas/diretrizes do programa.

- Insatisfação dos profissionais com as condições de trabalho.
- Deficiência no processo de capacitação dos profissionais.
- Infraestrutura deficitária para realização das atividades (transporte, medicação, equipamentos e materiais técnicos).
- Sistemas de referência e contrarreferência ineficazes.
- Número reduzido de equipes para a quantidade de famílias a serem atendidas.
- Processo de trabalho fragmentado na equipe, quanto à definição dos objetos, meios e espaços de intervenção da equipe.
- Organização do trabalho centrada na oferta de assistência médica individual e consultas voltadas para a dimensão biológica do adoecer.
- Dificuldade de fazer uma abordagem clínica ampliada.
- Simplificação da atenção.
- Trabalho nas equipes desgastante, com sobrecarga tanto quantitativa quanto qualitativa.
- Baixa adesão terapêutica.
- Exclusão da família na consulta como contexto de risco ou de proteção à saúde, dentre outros.

A necessidade das equipes multiprofissionais de estabelecer as competências para resolução dos problemas encontrados nas áreas atendidas é aprofundada nos aspectos do trabalho em equipe e na mudança de foco do modelo da promoção e prevenção de doenças como um dos elementos para o desenvolvimento do trabalho no PSF.

Para tal, ALMEIDA & MISHIMA (2001) apontam desafios, como a integração entre os membros da equipe: “se esta integração não ocorrer, correremos o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social”.

PEDUZZI (2002), estudiosa do processo de trabalho em saúde, afirma que para introduzir novos modelos organizacionais/gerenciais no PSF, é necessária a qualificação profissional técnica-política-comunicacional, promovendo o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas de saúde, redimensionamento da autonomia profissional produzida nos serviços.

A noção de equipe de saúde (...) refere-se, não a justaposição, mas a articulação e integração de diferentes processos de trabalho, pois cada trabalho parcelar ou especializado constitui um processo peculiar, com objetivos, saberes e instrumentos próprios. (PEDUZZI, 2002)

QUEIROZ (2003) reforça a autonomia técnica no exercício das funções dos profissionais das equipes de PSF, em que o processo de trabalho deve ser coletivo, cooperativo, fruto da contribuição específica das diversas especializações do trabalho.

O trabalho nas equipes do PSF corre o risco dos profissionais assumirem a atitude que predominantemente já assumiam no modelo tradicional de saúde: isolando-se em seus “núcleos de competência”, entendidos por ALMEIDA & MISHIMA (2001) como “o conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissional (médico, enfermeiro, dentista, farmacêutico, agente comunitário e outros) tem seu núcleo específico de competência”. Ou ainda, realizando ações de forma isolada e justaposta com vários planos de fragmentação na organização do trabalho, dos saberes e da integração entre os atores envolvidos, referido por Peduzzi & Palma (apud SOUZA, 2003):

“Portanto, a idéia de recomposição na direção da integralidade da atenção não tem se mostrado possível por meio de mera locação de recursos humanos de diferentes áreas profissionais no mesmo local de trabalho, sendo necessário que os profissionais construam uma interação entre si, trocando conhecimentos e articulando um ‘campo de produção de cuidado’ que seja comum à maioria dos trabalhadores”.

FERNANDES & ANDRADE (2003) relatam que apesar da orientação das equipes do PSF estar voltada para ações de promoção e prevenção “a importância do atendimento global e em equipe não foi percebido ainda pelos usuários, recorrendo estes quando necessitam apenas aos médicos das equipes a fim de serem medicados”. Tendo como bases os programas do Ministério da Saúde, atuando fragmentados, como pacotes fechados, implicando na manutenção da lógica de consultas médicas-medicamentos.

ALVES e colaboradores (2003) desenvolvem um estudo para observar a relação médico-paciente no PSF e constatam que a escuta do problema de saúde, bem como o seu esclarecimento, a definição diagnóstica e formulação de um plano de tratamento frequentemente não se realizava. Relatos de CAPOZZOLO & CAMPOS (2003) confirmam as dificuldades do trabalho médico, com uma grande quantidade de consultas individualizadas, dificultando uma abordagem clínica ampliada.

GUIMARÃES (2003) questiona o “modelo de assistência”, o “enfoque no curativo” e a “prática hospitalo-medicocêntrica” como não tendo contribuído para resultados na mudança do perfil de morbi-mortalidade da população. Além disso, ele diz que a prática das profissões de saúde ainda está orientada pelo enfoque no diagnóstico e tratamento das enfermidades, não tendo sido modificada nos últimos tempos. Sabe-se que melhorar as condições de saúde e de qualidade de vida não se restringe, apenas, a curar doenças e prescrever medicamentos; é preciso atuar sobre as condições sociais que são determinantes e condicionantes da saúde.

⁴ Abraham Flexner era um educador americano, que em 1910, produziu um relatório sobre a educação médica nos Estados Unidos da América, recomendando o ensino da medicina estruturado sobre um alicerce científico, com sólida fundamentação nas ciências básicas e em estudos clínicos, marcado pela especialização, pelo foco na doença, na prática médica curativista, individualista, e biologicista (MAMEDE:2001).

As dificuldades enfrentadas pelos profissionais do PSF são produtos de uma formação biomédica flexneriana⁴ de concepção cartesiana, mecanicista de pensar a saúde. Para CAPRA (1997, p. 147), “a abordagem técnica da saúde, na qual a doença é reduzida a uma avaria mecânica e a terapia médica, leva a um pensar fragmentado, no qual as doenças são entidades bem definidas que envolvem mudanças estruturais em nível celular” sendo essa linha de raciocínio causadora de problemas conceituais da medicina contemporânea.

MENDES (1999) descreve quatro bases do paradigma flexneriano, em especial:

- Individualismo: objeto é o indivíduo, excluindo os aspectos sociais.
- Especialização: o conhecimento específico em detrimento do holístico.
- Tecnificação: o ato médico, como central, mediador entre os homens, os profissionais e a doença.
- Curativismo: ênfase no diagnóstico e na terapêutica, com enfoque no processo fisiopatológico, entendendo a saúde como ausência de doença.

A superação do paradigma flexneriano decorre da “construção de novo paradigma que permita dar conta da saúde vista em sua positividade e como processo que pode melhorar ou deteriorar conforme a ação de uma sociedade sobre os fatores que lhe são determinantes” (MENDES, 1999).

O PSF, como estratégia estruturante do SUS, deveria trabalhar com explicações mais abrangentes e complexas do processo de adoecer humano, transformando a concepção saúde-doença:

Saúde é resultado de um processo de produção social que expressa a qualidade de vida de uma população, entendendo-se qualidade de vida como uma condição de existência dos homens no seu viver cotidiano (...) seja individual, seja coletivamente. Isso pressupõe determinado nível de acesso a bens e serviços econômicos e sociais (MENDES, 1999, p.237).

Parece difícil pensar na totalidade, na visão mais global do processo saúde-doença quando a formação profissional da área da saúde ainda é baseada no modelo cartesiano.

Seguindo essa linha de raciocínio, fazendo-nos refletir sobre a abordagem das equipes do PSF, é explicada por LAURELL apud EGRY (1996) a relação entre biológico e o social no processo saúde-doença:

Modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução (...) momentos particulares na presença de um funcionamento biológico diferente com consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença.

A Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-doença, descrita por FONSECA (1997), complementa essas indagações sobre as construções feitas nas equipes a partir da realidade, se estão procurando relacionar a forma como a sociedade está organiza-

da, ao aparecimento de riscos ou de potencialidades que determinam os processos de adoecer e morrer da comunidade atendida. Sendo este um dos desafios apontados para os profissionais e gestores da saúde na atualidade.

Para enfrentar esses desafios, medidas educativas na condução dos processos de trabalho têm sido realizadas. Pontos positivos foram mencionados, como a contribuição dessas atividades educativas (palestras, reuniões de grupos, campanhas diversas e visita domiciliar) para promoção e prevenção da saúde, melhoria da qualidade de vida e vínculo com a comunidade, assim como pontos negativos: recursos precários do Ministério da Saúde, falta de espaço na unidade, descaso dos usuários, falta de consideração dos familiares e o não envolvimento médico (BEZERRA et al., 2003).

Autores como PEDUZZI (2002); PEDUZZI & PALMA apud SOUZA (2003); Almeida e colaboradores (2003); MENDONÇA e colaboradores I (2003); BARROSO (2003); BATISTA e colaboradores (2003); ARRUDA & TRAD (2003); BLOCH (2003); SILVA (2003); CAPOZZOLO e colaboradores (2003) afirmam que a reorientação da prática da atenção primária em saúde depende da articulação dos saberes e práticas dos diferentes profissionais de saúde em uma nova organização do trabalho e no PSF existem condições favoráveis, porque a família ganhou destaque e valorização nas políticas sociais no Brasil. Dessa forma, é necessária a compreensão de como foi pensada uma estratégia que visa atender à família na sua integralidade, focalizando a assistência na promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e grupos familiares inseridos na comunidade.

GOULART (2003) sintetiza a trajetória do PSF, desde 1994, destacando alguns aspectos:

- a) Era de formulação e ensaios: com a consolidação doutrinário-normativa e o desenvolvimento de ensaios operativos, iniciando-se com os primeiros passos do programa e durando até o início da implementação da NOB 96.
- b) Era de expansão: de 1998 até 2001, com a adesão de municípios às condições de gestão da NOB 96, ampliando o número de equipes e o percentual de cobertura nos municípios.
- c) Era de desafios, de incertezas, de realismo, de enfrentamento de faces sombrias, com crescente necessidade de definir rumos e corrigir desacertos: de 2001 até os dias de hoje.

Estamos na “era dos desafios”. Em 2001, foi realizado o II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica – Saúde da Família para discutir os avanços alcançados e os novos desafios a serem superados pelo PSF como principal estratégia de organização da atenção básica em saúde no Brasil. Já em 2002, o Ministério da Saúde comemorou a marca de 50 milhões de brasileiros acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Para auxiliar a compreender essa “era de desafios”, OLIVEIRA (2003), apresentou referenciais teóricos dos modelos de atenção à saúde e as práticas em saúde coletiva, apontando pistas sobre a superposição de atividades no PSF, a centralização governamental

e a prática programática em saúde, levando a um programa verticalizado e centrado em ações pontuais.

MENDES (1999) apresentou aspectos históricos das mudanças no modelo de saúde na América Latina e Brasil, chegando a Estratégia da Saúde da Família. A proposta de “Saúde na transformação produtiva com equidade” para América Latina e Caribe, no final da década de 1980, baseada em três valores: qualidade, produtividade e equidade. Deslocando as políticas dos países para a ação intersetorial no âmbito da saúde, com a implementação de “cestas básicas” de serviços de saúde e a focalização de programas e de ações de saúde, dirigidos aos grupos vulneráveis (quanto à renda, ao risco, gênero, à origem étnica, ocupação e localização geográfica) ou grupos com carências, desde que apresentem características semelhantes entre si. Dentre outros aspectos, a reforma setorial da saúde, nesses países, deveria fazer uma reformulação dos modelos assistenciais em especial na atenção ambulatorial promocional e preventiva, a fim de ampliar a cobertura dos serviços, o desenvolvimento de novas formas de contratação de serviços e a formação de redes eficientes de serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, de Assistência Farmacêutica.

A trajetória da Saúde da Família é descrita por MENDES (1999), lembrando passos decisivos obtidos na Conferência de Alma-ata, em 1978, com “a catalogação da atenção primária como doutrina” e a Assembleia Mundial da Saúde, em 1979, com a meta a alcançar os países membros de “Saúde para Todos no ano 2000”, ambas foram aprovadas, em 1980, pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Várias foram as interpretações de atenção primária, dentre elas a que mais se aproxima do modelo brasileiro, diz respeito à “atenção primária como programa com objetivos restritos especificamente a satisfazer algumas necessidades elementares e previamente determinados de grupos humanos considerados, de baixa densidade tecnológica e custos mínimos” (MENDES, 1999, p.271).

Esse autor ainda afirma que a atenção primária vista por esse ângulo, reconhece a função do estado na saúde é o de:

Desenvolver políticas compensatórias que vão cristalizar as desigualdades pessoais e regionais presentes (...) reconhecendo a impossibilidade de superar as desigualdades relativas, quanto ao acesso aos serviços de saúde e às possibilidades de adoecer, morrer ou incapacitar-se, dos diferentes grupos sociais, nas diversas regiões do país (MENDES, 1999, p.271).

No entanto, o conceito mais atual de atenção primária é: “nível de atenção, que a concebe como estratégia que já não será a de reordenar todo o sistema de saúde, mais seu nível de atenção primária (...) por meio da saúde da família, irá catalisar o reordenamento dos níveis secundário e terciário” (MENDES, 1999, p.272-273).

O processo de concepções de políticas públicas é complexo, vimos anteriormente

questões sobre a atenção primária norteadora do modelo brasileiro, voltando ao recorte de nossa pesquisa, podemos entender mais sobre a concepção de “programa” e mais recentemente de “estratégia” dados à Saúde da Família.

SILVA Jr. (1998) traça um quadro sintético de três experiências no país de conformação dos modelos assistenciais, no campo da saúde coletiva, provenientes de correntes do “movimento sanitário” com as dimensões não consensuais (Quadro 1).

O Programa Saúde da Família, que, a princípio, se concentrou nas figuras do Médico da Família e dos Agentes Comunitários, foi marcado pelas propostas dos Silos e Saudicidade, com uma tensão entre a escolha de “extensão de cobertura” ou de “racionalização de recursos” (SILVA Jr., 1998, p.123):

No Brasil essas propostas são incorporadas, pelo caráter “racionador” de custos, perdendo na discussão de estratégia de organização da rede de assistência e de práticas sanitárias. É oferecido um Médico de Família, na maioria das vezes sem formação adequada, “desvinculado” do resto da rede de serviços, com forte apelo popular e legitimação social. Não é à toa que a medicina de grupo privada usa essa imagem em seu marketing.

FRANCO & MERHY apud RIGHI (2002) fazem críticas ao PSF por encontrarem contradições entre o modelo de saúde proposto historicamente pela “reforma sanitária” e as características do PSF proposto pelo Ministério da Saúde.

- Existências de contraposição entre o modelo clínico e epidemiológico.
- Concepção hierárquica dicotomizada: a atenção primária (centrada no coletivo) tem como instrumento básico a epidemiologia e os níveis mais complexos de atenção (centrados no indivíduo), tem a clínica como o seu instrumento básico.

MENDES apud RIGHI (2002) colocam em lados opostos níveis de atenção complementar “como se o modelo clínico fosse o mal, sem a possibilidade de uma nova ética com acolhimento, vínculo, responsabilidade e compromisso” (BUENO apud RIGHI, 2002). Essa separação deve-se à vinculação do modelo clínico, exclusivamente ao modelo flexneriano, relatado anteriormente, centrado no curativismo, prestigiando o diagnóstico e a terapêutica, sendo um dos principais pontos de oposição no modelo pensado a partir do processo saúde-doença, com enfoque na promoção e na prevenção.

Como dizia a Professora Maria Rita Bertolozzi: “não podemos jogar a criança fora, junto com a água do banho”. A qualidade nos serviços de saúde também deve levar em consideração a adequação do componente clínico, como se refere STARFIELD (2002): “a forma na qual a saúde e os problemas relacionados a elas são tratados. (...) os aspectos que exigem consideração são: reconhecimento dos problemas e das necessidades, a avaliação diagnóstica, as intervenções terapêuticas e as reavaliações”.

Quadro I: Modelos tecnoassistenciais no Brasil

Modelos/Dimensões	Silos - Bahia	Saudicidade	Em defesa da vida
Concepção de saúde e doença	Incorpora os determinantes sociais, a Epidemiologia social e o Coletivismo amplo.	Incorpora os determinantes sociais, a Epidemiologia, o Coletivismo amplo, o Planejamento Urbano e as Políticas articuladas.	Incorpora os determinantes sociais, a Epidemiologia, o Coletivismo amplo, a redefinição da Clínica e a Psicanálise, ressalta as individualidades.
Hierarquização	Clássica	Flexibilizada	Flexibilizada
Nível primário	Pronto Atendimento e Ações programadas (predominante).	Pluralidade de tipos de Unidade. Pronto Atendimento e Ações programadas.	Unidade Básica que incorpora tecnologia conforme a demanda local. Revaloriza a clínica.
Níveis de referência	Articulação clássica com mecanismo de referência e contrarreferência. Sem proposta de revisão da assistência hospitalar.	Articulação variada devido à heterogeneidade das Unidades. Sem proposta de revisão da assistência hospitalar.	Maior articulação na rede básica e de referência. Revisão do modelo hospitalar. Integração de equipes.
Articulação intersetorial	Valorização de forma ampliada.	Ênfase maior da proposta ao nível local e ao nível de governo.	Valorização de forma ampliada.

Fonte: Conformação Dos Modelos Tecnoassistenciais No Brasil: A Saúde Coletiva (Silva Jr. 1998, P.118).

MISOCZKY apud SILVA JR. (1998) e em MISOCZKY (2002), já afirmava que o PSF corria risco de certas “simplificações” ou “racionalizações” identificadas com as orientações do Banco Mundial, mostrando-se descontente com os rumos traçados na organização da atenção à saúde no país tanto na “contradição” entre vigilância em saúde x atenção à demanda como na maneira de simplificar o planejamento de forma puramente descritiva, normativa; ou no uso da noção de território apenas como espaços geográficos, mapeando áreas e microáreas de risco, usados em estudos de perfil epidemiológico, sem a contextualização econômica, política, ideológica e cultural da localidade.

A discussão sobre o território merece ser vista com relevância. Por ser área restrita de atuação das equipes do PSF, foi pensada para aprofundar o olhar sobre a comunidade atendida, e segundo um dos conceitos norteadores do Distrito Sanitário de MENDES e colaboradores (1993):

a concepção de território-processo transcende à sua redução a uma superfície-solo e às suas características geofísicas para instituir-se como um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos e de sonhos. Esse território, então território-solo e, ademais, um território econômico, político, cultural e epidemiológico. Esse é o território do distrito sanitário entendido como processo social de mudanças das práticas sanitárias e é o que permitirá exercitar a hegemonia do modelo sanitário.

Ao observar a realidade das Unidades do PSF em Belém, questiona-se a capacidade estrutural e organizacional para funcionar como modelo de atenção à saúde básica no município. Os dados obtidos no mapeamento e cadastramento das famílias não têm funcionado como referência no planejamento das Políticas Públicas para a área da saúde, ao menos na Assistência Farmacêutica, com queixas frequentes do padrão de consumo inadequado dos medicamentos básicos (falta de medicamentos), do encaminhamento constante de pacientes das Unidades do PSF para Unidades mais complexas para receber medicamentos básicos, prescritos pelos profissionais do PSF (baixa resolatividade dos serviços), além da infraestrutura inadequada para o armazenamento e dispensação de medicamentos (comprometendo a qualidade do produto e da eficiência do tratamento farmacológico).

Segundo GOULART (2003), o Saúde da Família está na era do enfrentamento dos problemas e este é um momento oportuno para olhar os problemas relacionados aos medicamentos no PSF.

O Contexto do Município estudado

O município de Belém, capital do estado do Pará, faz parte da 1ª Regional de Proteção de Saúde do Pará. Foi fundado em 12 de janeiro de 1616, contando com 1.322.682 habitantes, sendo 74% residentes na zona urbana e 26% na zona rural (FIBGE, 2001), distribuídos em uma Região Continental e uma Região Insular (39 ilhas),

Apresenta Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, contando com uma rede de serviços de saúde distribuída, no momento do estudo, em oito Distritos Administrativos, a saber: 1º Distrito Administrativo do Mosqueiro – **DAMOS**; 2º Distrito Administrativo do Outeiro – **DAOUT**; 3º Distrito Administrativo de Icoaraci – **DAICO**; 4º Distrito Administrativo do Bengui – **DABEN**; 5º Distrito Administrativo do Entroncamento – **DAENT**; 6º Distrito Administrativo da Sacramenta – **DASAC**; 7º Distrito Administrativo de Belém – **DABEL** e 1º Distrito Administrativo do Guamá – **DAGUA** (SEGER, 1999).

Os Distritos Administrativos mais populosos são **DAGUA**, **DASAC** e **DABEL** (não tem equipe do PSF, mas é o Distrito com maior número de equipamentos de saúde de nível primário, secundário e terciário). A cobertura da população assistida pelo PSF é de 21%.

O Distrito com maior percentual de cobertura do PSF é o DAMOS (100%), formado pela Ilha do Mosqueiro, com baixa densidade demográfica devido a sua área territorial, de 21.254,67km, distando em linha reta do centro de Belém até a ilha 32km, e cujo acesso terrestre passa por inúmeros municípios⁵.

Mais da metade das casas dos cadastrados no PSF é de madeira. Como o clima é quente e úmido, com chuvas frequentes, e áreas de várzea, alagadas ou a margem de rios e igarapés, essa população fica mais exposta ao risco de adoecer. Áreas como DAICO e DABEN apresentam menos de 20% dos domicílios com água filtrada e 60% sem nenhum tipo de tratamento, expondo essas pessoas a doenças transmitidas por contaminantes veiculados pela água como parasitoses e doenças dermatológicas. Apenas 13,52% das famílias cadastradas do PSF tinham acesso a esgotamento sanitário, com predomínio do uso de fossas no destino de fezes/urina.

Da população atendida pelo PSF em 2002, aproximadamente metade se encontrava na faixa etária de 20 a 39 anos, indicando atenção especial para questões ligadas à prática sexual segura, métodos contraceptivos e exames preventivos tanto de homens quanto de mulheres. Entretanto, cerca de 94% das pessoas de 15 anos ou mais é alfabetizada. O perfil nosológico preliminar, em função da recente implantação do Programa e da baixa cobertura populacional, aponta para a prevalência de doenças como hipertensão (5%) e diabetes (2%).

Proposta de reorganização do sistema local de saúde em Belém

Até 1997, o município não estava habilitado em nenhum tipo de gestão, havia um pronto-socorro municipal, poucas Unidades Básicas (14 UMS) e cerca de mais 14 Unidades Básicas gerenciadas pelo estado. Portanto, uma rede dividida e insuficiente para desenvolver um novo modelo de atenção à saúde. O primeiro passo foi ampliar a rede de atenção, habilitar o município em Gestão Semiplena, segundo NOB-93, discutir a descentralização das Unidades de Saúde Básicas em poder do estado para ter uma rede mais uniforme.

Foram pensadas estratégias complementares voltadas para segmentos específicos, visando à ampliação da rede básica, como atenção à saúde mental, a portadores de AIDS, saúde bucal e saúde da mulher.

Foram qualificadas as unidades existentes e mudada a estrutura de gestão da secretaria, com a criação de Referências Técnicas, dentre elas a Referência Técnica da Política de Assistência Farmacêutica. Além disso, foi criado um colegiado de gerentes das unidades básicas, referências técnicas e coordenadores da SESMA para discutir estratégias para modificação do modelo de atenção.

⁵ BELÉM. SECRETARIA MUNICIPAL DE COORDENAÇÃO GERAL DO PLANEJAMENTO. Anuário Estatístico do Município de Belém. Belém, 1999.

O entrevistado E2 referiu o modelo cubano para escolha do sistema de dispensação de medicamentos em Belém:

Vieram dois profissionais de Cuba, um médico e uma enfermeira para a implementação do PFS (...) Em Cuba, só medicamento sintomático, não é pra agrave. Lá só são dispensados os medicamentos sintomáticos, não são dispensados os medicamentos pra tratamentos de agravo, por isso que existe a questão da casa-família e da unidade de saúde. (E2)

Cuba teria um sistema de referência e contrarreferência, em que outros profissionais das policlínicas atuam em apoio às equipes. No Brasil, essa proposta foi adequada como medida de racionalizar recursos, “perdendo na discussão de estratégia de organização da rede de assistência e de práticas sanitárias” (SILVA JR, 1998, p. 124).

A priorização de ação sobre o tratamento de doenças de fácil tratamento como a diarreia e a pneumonia poderiam trazer impactos positivos sobre a redução da mortalidade infantil, e esse é um dos impactos mais esperados e propagados do PSF.

O modelo desenvolvido em Belém foi um misto do PSF nacional e do modelo cubano. VASCONCELOS (1999) faz um contraponto entre o Programa Saúde da Família brasileiro com o modelo cubano de Médico de Família:

em Cuba não é apenas uma proposta de atenção simplificada e barata para as áreas rurais e pobres do país (...) ao contrário da simplificação, é um alargamento da atenção primária à saúde em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas da vida cotidiana da população e dos seus grupos vulneráveis.

Conforme VASCONCELOS (1999), a economia de recursos e a intervenção direcionada para as famílias mais vulneráveis ao adoecimento e à morte deixam mais distantes a perspectiva de uma atenção integral à população.

Configuração do Programa Saúde da Família em Belém

O Programa Família Saudável começou a ser implementado em 1998, sendo compreendido como uma estratégia de reformulação da atenção básica, pautado pelos princípios do SUS, com perspectiva de inverter o modelo de atenção à saúde em nosso município, reorientando-o prioritariamente para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e expansão da assistência básica. Estava implantado em quase todos os distritos da cidade, com 63 equipes do Programa Família Saudável.

A estratégia de modificação do modelo de atenção à saúde foi pensada em Belém, no

final da década de 1990, como uma reestruturação de todos os níveis de atenção. A Saúde da Família era apenas uma parte da mudança no modelo de atenção, segundo o gestor na época dessas mudanças “foi uma parcela, não foi uma estratégia específica”, mudando a lógica do trabalho nas Unidades de Saúde com a criação de vínculo, responsabilização e acolhimento do usuário.

A seguir, as diferenças entre o Programa Saúde da Família nacional da Estratégia adotada em Belém:

- No município, o PSF é denominado Programa Família Saudável (PFS) : a princípio, apenas um trocar de palavras para diferenciar do Programa nacional, com diretrizes uniformes, aplicadas de forma indistinta, independente da região do país. Na proposta de Belém, o foco seria a família, com o objetivo de colaborar por meio de várias ações para a obtenção de condições para serem famílias saudáveis. Como referida por NITSCHKE (1999), dentre as condições para ser uma família saudável está “ter condições de viver”, ter trabalho, comida, moradia, dinheiro, condições de praticar esportes, ter momentos de lazer, amar as pessoas que vivem ao nosso redor e ser amado, olhar mais para a comunidade, saber ouvir, tolerar, refletir, repartir, ter um relacionamento com o meio ambiente de forma a preservá-lo para as próximas gerações.
- A composição da Equipe do PFS era além do que era esperado da equipe mínima, pois tinha médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem, contava com o assistente administrativo e com o auxiliar de serviços gerais, além dos ACS, que dependendo da área a ser trabalhada pela equipe poderia ter até 10(dez) ACS, enquanto a média nacional era de 6 (seis), devido à dispersão populacional muito grande do município.
- O PFS deveria ter maior nível de complexidade de atenção, sendo qualificado pelo apoio das várias Referências do Departamento de Ações em Saúde (DEAS) como Saúde Mental, Bucal, de Medicamentos, entre outras.
- A escolha dos locais a serem cadastrados pelo PFS era decidida pelo orçamento participativo, uma estratégia de compartilhamento de gestão adotado pelos governos do Partido dos Trabalhadores (PT), como relata ARAÚJO NETO (1999):
O Plano Municipal de Saúde (...) é pensado como uma estratégia de planejamento ascendente, participativo e descentralizado, que envolve o segmento de usuários, trabalhadores de saúde e gestores no debate da realidade concreta do município, da área de abrangência de cada Unidade de Saúde – Casa Família e dos Distritos, (...) além de servir como instrumento para negociação nas plenárias de saúde do orçamento participativo.

O PFS foi implantado dentro de Unidades Básicas de Saúde, a fim de causar um impacto

positivo na resolutividade, criar um vínculo e humanizar a atenção, funcionando como demonstração de um novo modelo de pensar e agir em saúde, segundo o entrevistado E1. Uma das dificuldades, ainda de acordo com esse entrevistado, foi a impossibilidade de uma política de remuneração mais adequada para as UMS, pois os profissionais contratados para o PFS ganhavam, na época, até quatro vezes mais que os das Unidades Básicas, gerando um conflito de interesses.

Se nós queremos privilegiar a atenção básica como espaço de resolução de problemas, porta de entrada, precisamos valorizar quem trabalha na atenção básica e a lógica sempre foi a inversa, de privilegiar o nível mais complexo. (E1)

O PFS não é considerado como “a estratégia de transformação do modelo assistencial”, mas uma parte do processo de modificação do modelo de atenção. Para E1, “é uma estratégia que auxilia em alguns casos, mas não auxilia em outros”.

Tem um papel relevante nessa modificação do modelo de atenção, não vejo o Saúde da Família separado, é um espaço organizacional, pode ser um tencionador das lógicas organizacionais tradicionais da atenção básica. Trazendo para dentro da atenção uma outra lógica com novas perspectivas, novos valores, novas formas de lidar com a relação interna da equipe, com a relação entre a equipe e os usuários, etc. (E1).

Segundo o entrevistado E1, o Programa Saúde da Família traz para o palco da atenção básica uma cultura organizacional diferente:

espaço que produz uma nova cultura organizacional, uma outra lógica de atenção, com novas perspectivas, novos valores, novas formas de lidar com a relação interna da equipe, com a relação entre a equipe e os usuários, que permite alterar e tencionar várias questões que são estruturantes do Modelo de Atenção. É a grande contribuição que o Saúde da Família pode trazer para a organização da saúde. (E1)

AKTOUF in CAVEDON (2003, P.54) considera a cultura como “complexo coletivo feito de ‘representações mentais’ que ligam o imaterial e o material (...) a imaterialidade simbólica se inscreve nas estruturas, vivências do cotidiano, portanto, o simbólico manteria uma relação com o material, sendo este último anterior ao primeiro”.

Por diversas ocasiões no trabalho com a Coordenação do PSF, foi ouvido o ditado popular “o uso do cachimbo, faz a boca ficar torta” fazendo alusão à estrutura do PSF, em que profissionais e usuários mudariam sua concepção de trabalhar e perceber a saúde, segundo um novo modelo de atenção, a partir do desenho das Casas-Família, dos fluxos internos do programa, desde a rotina dos profissionais, dividida em dois turnos, um como o trabalho nas Unidades do PSF, com atendimentos individuais, consultas, curativos, entrega

de medicamentos e no outro turno de visitas domiciliares e palestras na comunidade, trabalhando 8 horas por dia, em período integral, para conhecer e criar vínculos com a comunidade cadastrada.

SCHEIN in CAVEDON (2003, p.54) definiu cultura organizacional como:

O modelo dos pressupostos básicos, que determinado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu no processo de aprendizagem para lidar com os problemas de adaptação externa e interna. Tendo funcionado bem o suficiente para serem considerados válidos, esses pressupostos são ensinados aos demais membros como sendo a forma correta de se perceber, de se pensar e sentir em relação a esses problemas.

Para CAVEDON (2003, p.54), são elementos importantes para compreendermos a cultura de uma organização:

O nível dos artefatos e das criações; (a arquitetura, o layout, os modelos de comportamentos visíveis e invisíveis, a maneira como as pessoas se vestem (...) o nível dos valores; em geral valores manifestos; o nível dos pressupostos inconscientes; as pessoas compartilham valores que levam a determinados comportamentos que ao se mostrarem adequados na solução de problemas vão se transformando em pressupostos inconscientes.

Esse estudo pontuou alguns elementos do nível de artefatos no PSF como a construção, o layout e o processo de trabalho nas Unidades do PSF.

As Casas-família construídas são unidades simples, pensadas inicialmente com um ou dois consultórios, um do enfermeiro e outro do médico, dependendo do número de equipes, uma área do arquivo e recepção dos usuários, uma sala de vacina, uma sala de curativos, banheiro, copa-cozinha, área para expurgo de materiais contaminados, lavagem e esterilização de material, além de áreas de espera (corredores internos).

O processo de trabalho na equipe do PSF é organizado de forma multiprofissional, a partir de um diagnóstico da situação de saúde da comunidade, com cadastramento prévio dos usuários da área restrita ao trabalho da equipe, usando indicadores epidemiológicos e socioeconômicos. O ACS é necessariamente um morador da área de atuação da equipe há, pelo menos dois anos, fazendo com que os profissionais conheçam seus usuários e criem vínculos com a comunidade.

Em síntese, foi realizada revisão teórica em dois subitens: Política de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos na OMS, no Brasil e em Belém, por meio de boletins, manuais técnicos e legislação pertinentes, assim como as questões relativas ao Programa Saúde da Família como as concepções, experiências e dificuldades enfrentadas, como em FONSECA

(1997), LAURELL apud EGRY (1996), MENDES (1999), PEDUZZI (2002), (ABRASCO, 2003), dentre outros.

A realização de uma fotografia da Assistência Farmacêutica no PSF do Município foi obtida por um estudo exploratório, com atores envolvidos diretamente com o Programa Saúde da Família como enfermeiros, médicos, farmacêuticos e assistentes administrativos e gestores na época da concepção desse programa no município de Belém. Foram usados questionários, entrevistas semiestruturadas, análise de prescrições do PSF e de documentos da Secretaria Municipal de Saúde sobre a questão dos medicamentos no município estudado.

RESULTADOS

Organização Assistência Farmacêutica no PSF

Neste item, foram consolidados os dados e as falas, não descritas em uma ordem cronológica, mas na medida em que os elementos foram sendo interligados. O ciclo da Assistência Farmacêutica para fins didáticos, foi dividido em etapas concomitantes, de acordo com a Política adotada pelo gestor.

A definição da Política de Assistência Farmacêutica foi desenvolvida, segundo o entrevistado E1, para minimizar um problema de suprimento nas Unidades. Faltavam muitos insumos, assim como os medicamentos estratégicos para o desenvolvimento das ações básicas de saúde.

Uma das estratégias adotadas no município foi a criação, em 1998, do programa de fitoterapia – Programa Farmácia Nativa, para produzir fitoterápicos para a rede básica de saúde, como alternativa para a linha dos alopáticos convencionais. Estava prevista também a capacitação de raizeiros, benzedeiros e a eliminação de práticas não interessantes, mas que faziam parte da cultura popular. Outras práticas complementares, como homeopatia e acupuntura, também foram criadas.

Mudar a lógica da política de Assistência Farmacêutica não teve impacto do ponto de vista de mudar a lógica da prescrição de medicamentos porque isso está muito enraizado na própria prática médica, e isso não se muda com muita facilidade (E1).

Quanto à intenção de mudar a lógica do pensamento clínico e da própria prescrição médica, Starfield (2002) aponta a abordagem da medicina, com base em evidência, como capaz de melhorar a qualidade da atenção por fornecer ferramentas para pensar adequadamente sobre a melhor conduta terapêutica, o melhor medicamento para uma dada situação clínica, incluindo uma boa prescrição (legível, com posologia completa, identificação do profissional e do paciente, outras orientações pertinentes, etc.)

Onde há este tipo de evidência, ela fornece uma poderosa ferramenta para pensar sobre o que é adequado e inadequado na prestação de serviços clínicos, não importando se o serviço é de atenção primária ou especializada.

(...) O argumento de que ‘a evidência’ deveria ser a base para a prática médica fornece a fundamentação para o desenvolvimento de diretrizes clínicas para essa prática. (STARFIELD, 2002, p.462)

A concentração do atendimento nas farmácias das Unidades foi observada no início da gestão como um problema, pois havia um descontrole, desperdício, dispensação errada, clientelismo interno:

Quanto menos a gente concentrar em um lugar apenas a dispensação de medicamentos, mais facilmente a gente vai evitar estes problemas, que acabam, em última análise, dificultando o acesso dos usuários aos medicamentos. (E1)

A noção de desconcentração da dispensação de medicamentos marcou profundamente a lógica dos medicamentos nas Casas-família, projetos como as “farmácias comunitárias” do Ministério da Saúde, ou as “farmácias distritais” no município, tiveram pouca adesão dos gestores, pois essas propostas foram vistas como centralizadoras, dificultando o acesso aos medicamentos, principalmente no PSF, segundo relatos informais de profissionais ligados ao Programa.

Recurso financeiro da Assistência Farmacêutica Básica

Os recursos financeiros pactuados para a Assistência Farmacêutica Básica também deveriam ser usados para o PSF, mas o observado demonstra que o “incentivo” ou “pacote” do Ministério da Saúde causam dependência aos municípios, que não incluem os medicamentos básicos como um todo.

Foi relatado que a relação de medicamentos essenciais ou padrão de consumo do PSF foi constituído pelo Kit PSF do Ministério da Saúde, assim como pelo Programa Hiperdia. Segundo PMB (2003, p.9), o Município estava em Gestão Plena do Sistema Municipal, habilitado pela deliberação: CIB 77, de 09 / 03 / 98 Portaria MS n.º 2564, de 04/05/98. Portanto, recebendo R\$ 1.322.682,00 da União, R\$ 661.341,00 do estado e R\$ 661.341,00 do município, totalizando R\$ 2.645.364,00 anuais para a Assistência Farmacêutica Básica.

Está em discussão na Câmara Técnica de Medicamentos da Atenção Básica a ampliação do Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica com a consequente extinção do KIT PSF. Não basta brigarmos por mais recursos, precisamos modificar a maneira de gerenciar os

⁶ BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Farmácia Comunitária do SUS: uma estratégia para organização dos serviços. Brasília, 2002. (Mimeo). HIPERDIA - Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, (Portaria GM n.º 371) e estabelece repasse de medicamentos (Hidroclorotiazida, captopril, propranolol, metformina e glibenclamida) pelo Ministério da Saúde diretamente aos municípios, mediante cadastro dos pacientes pelas Unidades Ambulatoriais.

serviços e de trabalhar em saúde (MERHY et al, 1994,p.118), bem como compreender o valor do medicamento para a saúde.

Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica Municipal para o PSF

Concepção do medicamento no PSF

No Município de Belém, a lógica do medicamento no PSF era diferente das Unidades Básicas:

A ideia era fazer um caminho de acesso mais fácil, (...) é mais cômodo para o próprio profissional que está fazendo a prescrição ter a possibilidade de estar fazendo a dispensação do medicamento, (...) o usuário recebe lá, já sai direto, você evita mais uma fila, mais uma caminhada, mais uma coisa (E1).

Enquanto na Unidade de Saúde existia uma farmácia com profissionais para fazer a dispensação dos medicamentos, nas Casas-família o medicamento deveria ser entregue na própria consulta, de prescritor para paciente ou responsável por este. O caminho mais fácil não implica caminho mais seguro.

Relatos foram feitos de pacientes que, ao chegarem aos consultórios, sentiam o mal-estar de acordo com o que viam nas prateleiras dos medicamentos.

O medicamento não é só um objeto técnico, ele também representa satisfação psicológica e sociológica na relação médico-paciente, do senso comum de que para cada “mal-estar” existe um medicamento, representa a capacidade de intervenção de um médico frente a um problema de saúde do paciente (DUPUY, 1979. p 181).

A partir do momento que um programa desses não inclui ou não trabalha o medicamento, ou seja, o medicamento tem um valor sanitário e econômico e ele continua, na realidade, tendo o mesmo tratamento, o fato do programa não trabalhar com profissionais farmacêuticos, pra mim, o medicamento continua sendo visto meramente como uma bala mágica (E2).

As pessoas veem no medicamento algo além do que simplesmente uma base farmacológica, que venha a restabelecer as suas funções biológicas. Então, o medicamento está relacionado com coisas, além disso, hoje em dia, a gente vê pessoas fazendo o manuseio, utilizando o medicamento e, às vezes, nem é necessário (E3).

LEFÈVRE (1991, p.18) estudioso das várias dimensões que o medicamento se apresenta no imaginário da sociedade, descreve que na sociedade brasileira o medicamento tem três dimensões principais: um agente farmacológico, uma mercadoria e um símbolo.

A Saúde foi então, historicamente, adaptando-se à lógica do mercado. É o processo que aparece, no pensamento sanitário, sob a rubrica de 'medicalização' da sociedade, mas que é, em geral, mal compreendido porque está vinculado à noção funcionalista de 'disfunção social' ou 'desvio' (a ser corrigido por bem-intencionados sanitaristas) e não aos mecanismos estruturais, ligados à ampliação e generalização do 'mercado' (LEFÈVRE, 1991, p.21).

No Quadro 2, são representadas as dimensões do medicamento na sociedade, obtidas dos discursos dos entrevistados:

Essa posição de acesso ao medicamento, como mais cômoda ao usuário, não é demonstrada na prática, pois os estudos realizados demonstram a entrega de medicamentos por outros profissionais, como assistentes administrativos, não capacitados ou orientados sobre as informações sobre o uso dos medicamentos.

Esse aspecto torna crítica a situação do uso dos medicamentos pelos usuários do PSF, pois há diferenças entre entregar e orientar sobre o uso de forma correta. DUPIM (1999) enfatiza a necessidade de verificar a existência de pessoal qualificado “para realizar a abordagem do paciente, a análise da prescrição, a inspeção física dos medicamentos dispensados, a orientação e educação ao paciente e como se registram os medicamentos dispensados”.

O modelo adotado em Belém foi feito com base na experiência cubana e na figura do médico de família, a fim de estender a rede básica a lugares de difícil acesso. Isso influenciou na priorização da escolha das áreas, na organização da rede de serviços e na questão do medicamento no PSF:

Foi baseado no modelo cubano, inclusive, para a implementação vieram dois profissionais de Cuba, um médico e uma enfermeira.(...) Em Cuba, só são dispensados os medicamentos sintomáticos, não são dispensados os medicamentos pra tratamento de agravo, por isso que existe a questão da casa-família e da unidade de saúde (E2).

A percepção de que a prática de atenção PSF não deveria ser centrada no medicamento foi evidenciada nas falas de vários entrevistados:

Parte do princípio de que o programa saúde da família é uma estratégia da invenção do modelo de saúde, ou seja, saía do modelo biomédico que é individualista centralizado e especialista e passava para o modelo da promoção. Pra mim, o fato do medicamento continuar como central não está havendo inversão do modelo (E2). O PSF até onde eu entendo, foi criado com o objetivo de fazer uma promoção da saúde, não seria pra tratar doenças, seria pra prevenir essas doenças como funciona

em outros países, como Cuba, mas lá funciona muito bem, é feita uma prevenção, ou seja, você evita que a pessoa adoça, (...) evita com alguns conselhos, evita desnutrição com os agentes sanitários indo nas casas, pegando e olhando as crianças. Isso pra mim seria o PSF. Até onde eu entendo o objetivo do PSF é fazer promoção e prevenção da saúde, e não tratar doenças (E4).

Eu acho que o fator principal da família saudável seria a promoção e prevenção. O que eu tenho visto ultimamente é que eles estão mais preocupados com a enfermidade em si e com a busca pelo medicamento. Então, a saúde tá muito ligada à própria prevenção, pra gente evitar que não tenham patologias, evitando através de programas de saúde, saneamento básico, alimentação que também tem a ver com a cura, pra mim tem a ver muito a prevenção (E5).

Orientar a prática da medicina à prevenção mais do que à cura, oferecendo prioridade ao saneamento, abastecimento de água e nutrição adequada, são aspectos que a Sobravime (2001) apresenta como importantes para a mudança de percepção da saúde e da doença tanto na sociedade como entre os profissionais da saúde.

Por meio dos relatos anteriores, percebe-se uma mudança quanto à concepção de saúde no enfoque da promoção e prevenção de saúde:

No meu entendimento, saúde é algo mais abrangente, que apenas não tem nenhuma patologia clínica, ela requer o que seria um quadro de saúde em si, seria você estar bem emocionalmente, fisicamente, ter uma qualidade de vida boa, você estar passando por uma situação boa de vida, não está tendo problemas que te afetem, acho que você conseguir isso seria o quadro ideal de saúde (E3).

O desprestígio da questão do medicamento está ligada à construção mental de que o PSF não deveria tratar doenças, portanto não deveria ter medicamentos. Isso se deve, em parte, à confusão criada de que o uso de medicamentos na prevenção, cura ou no alívio de situações mórbidas pode encobrir os fatores causadores de doença derivados da ação do homem (LEFÈVRE, 1991, p.51).

Contraditoriamente, a experiência e a convivência com os usuários do PSF, em Unidades Básicas (UMS), fizeram com que esses mesmos profissionais reconhecessem a importância da garantia do acesso aos medicamentos a esse segmento:

'Ah, a pessoa tá doente' tratar doença é na Unidade Básica, vai se consultar e se tratar, só que hoje em dia não é feito isso. Hoje em dia, o PSF faz consulta eu te digo que ele faz consulta porque chega gente com receita lá, é receita de tudo: hipertenso, diabético, tuberculose, hanseníase, tudo sem distinção, qualquer tipo de doença. Então, não é bem uma promoção e prevenção da saúde, você não só previne e pro-

move, você também tá tratando quem você encontra doente naquela área (E4).

Eu acho que alguns medicamentos sim (...) acho importante, mas não fundamental, porque já que trata de atenção primária básica, tem as casas pra se detectar o possível problema e você continua tendo as Unidades de Saúde pra que seja encaminhado pra tratar aquele problema (E6).

No Quadro 3, adaptado de LEFÈVRE (2000, p.49-54), apresenta os temas, e as ideias centrais das entrevistas analisadas para retratar o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e para deixar transparecer o discurso presente entre os farmacêuticos sobre PSF. Sobre a estrutura da Casa-família, as dificuldades das UMS de referência em relação às equipes do PSF, o papel da Assistência Farmacêutica nas ações de saúde, a inversão do modelo de assistência e o conceito de Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica.

Os Farmacêuticos entrevistados das Unidades Municipais de Saúde do DAMOS, DAI-

Quadro 2: Dimensões Do Medicamento, Segundo O Discurso Dos Entrevistados

FARMACOLÓGICO	MERCADOLÓGICO	SIMBÓLICO
O medicamento é de suma importância, porque a gente sabe que dentro do programa de assistência à saúde de todos os pacientes ele é peça fundamental, pois na maioria das vezes a gente tem que recorrer a ele para restabelecer o estado fisiológico e emocional da pessoa, então acaba sendo necessária a presença. O acesso deve ser livre e espontâneo para todos, igualitário, só que a função dele acaba sendo de um mediador das ações dos próprios pacientes. (E3)	Há o desvio de medicamento, porque tem valor comercial, então, ele tem um valor muito alto pra sociedade. Muitas vezes ele é mal-interpretado na questão de que pessoas vão atrás daquele medicamento não porque elas tão necessitando realmente, por que elas sabem que tem valor, elas vão conseguir, vender e fazer alguma coisa com aquele medicamento, mas não necessariamente porque ela precise. É assim que eu entendo. (E5)	Às vezes, a pessoa procura até mesmo, juntando com o conceito de saúde, um atendimento por ela estar deprimida ou com um problema. Ela não consegue identificar que aquele problema é de ordem emocional, é um problema que ela deve trabalhar, então vai em busca de um atendimento, e vê em um medicamento, em uma base farmacológica uma solução para alguns problemas pessoais que ela tem. (E3) Nem todo mundo que procura esse medicamento é por que realmente estão necessitando, você vê que tem pessoas assim, que vão na unidade que eu trabalho que tem um problema, mas não é um problema de saúde, é um problema socioeconômico, tá desempregado. (E5)

Quadro 3: DSC sobre a estrutura das casas-família

Tema	Ideias centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Estrutura da Casa-família:	O medicamento não foi considerado como bem sanitário no planejamento do PSF:	O medicamento não é percebido no PSF como um bem sanitário, as casas-família não foram projetadas para acomodar ou dar condições de armazenamento, segurança e de qualidade aos medicamentos. É comum medicamentos estarem sendo armazenados no banheiro ou em outros locais inapropriados.
	Condições inadequadas para o armazenamento de medicamentos:	Já foram recolhidos medicamentos das casas-família dentro do prazo de validade, mas estragado, as condições são as piores possíveis, é um quartinho que não tem ventilador, não tem nada, uma “gradezinha” e tudo entocado, um “cubiculozinho”, os medicamentos ficam encostados na parede perto daquelas sacas de leite, aquelas garrafas de álcool e os medicamentos todos amontoados.
	Condições de trabalho precárias:	O programa de saúde da família é uma teoria muito bonita, com uma ideia pra ajudar muito o povo, mas na hora de implementar, de colocar em prática faltou estruturação, as condições de trabalho são precárias, o SUS também não estava preparado para receber essas casas-família.
	Falta de informação dos profissionais quanto ao descarte de medicamentos vencidos ou avariados e legislação de medicamentos de controle especial:	Há uma falta de informação, alguns profissionais não sabem o que fazer com o medicamento, quando estão estragados, não sabem pra onde mandar, nem como é pra fazer nem nada, os médicos que clinicam, que atendem nos PSF). Os PSFs não tem receituário azul, não tem receitas de controle, quando eles vão passar talidomida não tem aquela ficha de responsabilidade médica, tão pouco aquela de orientação ao paciente.
	Falta um responsável pelo medicamento na Casa-família:	Não tem uma pessoa responsável pelos medicamentos, não há levantamento das necessidades daquela área, ninguém que se responsabiliza, quando não tem na casa-família encaminha para a Unidade Básica mais próxima.

continua >

Tema	Ideias centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Estrutura da Casa-família:	Dicotomia entre a resolução do atendimento e o abastecimento existente (quantidade e qualidade):	<p>Não existe você entrar numa comunidade que nunca teve um apoio, “a criança tá lá cheia de verme, botando verme pela boca”, você vai chegar lá, “mãezinha põe a sandália nele e não vai passar um remédio pra ele?” Não existe isso.</p> <p>O programa saúde da família não consegue fazer a prevenção, ele clinica, prescreve o medicamentos, mas o SUS não comporta, porque não estava preparado pra atender essa demanda nova de atendimento e as casas-família não recebem o medicamento suficiente.</p> <p>Você tem uma criança que está doente, está com febre, com vômito, com qualquer sintoma que ela precisa ser medicada, então se você tem o atendimento, está disposto, tem acesso, você tem o médico, você tem o enfermeiro, então você tem condições plenas de fazer o atendimento, fazer uma dispensação, fazer o acompanhamento daquele paciente, mas não tem o medicamento, tem que encaminhar para a Unidade Básica para resolver o problema de saúde daquela criança, assim não dá.</p>
	Falta um controle maior do estoque de medicamentos:	<p>No PSF, acho que a enfermeira é quem entrega, os medicamentos que tem lá, agora se é feito controle, se eles tem controle absoluto, porque “tu sabes que um problema muito grande é funcionário, quando eu recebo o medicamento, é uma briga com funcionário, porque o que tem de funcionário com receita, querendo pegar medicamento, é muita gente, e é pro tio, pro primo, pro sobrinho, então você tem que dar uma de chata, porque tu diz não pro funcionário, não dá, não tenho, vou te dar só um pouco, até os médicos querem levar medicamentos, que são pessoas que podem comprar, mas querem levar de graça.</p>

Quadro 4: DSC sobre as dificuldades das UMS para atender ao PSF

Tema	Ideias centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Dificuldades encontradas na Unidade de Referência (UMS) para atender ao PSF:	Baixo salário, demanda elevada:	As condições de trabalho, que não é só no PSF, as Unidades Básicas também passam pela mesma situação, são condições gritantes, (...) porque o funcionário se estressa, o paciente se estressa, porque você trabalha no calor, a demanda é muito grande pro número pequeno de pessoas pra atender. Isso causa um “estresse” e as condições realmente de trabalho que você não tem, se você tivesse uma estrutura pra trabalhar seria totalmente diferente, acho que o agravante, hoje, é o fato do município pagar pouco, não ter os melhores profissionais, porque ele tem os profissionais que ele pode pagar.
	Falta de conhecimento da demanda real de pacientes do PSF:	Não temos o controle de quantos pacientes são encaminhados do PSF, por não ter o medicamento disponível na Casa-família, não temos como fazer previsão do pedido de medicamentos para UMS.
	Falta de recursos para funcionar como apoio do PSF:	O Sistema do Serviço Público não tem como absorver toda demanda, há uma carência de médicos, de consultas, de vagas. Agora, também o que dá pra perceber que é complicado você fazer promoção e prevenção da saúde numa população que é pobre, miserável, porque falta tudo.
	Espaço físico inadequado da Farmácia da UMS:	A farmácia da UMS também não é um ambiente propício para o paciente ficar recebendo medicamento, são desumanas as condições que existem, é quente na farmácia, é quente na Unidade, não tem espaço pra você atender o paciente é uma janelinha assim, é um buraco na parede que fizeram, pra você atender todo aquele pessoal, e fica todo mundo misturado, gestante, idoso, tuberculoso, gente com hanseníase, gente gripada, tossindo, todo mundo misturado aquilo ali é um meio de contaminação muito grande, não era pra funcionar daquele jeito, e só pelo fato de eu ter essa consciência, quando eu vejo aquilo, já me estressa.

continua >

Tema	Ideias centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Dificuldades encontradas na Unidade de Referência (UMS) para atender ao PSF:	Falta de uma política de valorização dos recursos humanos:	<p>Não temos pessoas pra trabalhar dentro da farmácia, não tem funcionário, e o único funcionário que eu tenho dentro da farmácia se estressa porque é uma demanda imensa pra ele atender, ele não consegue sair no horário dele, ele não consegue trabalhar direito no outro emprego, a prefeitura paga pouco e a gente tem que trabalhar em outro lugar pra sobreviver e não consegue estudar.</p>
	Prescrições inadequadas:	<p>A dificuldade maior que eu tenho visto infelizmente é em termo da prescrição do AIDPI (Programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) porque tem medicamentos que entram e saem da lista, então nós, aqui, não recebemos uma lista atualizada. A última vez que eu conversei com a enfermeira que tinha feito uma atualização, ela falou pra mim que tinham entrado novos medicamentos, só que muitas vezes tem enfermeiros que respeitam o que eles podem prescrever e outros extrapolam.</p> <p>As enfermeiras prescrevem razoavelmente bem, mas, às vezes, prescrevem e não sabem nem o nome do medicamento direito, escrevem errado o nome do remédio, é complicado, mas aí a gente vai lá e diz, olha, está errado, porque não é esse nome. Já teve enfermeira que foi lá comigo e perguntou qual é a (posologia) de cada medicamento que ela pode prescrever, está no (AIDPI), mas ela não sabe como prescrever, isso quer dizer que não recebeu treinamento, ai eu digo pega a parte do (AIDPI) lê, esta aí, então abro a folha e digo está aqui o remédio assim: passado de 6 em 6 horas, criança de 0 a 5 anos. É assim que tu podes prescrever segundo o (AIDPI).</p>
	A saúde não é obtida apenas com médico e remédio:	<p>A saúde não pode ser vista só como médicos, equipes de saúde, ela tem que ser vista como toda uma infraestrutura de moradia, de alimentação, porque se não, não vai ter fim é uma coisa irônica, você trata aqui amanhã o paciente tá doente de novo, porque as condições de vida dele não foram melhoradas e enquanto não tiver uma concepção de que a saúde do paciente não é só atendimento médico, remédio, Unidade, Pronto-socorro.</p>

Quadro 5: DSC sobre o papel da Assistência Farmacêutica nas casas-família

Tema	Ideias centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
	<p>É preciso garantir o acesso aos medicamentos na Casa-família:</p>	<p>É ilusão você pensar que vai montar um posto de saúde, uma equipe de saúde, um enfermeiro e um médico pra fazer só prevenção e promoção. Porque você vai ter que atender paciente, os pacientes doentes vão chegar lá, eu entendo o médico, o médico não vai deixar de atender, eu se fosse médica eu ia atender e passar a receita, agora como ele vai conseguir o medicamento eu não sei, mas eu daria a consultar, porque eu sei que uma consulta pra ele é muito difícil.</p>
<p>Papel da Assistência Farmacêutica na integralidade das ações saúde:</p>	<p>Contar com o farmacêutico realizando as ações das equipes no PSF:</p>	<p>Eu acho que foi uma falha muito grande não terem previsto a necessidade de termos medicamentos na casa-família, tanto é que não existe farmacêutico no PSF, não foi previsto no projeto todo, porque não eram previstos medicamentos em si, tanto é que no PSF é previsto uma cota de medicamentos. Pra atender aquela região, a prefeitura ganha um adicional que vem direto do governo federal.</p>
	<p>Contribuições do farmacêutico nas equipes do PSF:</p>	<p>O farmacêutico pode explicar para os colegas enfermeiros que prescrevem, os riscos que eles vão correr e assumir. Ainda falta muita informação de que o medicamento não causa só um efeito benéfico, mas pode levar a uma intoxicação, a problemas sérios de saúde por causa do mal uso. Então, se o farmacêutico tiver presente, ele pode fazer palestras, fazer com que o colega se conscientize de que ele não deve extrapolar.</p>

Quadro 6: DSC sobre a assistência farmacêutica como consumo de medicamentos

Tema	Ideias centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
<p>Assistência Farmacêutica como padrão de consumo de medicamentos</p>	<p>A Assistência Farmacêutica voltada ao abastecimento de medicamentos:</p>	<p>Para fazer a Assistência Farmacêutica devemos primeiro conhecer o perfil epidemiológico de cada setor que a gente trabalha e, em cima disso, fazer a aquisição, seleção de medicamentos, a distribuição, a dispensação. Só que eu tenho conversado lá na Unidade que eu trabalho e tenho visto que o perfil epidemiológico de lá está defasado.</p>
		<p>Pelo menos duas vezes ao ano, deveríamos verificar se está modificando algum tipo de patologia, conforme a época do ano, pra poder ter uma noção dos medicamentos que mais deveriam ser dispensados, os que vão ser mais prescritos. Eu acho que lá tá defasado, até porque eu tenho visto que lá são 55 pacientes cadastrados na Unidade de hipertenso, sendo que a maioria que vai lá não é cadastrado. Não temos acesso a dados fidedignos.</p>
		<p>A Assistência Farmacêutica que eu vejo, é a do padrão de onde eu trabalho, não foi mais reformulado. Então deveria ser uma coisa contínua não só assim: produzia Assistência Farmacêutica já está bom, acho que deveria haver, pelo menos duas vezes por ano, uma reformulação geral do que está acontecendo.</p>

Quadro 7: DSC sobre conceito de Assistência Farmacêutica e Atenção Farmacêutica

Tema	Ideias centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Conceito de Assistência Farmacêutica confundida com o de Atenção farmacêutica	Percepção da Assistência Farmacêutica reduzida ao seu processo final – prescrição e dispensação	Assistência Farmacêutica é assistir o paciente desde a saída do consultório, para ver se ele vai se adequar ao tratamento, porque tem pessoas que não respondem ao tratamento, e é necessário dar toda orientação quanto à administração, posologia, colocar os riscos do não cumprimento, os riscos de estar fazendo uso incorreto, acompanhar mesmo o tratamento do paciente e tá em contato com o médico no caso, “olha, doutor o paciente veio aqui, mas ele não respondeu o que a gente vai fazer”.
		Assistência Farmacêutica pra mim é poder sentar numa mesa, ter a minha ficha, meu arquivo de paciente como têm os médicos. Então faria um acompanhamento, aquele paciente que faz uso do medicamento teria toda uma ficha dele, tudo que ele já tomou na vida, o que ele é alérgico, quais foram às doenças que ele já teve, com que médico ele se trata, se ele tem alguma doença crônica, quais são as doenças que existem na família dele: câncer, diabetes, hipertensão. Pra você ter uma avaliação, os exames que ele fizesse ele levaria pra você, seria um segundo prontuário, mas relacionado à vida dele, alergia, hábitos alimentares, uma radiografia do estilo de vida que ele tem, aí você poderia ter uma noção realmente.
	Não foi implementada por falta de infraestrutura e disponibilidade do farmacêutico para esta atividade:	Fizemos o curso de Atenção Farmacêutica pra que a gente atenda os pacientes, mas atualmente a realidade e que o farmacêutico não consegue ficar na farmácia atendendo paciente, porque ou você corre atrás pra conseguir gazes, esparadrapo e luva, medicamento, ou você não atende ninguém, a Unidade vai parar de funcionar.

Quadro 8: DSC sobre a inversão do modelo de assistência à saúde

Tema	Ideias centrais	Discurso do Sujeito Coletivo
Inversão do modelo de assistência	Há necessidade do trabalho mais complexo por meio de uma equipe multiprofissional mais ampliada:	Não acredito que a estratégia que se propõe inverter o modelo de saúde possa trabalhar somente com médicos e enfermeiros, pra mim o programa em si deveria contemplar todos os profissionais da área de saúde, inclusive outros profissionais que estão aí: assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos para um atendimento integral da assistência aos cadastrados.
	O enfoque precisa ser na qualidade de vida do paciente:	Quando a pessoa está desnutrida, anêmica ou não se alimenta, o médico passa o sulfato ferroso o paciente toma 3 meses esse sulfato ferroso, passa o exame ele tá bonzinho. Quando retorna na próxima consulta, ele esta de novo anêmico, porque o paciente não se alimenta porque não tem o que comer. Isso é um problema crônico, ou seja, ou você vai manter aquele paciente com Sulfato Ferroso, ou você vai melhorar as condições de vida dele.
	As cidades têm que proporcionar saneamento básico, tratamento de água e esgoto:	<p>A mesma coisa o remédio pra verme, não adianta você dar pra o menino remédio pra verme se ele vai mergulhar ali no igarapé, e vai engolir aquela água cheia de coliformes fecais,. Hoje ele toma remédio pra verme, amanhã ele está cheio de verme de novo, tem que fornecer saneamento básico para todos.</p> <p>A cidade não tem saneamento, não tem infraestrutura pra pessoa viver. Eles vivem naquela imundice, ali, consomem aquela água poluída, tem que lavar roupa com aquela água, têm que tomar banho com aquela água, se alimentam quando podem se alimentar direito, só pode ter deficiência de nutrientes, precisam de vitaminas, uma coisa que não vai ter fim, remédio pra verme não vai ter fim, porque não tem saneamento básico na cidade,</p>

CO, DASAC e DAENT sentem as mesmas dificuldades quanto ao recebimento da demanda do PSF, descritas no DSC do Quadro 4.

No Quadro 4, dentre as principais dificuldades apresentadas pelas UMS de referência ao PSF, está a dificuldade em conhecer a real demanda de atender pacientes do PSF e também a falta de um planejamento para estruturar as Unidades de Referência porque não há medicamento, recursos humanos e estrutura física adequada para o atendimento do PSF, assim como uma interlocução entre Casas-família e UMS, inclusive do ponto de vista técnico, com o recebimento de prescrições de enfermagem inadequadas. Esse ponto está em debate nos serviços de saúde, a normatização e divulgação do elenco de medicamentos prescritos pelos enfermeiros, respaldada pelo Conselho de Classe dessa categoria.

Nos Quadros 5 e 6, a Assistência Farmacêutica assumiu um papel fundamental na garantia da integralidade do atendimento aos usuários do PSF e a presença do farmacêutico facilita a organização e minimiza as perdas com recursos e aumenta a eficiência do atendimento. Ao falar de Assistência Farmacêutica o enfoque ainda é no abastecimento e na dispensação de medicamentos.

Essa visão restrita em BRASIL (2002) é causada pela falta de apoio político às propostas de superação da concepção tradicional de Assistência Farmacêutica voltadas para a compra e distribuição de medicamentos.

A discussão de Atenção Farmacêutica é recente, muitos farmacêuticos ainda não têm o conceito de Assistência Farmacêutica distinto de Atenção Farmacêutica como é observado no Quadro 7.

O discurso do coordenador, por quase oito anos, da Política de Medicamentos local demonstra a visão mais ampla do conceito de Assistência Farmacêutica, que ao conhecer a Política mais global da saúde, do papel do medicamento e da Assistência Farmacêutica pode-se compreender o seu conceito na teoria e na prática a seguir:

A Assistência Farmacêutica inclui todo o ciclo da assistência na programação, aquisição, armazenamento, distribuição especialmente dispensação de medicamento, não apenas a dispensação em si, mas o que a gente chama hoje de atenção farmacêutica ou monitoramento acompanhamento e avaliação que realmente a estratégia da intervenção de estar promovendo ou cumprindo o objetivo estabelecido. Em Belém, a assistência no PSF está organizada em nível distrital, em cada distrito temos oito distritos, cada distrito tem um farmacêutico distrital que está trabalhando na supervisão e na implementação da Assistência Farmacêutica. Nesses estados, é interessante que aos poucos a gente vá ocupando esses espaços (E2).

Como o campo de pesquisa é dinâmico, desde o início do estudo até as primeiras conclusões, a presença do farmacêutico como apoio às ações do PSF passou de um membro da Coordenação Geral do PSF, a Coordenadores Distritais da Assistência Farmacêutica, e, no final de 2004, houve a extinção direta do farmacêutico no PSF.

No Quadro 8, o DSC reafirma a inversão do modelo de atenção ampliando o foco da saúde na busca de melhores condições de vida para a população atendida, como sendo um dos princípios básicos a serem trabalhados pelo PSF, trabalhando com medidas educativas. No entanto, a simplificação da assistência põe em risco a estratégia da Saúde da Família por não fornecer atendimento integral à saúde.

BUSS (2002) compartilha a ideia de promoção de saúde como atividades dirigidas prioritariamente à transformação dos comportamentos dos indivíduos “focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e no ambiente das ‘culturas’ da comunidade em que se encontram” e em atividades voltadas para o coletivo e ao meio ambiente “compreendido de ambiente físico (natural e construído), social, político, o que só seria possível através de políticas públicas intersetoriais e de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde”.

Nesse sentido, a prefeitura de Belém desenvolveu ações intersetoriais que tiveram como pontos convergentes o uso de recursos naturais como fonte de geração de emprego e renda, aliada a Política de Saúde, Meio Ambiente e de Economia, por meio dos Projetos de Desenvolvimento Infantil no Santana do Aura – Belém⁸, e do Projeto Farmácia Nativa em parceria com a prefeitura italiana de Pontassieve e com a Região da Toscana, descrito posteriormente.

Relação de Medicamentos Essenciais para o PSF

A Relação de Medicamentos Essenciais demonstrou não ser adequada para atender às necessidades dos usuários, e a distribuição para rede de serviços era considerada muito ruim, segundo “E1”:

O padrão de insumos era o mesmo, não levando em consideração o perfil nosológico, com áreas faltando ou sobrando. (...) redefinir a necessidade de abastecimento de unidades em função dos perfis epidemiológicos da região, com padrão particular para cada Unidade, facilitando o acesso, pois assim minimizava a falta de medicamentos.

A seleção de medicamentos é o eixo da Assistência Farmacêutica, segundo Marin

⁸ BELÉM. SESMA. Projeto de Desenvolvimento Infantil no Santana do Aurá. O projeto foi iniciado, em 2000, e, a partir de 2002, contou com o financiamento da UNICEF. Foi desenvolvido, em uma área próxima ao lixão da cidade, com ações desenvolvidas de promoção à saúde, com atendimentos médicos, nutricionais, de enfermagem, farmacêuticos, com o desenvolvimento de hortas comunitárias de plantas medicinais, hortaliças e criação de pequenos animais para fins de comercialização e suprir as carências nutricionais das crianças das áreas atendidas pelo PSF. Teve como objetivo geral: garantir condições favoráveis de desenvolvimento para as crianças de 0 a 6 anos da comunidade de Santana do Aura. Os objetivos específicos foram reduzir os agravos à saúde nas crianças de 0 a 6 anos, possibilitando impacto sob a morbi-mortalidade; suprir as carências nutricionais nas crianças e gestantes de baixo peso; superar o atraso de crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 6 anos; gerar alternativa alimentar e econômica para as famílias-alvo do projeto; introduzir o uso de plantas medicinais e da fitoterapia como alternativas terapêutica e econômica nos agravos da saúde; despertar a comunidade para o papel de gestor e contribuir para a redução de impactos socioambientais.

(2003, p.133-134), é a partir dela que se desenvolvem as outras etapas do seu ciclo. É necessário conhecer e considerar a estrutura e particularidades socioeconômico-culturais locais, por isso a autora considera como peças-chave “os gestores, gerentes, profissionais da instituição – particularmente os prescritores –, entidades representativas e os Conselhos de saúde”.

Na prefeitura de Belém, na Coordenação de Política de Medicamento e Assistência Farmacêutica (SESMA, 2003,p.8), são listados como critérios usados na seleção de medicamentos essenciais do município: diagnóstico do perfil de morbidade; protocolos de tratamento; conhecimento e utilização de protocolos de tratamento; relação de medicamentos essenciais do serviço, conhecimento e utilização da Relação de Medicamentos Essenciais, Memento Terapêutico e protocolo de inclusão e exclusão de medicamentos.

A lista de medicamentos essenciais do município varia quantitativa e qualitativamente de acordo com a complexidade e clientela atendida de cada nível de atenção. Em todas as Unidades Básicas e Pronto-Socorro, havia, pelo menos, um farmacêutico responsável, em um total de 76, inclusive na coordenação do PSF.

Em entrevista, o Coordenador da Política de Medicamentos & Assistência Farmacêutica (E2) relatou os critérios de escolha do elenco de medicamentos do PSF:

Na realidade, a lista de medicamentos do PSF foi uma discussão em nível nacional que estabeleceu o elenco de 31 itens, e no município de Belém nós ampliamos para 44 itens, atendendo às especificidades de alguns serviços, de alguns bairros. Não era o perfil epidemiológico, mas o tipo de serviço em questão. (...) No início, era preconizado que o PSF somente utilizaria medicamento sintomático e que os usuários seriam referenciados pelas unidades de saúde. Como em Belém tem uma questão de acessibilidade, uma distância muito grande entre casa-família e a unidade de saúde, aos poucos foram implementados, foram incluindo alguns produtos farmacêuticos para atender àquelas necessidades daquela casa-família em determinado bairro ou local da cidade. Em um primeiro momento, eram só medicamentos sintomáticos, medicamentos mais elaborados ou com risco maior seriam utilizados pelas unidades. Isso na época que tínhamos consultores cubanos. Depois quando houve implementação, gradativamente foram solicitados alguns medicamentos chegando ao ponto inclusive de solicitar medicamentos pra saúde mental e hoje trabalhando com alguns medicamentos também pra urgência e emergência.

A Relação de Medicamentos Essenciais do PSF sofreu modificações influenciadas pela Política Nacional de Medicamentos e pela estratégia de tratamento e resolutividade das equipes do PSF.

A primeira relação (padrão mensal) de medicamentos continha 138 (cento e trinta e oito) itens e a partir do Kit padronizado para o PSF foi reduzido para 35 itens, saindo todos

os medicamentos injetáveis usados para urgências ou para pequenas cirurgias. Estava em discussão a reformulação do Padrão do PSF, pois não havia consenso entre as Referências Técnicas e profissionais ligados ao PSF, uma vez que o grau de resolutividade está diretamente ligado à estrutura física e de recursos disponíveis para resolver os problemas de saúde da população atendida.

O PSF deveria ter de 80 a 90% de resolutividade nas áreas de atuação, afirmou o entrevistado, E1: “Quando é feito o mapeamento da área, obtêm-se o mapeamento da prevalência, o perfil nosológico, com a participação dos ACS, equipe do PSF. Pelas Referências Técnicas, deveria ter sido elaborado um padrão de consumo para cada área de atuação ou pelo menos por cada Unidade do Saúde da Família”.

Foi possível verificar, quanto aos padrões de medicamentos do PSF, a aplicação de uma fórmula matemática: foi estabelecido um elenco de medicamentos e um quantitativo referente ao consumo de um mês, de uma equipe do PSF, a partir de então se uma Casa-família abrigava uma equipe, seria um padrão de medicamentos, se fossem duas – duas vezes o mesmo padrão, e assim sucessivamente (essas informações foram obtidas pelo estudo comparativo dos padrões de consumo das Casas-família).

Essa fórmula de estabelecer os padrões de consumo do PSF, de maneira uniforme, pode facilitar inicialmente a programação de estimativa de compras desses itens, mas traz problemas do ponto de vista da otimização dos recursos, pois faltam ou sobram medicamentos, como demonstramos a seguir nas Tabelas 1 e 2:

- Quantidade consumida é menor que a padronizada (30 frascos/mês).
- Algumas Unidades ouvidas referiram não possuir o aparelho nebulizador.

Tabela 1: Medicamentos do PSF não solicitados no padrão mensal do programa⁹

MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NO PSF	UND.	N.º Casas-família que não fizeram pedido do produto	%
1. Ac. Acetilsalicílico 500mg: aas - comprimido	Comp.	12	48 %
2. Fenoterol 20ml 7,5mg/5ml - solução oral	Frasco	22	88 %
3. Furosemida 40mg - comprimido	Comp.	7	28 %
4. Neomicina 5mg + bacitracina 250u.i bisnaga 15g/20g - pomada	Bisnaga	10	40 %
5. Penicilinag procaína + potássica 300.000ui + 100.000 ui + diluente - frasco	Frasco	19	76 %
6. Propranolol, cloridrato 40mg. - comprimido	Comp.	14	56 %

⁹ Dados obtidos do estudo de abastecimento nas Casas-família realizado no período de 23 de abril a 13 de maio de 2003, a partir das solicitações dos padrões mensais de consumo de medicamentos entregues no Departamento de Recursos Materiais (DRM) da SESMA.

O conhecimento de como está organizada essa etapa é de fundamental importância, uma vez que o seu resultado pode sensibilizar a quem tem poder de decisão para propor mudanças no Serviço de Assistência Farmacêutica prestada, na medida em que pode oferecer a dimensão do desperdício de recursos (DUPIM, 1999, p.62).

Tabela 2: Medicamentos do padrão mensal do PSF não fornecidos pelo DRM¹⁰

MEDICAMENTOS PADRONIZADOS NO PSF	UND	N.º Casas-família que não receberam o produto pedido	%
1. Amoxicilina pó suspensão oral 50 mg/ml	Frasco	17	68 %
2. Benzoato de benzila 25% frasco 100ml	Frasco	26	100 %
3. Cloreto de sódio 0,9% solução isotônica 500ml - frasco	Frasco	15	60 %
4. Glibenclamida 5mg - comprimido	Comp.	22	88 %
5. Metronidazol (benzoil) suspensão 4%	Frasco	15	60 %
6. Sulfametoxazol 400mg + trimetoprima 80mg - comprimido	Comp.	16	64 %
7. Sulfato ferroso comp. 40mg/fe	Comp.	7	28 %

Temos que considerar os aspectos gerais para a programação de medicamentos como a existência de protocolos de tratamento, multiplicidade de apresentações de um mesmo produto, responsáveis pela programação questões (DUPIM, 1999), infraestrutura existente, dentre outras questões.

Devemos observar se o desabastecimento desses produtos pode estar relacionado a uma subestimativa, não considerando a demanda de cada Unidade de Saúde da Família.

KIT do PSF

A inserção da Assistência Farmacêutica no PSF foi dada pelo elenco de medicamentos destinados às equipes do PSF na distribuição trimestral e no incentivo à criação de equipes com a disponibilidade inicial de um *Kit* do PSF para a nova equipe (uma dificuldade apontada quanto aos medicamentos essenciais trata-se dos pacotes

¹⁰ Idem

prontos do Ministério da Saúde, como do HIPERDIA, KIT do PSF (Farmácia Popular), Programa Saúde da Mulher e de Saúde Mental, pois a composição quantitativa e qualitativa era a mesma para todo o país. A concepção de “pacote”, segundo relatos colhidos nas visitas as Unidades do PSF, sugerem que o Ministério da Saúde ainda trabalha com a lógica da antiga CEME, comprar e distribuir, levando ao desperdício de recursos. Um exemplo é o próprio Kit do PSF, entregue trimestralmente, proporcional ao número de equipes cadastradas no SIAB, independentemente do perfil nosológico.

Em 2003, o Ministério da Saúde entregou ao município de Belém, um total de 250 Kits do Incentivo à Assistência Farmacêutica vinculados ao PSF (BRASIL, 2004b). Conforme comparação entre o padrão de consumo de medicamentos de uma equipe do PSF e o elenco do Kit (corresponde a três meses de medicamento para uma equipe), existe uma variação quantitativa significativa entre os dois padrões, mais da metade dos itens entregues no Kit PSF. Alguns itens têm mais de 400% a mais do quantitativo do padrão do município, como demonstramos na Tabela 3.

A Tabela 3 compara o padrão de consumo mensal de medicamentos do PSF com o padrão do Kit de medicamentos entregue trimestralmente ao município pelo Ministério da Saúde, de acordo com o número de equipes do PSF cadastradas no SIAB. Os resultados indicam que pode estar havendo desperdício de recursos, devido à inadequada estratégia de abastecimento às equipes do PSF.

Coelho¹¹ (2003) refere-se à Política adotada pelo Ministério da Saúde pelos dos “Kits” como estratégia fragmentada, com pouco impacto sobre a saúde da população:

O medicamento é a mercadoria privilegiada, de uso compulsório. A ‘empurroterapia’ assola o mercado e as ‘cestas’ e ‘Kits’ infestam o Ministério da Saúde. É ‘cesta básica’, ‘Kit mulher’, ‘Kit PSF’, ‘Kit sertão’, entre outras ‘pérolas’ da Assistência Farmacêutica fragmentada, dispersiva e com baixa resolutividade.

Outro exemplo é o Kit Saúde da Mulher, entregue pelo Ministério da Saúde aos municípios, em que o quantitativo é insuficiente e os municípios não complementam esta demanda, havendo a falta de itens essenciais como o relato em SESMA – PSF (2001)¹² no qual profissionais de uma Unidade do Programa Saúde da Família comunicavam a suspensão do Programa de Planejamento Familiar, por não ter medicamentos anticoncepcionais em número suficiente para atender à demanda.

¹¹ COELHO, Clair Castilhos. De Bagdá a Brasília, 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, Caderno da Conferência, Brasília, 2003.

¹² SESMA - PSF. Documento enviado à Coordenação do PSF Belém. 2001. (Mimeo)

Tabela 3: Comparação entre o padrão de consumo mensal de medicamentos do PSF x padrão do Kit PSF

Item	Unidade	Padrão mensal do PSF	KIT Trimestral	KIT/Mês	% quantitativo do KIT sobre o padrão mensal do PSF
1. Ac. Acetilsalicílico 100mg - comprimido	Comp.	700	1000	333	48 %
2. Aminofilina 100mg - comprimido	Comp.	40	500	167	417 %
3. Amoxicilina susp. 250mg fr. 60ml	Fr.	60	100	33	56 %
4. Ampicilina cáps.500mg	Cáp.	1000	500	167	17 %
5. Benzoato de benzila 25% fr. 100ml	Fr.	40	50	17	42 %
6. Captopril 25mg -comprimido	Comp.	300	500	167	56 %
7. Cimetidine 200mg. - comprimido	Comp.	150	1000	333	222 %
8. Dexametasona 1%/10g - creme	Bis.	50	100	33	67 %
9. Glibenclamida 5mg - comprimido	Com.	40	500	167	417 %
10. Hidroclorotiazida 50mg. - comprimido	Com.	300	2000	667	222 %
11. Mebendazol 100mg - comprimido	Com.	600	300	100	17 %
12. Mebendazol 100mg./fr. 30ml - suspensão oral	Fr.	250	50	17	7 %
13. Metildopa 500mg - comprimido	Fr.	250	500	167	67 %
14. Metronidazol 250mg - comprimido	Comp.	400	500	167	42 %
15. Neomícina 5mg + bacitracina 250u.i bisnaga 15g/20g - pomada	Bis.	200	50	17	8 %
16. Paracetamol 200mg/fr. 15ml - gotas	Fr.	30	100	33	111 %
17. Paracetamol 500mg - comprimido	Comp.	400	500	167	42 %
18. Propranolol, cloridrato 40mg. - comprimido	Comp.	100	1000	333	333 %
19. Sulfato ferroso 300mg - drágea	Drág.	400	1000	333	83 %

CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO PSF

Segundo MARIN (2003, p. 129-130), “todos os componentes do ciclo da Assistência Farmacêutica podem e devem contribuir para a promoção do uso racional de medicamentos”, uma tarefa prioritária para organizar os serviços de atenção básica seria o de resgate das atividades pertinentes à Assistência Farmacêutica que encontram-se dispersas e desestruturadas.

Uma das indagações deste estudo é feita à Gestão do Medicamento no PSF? Como são efetuadas as diversas etapas envolvidas no ciclo da Assistência Farmacêutica no PSF. Quais são as atribuições e competências dos membros das equipes nessas etapas?

Para responder essas questões, será apresentada a estruturação das Casas-famílias e posteriormente a organização do ciclo da Assistência Farmacêutica no PSF.

Para MARIN (2003), as palavras administração, gestão e gerência são sinônimas, diferenciadas apenas pelas funções exercidas e pelo nível hierárquico.

A gestão como administração de nível superior, seja municipal, estadual ou federal; a gerência como administração de nível intermediário e a supervisão como administração de nível operacional (MARIN,2003,p.54)

Caracterização das Casas-família

O tipo de situação do imóvel tem uma relação direta com a estrutura das Casas-família, porque as construídas, além de estarem em melhores condições de conservação, apresentam áreas desenhadas, segundo as necessidades pensadas para o programa, enquanto as casas alugadas representam um problema na adaptação de espaços para funcionar como uma Unidade de Saúde. A escolha das “casas” obedece à localização da área de atuação da equipes. Como, prioritariamente, o PSF foi implantado em áreas pobres da cidade, até a construção das Unidades definitivas, foram constatadas precárias às condições de algumas Casas-famílias e, de acordo com o tamanho da casa, eram “criados” serviços, como a farmácia que, no projeto inicial, não seria necessária, porque os medicamentos ficariam apenas nos consultórios médicos e de enfermagem.

O entrevistado E4 fala com preocupação da escolha dos locais para abrigar o PSF:

“... na casa-família não tem estrutura pra funcionar (...) “é uma casa” realmente pegaram uma casa e colocaram os funcionários lá dentro pra trabalhar. É assim que funciona a casa-família” (E4).

Serviços oferecidos à comunidade

Imunização; farmácia; consultas médicas e de enfermagem; curativos; PCCU; DST; teste do pezinho; aplicação de injetáveis; pré-natal; controle de hipertensão; controle de diabetes; controle de tuberculose; controle hanseníase; planejamento familiar; pró-ame; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 5 anos; visitas domiciliares; encaminhamentos para serviços especializados e palestras na comunidade.

Perfil dos profissionais do PSF

Na Tabela 4, são apresentados os profissionais que responderam aos questionários. O gênero feminino foi predominante com 77% da amostra, havendo uma paridade entre as três categorias analisadas: médicos, enfermeiros e assistentes administrativos. A idade dos profissionais variou de 23 a 52 anos de idade, de recém-formados a aposentados. O tempo de participação nas equipes do PSF variaram de 3 anos (desde o início da implantação do programa), a um mês, embora alguns entrevistados referirem ser funcionários públicos/CLT.

Tabela 4: Perfil dos profissionais pesquisados

PROFISSIONAIS	QUANTIDADE	GÊNERO	
		FEMININO	MASCULINO
MÉDICO	08	06	02
ENFERMEIRO	08	08	-----
AGENTE ADMINISTRATIVO	10	06	04

Os agentes administrativos antes de trabalharem no PSF exerceram funções administrativas ou trabalharam até como locutores de rádio, músicos, enquanto os médicos e enfermeiros já haviam trabalhado em outros níveis de atenção ou ainda estavam no seu primeiro emprego.

Um dos problemas relatados por TRAD (2003) é a alta rotatividade dos profissionais em decorrência da não identificação com as normas do programa e com as condições de trabalho.

Quando indagados sobre as atividades desenvolvidas no PSF, os profissionais relataram grande número de atividades, tempo curto para realizá-las, aumento na demanda de atendimento e acúmulo de funções de outros profissionais, demonstrado no Quadro 9:

Quadro 9: Atividades realizadas no dia a dia da casa-família

MÉDICO	ENFERMEIRA	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO
Consultas médicas, principalmente aos grupos prioritários.	Consultas de enfermagem (planejamento familiar, TB, MH, AIDPI).	Serviço de administrativo.
Visitas domiciliares.	Visitas domiciliares.	Acolhimento à comunidade.
	Educação continuada.	Controle da frequência.
	Supervisão do corpo de enfermagem.	Atendimento de farmácia.
		Entrega de vale-transporte e contracheque.

continua >

MÉDICO	ENFERMEIRA	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO
		Serviços externos.
		Auxiliar de médicos, enfermeiros, técnicos e ACS sobre impressos, etc.
		Entrega de vale-transporte e contracheque.
		Serviços externos.
		Auxiliar de médicos, enfermeiros, técnicos e ACS sobre impressos, etc.

Atividades desenvolvidas pelos profissionais do PSF na gestão de medicamentos

Os medicamentos percorrem um longo caminho, desde a solicitação até a utilização pelo paciente. Cada etapa deve ser considerada como importante para garantir o acesso e uso racional e deve contar com a participação da equipe do PSF.

A Tabela 5 demonstra que o médico participa predominantemente na prescrição e orientação do uso de medicamentos e pouco nas outras atividades.

Tabela 5: Atividades desenvolvidas no ciclo da assistência

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	MÉDICO	ENFERMEIRO	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO
Seleção dos medicamentos padronizados para o PFS	03	02	03
Recebimento de medicamentos	02	04	10
Armazenamento/Estocagem de medicamentos	02	04	10
Conservação de medicamentos	01	02	07
Programação de medicamentos (padrão mensal de medicamentos)	02	05	08
Controle de estoque de medicamentos	01	01	06
Distribuição de medicamentos para os diversos setores	—	01	07
Prescrição de medicamentos	08	08	—
Orientação do uso correto dos medicamentos	07	07	01
Dispensação/Entrega dos medicamentos ao paciente/ usuário	04	05	09
Controle de qualidade de medicamentos	02	02	03

O enfermeiro é o profissional de nível superior, que atua em todas as etapas e o assistente administrativo participa de todo o processo, com exceção da prescrição de medicamentos. De acordo com a Figura 1, a rotina operacional da equipe é a seguinte:

1. Definição das necessidades: feita pela equipe de acordo com a demanda e com o estoque existente.
2. Solicitação: é feita por um Padrão de Consumo Mensal, preenchida pelos enfermeiros e assistentes administrativos na maioria dos casos.
3. Recebimento: é realizado na recepção da Unidade, no arquivo/farmácia. Uma das queixas frequentes é quanto à entrega pelo DRM/SESPA, não há tempo de avaliar todos os itens necessários, pois há muita pressa do setor de entrega.
4. Conferência: fica prejudicada, como já relatado, e os produtos em desacordo só podem ser observados no momento da guarda dos medicamentos.
5. Armazenamento: em 58% das Casas-famílias visitadas há almoxarifado ou os medicamentos podem ser armazenados no arquivo e/ou nos consultórios médicos; existem deficiências de equipamentos como ar-condicionados ou ventiladores em funcionamento, tornando essas áreas impróprias para o armazenamento de medicamentos.
6. Dispensação: conceitualmente, seria “o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado” (BRASIL, 2002), mas, no caso do PSF, como não há farmacêutico, a entrega do medicamento pode ser feita pelo

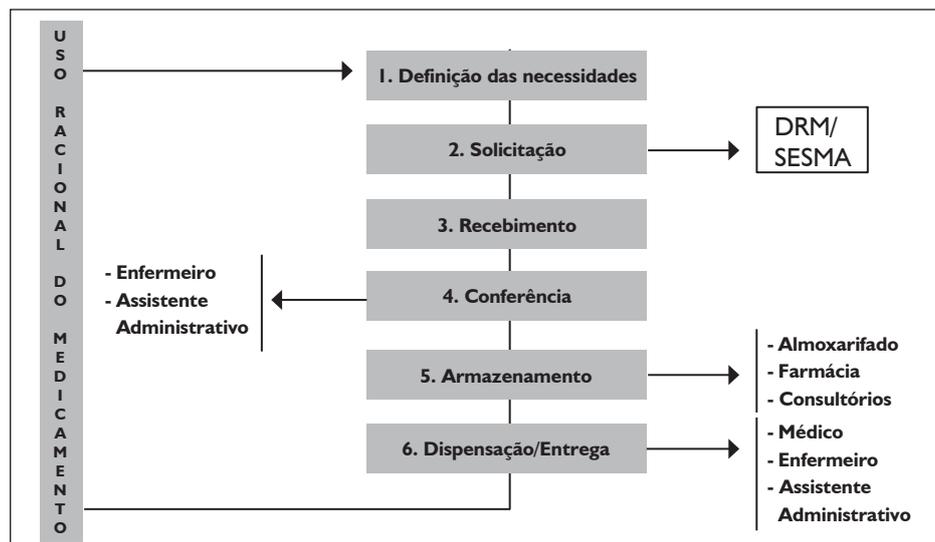


Figura 1: Fluxograma dos medicamentos no PSF

Figura adaptada de SILVA (2000) - Fluxograma de medicamentos no QUALIS

médico, enfermeiro ou assistente administrativos (que não receberam nenhuma capacitação sobre a orientação e sobre o uso de medicamentos e atendimento de prescrições).

7. Uso racional de medicamentos: está diretamente relacionado à seleção de medicamentos essenciais e à escolha terapêutica dos prescritores, podendo ser acompanhada e avaliada pelos profissionais por meio de indicadores citados por MARIN anteriormente.

Seleção dos medicamentos

O ponto de partida dos medicamentos no ciclo da Assistência Farmacêutica é a seleção, sendo fundamental a adoção de critérios eficazes e seguros para o atendimento da população, a partir do diagnóstico prévio da área de atuação, como as doenças mais prevalentes, a fim de garantir os medicamentos essenciais para o tratamento dos possíveis pacientes daquela área (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001 b.p.31).

Isso seria possível e poderia reduzir o problema da falta de medicamentos.

Não existia uma Comissão de Farmácia e Terapia (CFT) legalmente constituída no município e os profissionais do PSF desconheciam os critérios adotados para a escolha do elenco de medicamentos para o PSF.

Quanto à seleção de medicamentos, os pesquisados descreveram critérios a adotar para a escolha do elenco de Medicamentos do PFS:

- de acordo com o número de hipertensos e diabéticos e as medicações mais usadas nesses grupos, assim como para crianças e para o planejamento familiar.
- que fossem analisadas as peculiaridades de cada casa-família, por exemplo: maior incidência de doenças de pele, número de DSTs, etc.

Em relação a outros medicamentos que julgavam necessários no Padrão dos Medicamentos responderam que:

- Medicamentos do Programa Farmácia Nativa (fitoterápicos): pela sua eficácia e efeitos colaterais que não existem.
- Medicamentos para vômito.
- Ambroxol, clortrimazol, voltaren injetável, hidróxido de alumínio, pois a comunidade é supercarente (A25).
- Penicilina G benzatina 1.200.000U, hidróxido de alumínio, soro fisiológico nasal.
- Secnidazol, devido ao grande número de gardinerela, assim como metronidazol (creme), medicamentos de TB e MH, assim com também p/ reações do tipo 1 e 2 de MH.
- Pela necessidade constante deles: cefalosporinas, penicilinas, AINES.

Os itens julgados necessários foram escolhidos segundo a experiência clínica, mas não com o auxílio das evidências científicas, o que pode levar a erros na seleção do medicamento mais adequado.

Devem ser incluídos medicamentos que comprovem a vantagem sobre a relação dos já existentes, selecionar de acordo com o perfil epidemiológico, priorizar os medicamentos considerados básicos para atender à maioria dos problemas de saúde da população (Idem,2001b,p.33).

Quando analisados os dados, observa-se que os profissionais pesquisados ainda veem limitada a participação na seleção de medicamentos, pois 31% acreditam que o médico deve opinar no processo de seleção e 12% que ele deve ser informado; enquanto que os enfermeiros devem opinar em 35%, e participar, supervisionar, avaliar e ser informados em 12% das respostas.

O ASC e o auxiliar de enfermagem devem ser informados de acordo com 15% dos profissionais. O farmacêutico deveria, em 15%, planejar e decidir sobre a seleção de medicamentos e em, 12%, o farmacêutico deve ser responsável, participar e supervisionar esse processo.

O assistente administrativo, em 27% dos relatos, deveria ser o responsável pela seleção dos medicamentos no PSF, em 23%, planejar a seleção dos medicamentos e, em 20%, opinar e participar efetivamente, devendo avaliar o processo de seleção dos medicamentos.

Levando em consideração que os questionários foram respondidos por médicos, enfermeiros e assistentes administrativos, demonstram não compreender a complexidade e importância dessa etapa.

Programação dos medicamentos

A programação de medicamentos deve estimar as quantidades a serem adquiridas, a fim de atender à demanda do serviço, em um determinado período de tempo, tendo impacto direto sobre o abastecimento e conseqüentemente sobre o acesso aos medicamentos. (Idem,2001b,p.37).

No PSF, o padrão de consumo é abastecido mensalmente como um dos critérios para o aumento do padrão é comprovar a insuficiência do quantitativo de medicamentos para uma determinada demanda, no PSF, isto não é possível, pois não há registro de demanda não-atendida, dificultando o planejamento e a avaliação do padrão de abastecimento.

O critério adotado para a programação é o do Consumo Médio Mensal (CMM), quando perguntados sobre o significado dessa sigla, que consta do formulário do padrão mensal, apenas os assistentes administrativos responderam corretamente, pois haviam feito uma capacitação para almoxarifados pela equipe de farmacêuticos do DRM.

O enfermeiro e o assistente administrativo são os responsáveis pelo preenchimento do padrão de consumo, feito em duas vias, uma para a Unidade e outra do DRM. O assistente administrativo encaminha o pedido ao Departamento de Recursos Materiais – DRM, onde fica a Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF) do município.

Os profissionais acreditam que os problemas com a inadequação da programação são decorrentes da própria filosofia do programa, que leva a um acúmulo de tarefas, impossibilitado uma avaliação mais detalhada.

Recebimento dos medicamentos

Os medicamentos são recebidos pelos assistentes administrativos, na maioria das vezes, e na sua ausência pelo médico ou enfermeiro.

O recebimento segue uma programação previamente divulgada de entrega pelo DRM, mas, segundo relatos, é comum o atraso nessa programação.

O recebimento é feito na recepção da casa-família, onde são observados prazo de validade, lotes, acondicionamento, quantidade pedida e a entregue, conservação e integridade das caixas.

Foi relatado que a pressa dos entregadores do DRM dificulta a conferência desses itens, quando se detecta algum item em desacordo, é mais difícil para devolver ou cobrar o restante.

A recepção de medicamentos é uma das etapas críticas do armazenamento e controle de estoque, por consistir em um exame detalhado entre o que foi pedido e o que foi recebido (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b.p.56).

O controle de estoque é deficiente na casa-família, pois o profissional responsável é o assistente administrativo, que não dispõe de tempo para preencher a ficha de prateleira diariamente, em que são feitos os controles de entrada e saída dos medicamentos.

Armazenamento dos medicamentos

Quanto à estocagem e guarda, dependem do número de cômodos da casa-família. Algumas têm almoxarifado, outras os medicamentos são guardados no setor de arquivo e/ou recepção.

Foi descrito que o número de estantes de aço para organizar os medicamentos é insuficiente, não existe controle de temperatura, existem medicamentos em contato com o chão. As áreas de armazenamento não estão protegidas de poeira e insetos e não há problemas quanto à umidade.

Quando há vencimento dos medicamentos, eles são separados pela enfermeira e pelo assistente administrativo, que informam à Coordenação Distrital do PSF que recolhe e entrega à Vigilância Sanitária Municipal para ser incinerado. Se for necessário o preenchimento do termo de baixa dos produtos vencidos e/ou alterados, ele é assinado pelo médico, enfermeiro, assistente administrativo e coordenador distrital.

Foi relatado que não há uma frequência em se fazer inventários. Nesse aspecto, perde-se o controle sobre o estoque, o que permite a não detecção de desvios de medicamentos.

Na área de armazenamento, foram informados que na metade dos casos todos os membros da equipe do PSF tem acesso irrestrito aos medicamentos armazenados.

O entrevistado E3 já havia se referido às condições de armazenagem e de falta de controle dos medicamentos, descrito a seguir:

Ao ingressar na casa-família em termos da dispensação dos medicamentos foi observada uma situação muito adversa, pois era desorganizado, não havia uma

organização lógica, os medicamentos não eram acondicionados em locais ideais, eram caixas espalhadas pelo chão, eram colocadas em qualquer lugar, em contato com umidade; os materiais técnicos também não eram acondicionados em locais adequados e, o principal, não havia controle de entrada, de saída, era um desvio de medicamentos, entrava qualquer funcionário, qualquer pessoa dentro do local de dispensação, pegava os medicamentos, se quisesse deixava a receita, senão ia embora, levava, quer dizer, uma falta de organização total, sem ninguém para tomar conta, ter responsabilidade sobre aquilo. (E3)

Em um local para o armazenamento de medicamentos, não devem existir condições que possam contribuir para os riscos de perda, deterioração, desvios e incêndios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b.p. 63)

Distribuição dos medicamentos

Esta atividade consiste em suprir de medicamentos as diversas áreas onde estes são necessários, em quantidade, qualidade e tempo hábil para possibilitar sua dispensação posteriormente. (Idem, 2001b. p.86)

Os locais mais frequentes para onde são distribuídos os medicamentos são: consultórios médicos (42%) e de enfermagem (46%), farmácia (39%), sala de curativos (27%) e sala de vacina (11,5%), segundo informações dos pesquisados.

Na maioria das vezes, são os próprios profissionais que abastecem seus locais de trabalho.

A situação mais crítica foi encontrada em duas casas-famílias, uma Unidade alugada, onde a área era imprópria para o uso, com calor excessivo, umidade, rachaduras e sem a mínima segurança e outra definitiva, construída para abrigar o PSF, onde não haviam previsto nenhuma área para armazenar em grande quantidade os medicamentos, sendo que estes foram colocados na sala usada para esterilização de materiais, próximo à estufa.

Prescrição dos medicamentos

As práticas da prescrição nos serviços de saúde representam indicadores básicos do uso do medicamento OMS (1993), como o número médio de medicamentos por prescrição, percentual de medicamentos prescritos da lista de medicamentos essenciais dos serviços, dentre outros.

A prescrição, como “é o ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento” (Portaria GM n.º 3.916/98), representa uma das ferramentas de usar racionalmente os medicamentos. Aspectos legais de uma prescrição servem de parâmetro para avaliar a qualidade da prescrição e consequente uso dos medicamentos, segundo a legislação brasileira, são itens obrigatórios (Art. 35 da Lei 5.991/73):

- a) Legibilidade da prescrição.
- b) Posologia descrita na prescrição (escrita por extenso, denominação genérica, forma farmacêutica, dosagem, técnica de administração, horário de administração, via de administração, duração do tratamento e data).
- c) Identificação do usuário na prescrição (nome e endereço).
- d) Identificação do prescritor (assinatura e carimbo).
- e) Número de medicamentos por prescrição.
- f) Presença de medicamentos da relação de medicamentos essenciais.

No estudo realizado de 2.000 prescrições analisadas de várias Casas-famílias os aspectos mais preocupantes foram:

- Apenas 59% das prescrições médicas indicavam a forma farmacêutica.
- Apenas 47% das prescrições médicas continham o horário de administração dos medicamentos.
- Quanto à duração do tratamento, 0% e 9,8%, respectivamente de enfermeiros e médicos, informaram a duração do tratamento.
- 50% das prescrições do enfermeiro continham carimbo ou COREN presentes.

Mais de 82% dos medicamentos foram prescritos pelo nome genérico, o que facilita o conhecimento do paciente quanto ao tratamento, pois o nome comercial costuma confundir o usuário. No entanto, quanto à legibilidade, 72% das prescrições dos médicos estavam ilegíveis, enquanto as dos enfermeiros estavam 100% legível, como demonstra a Figura 2.

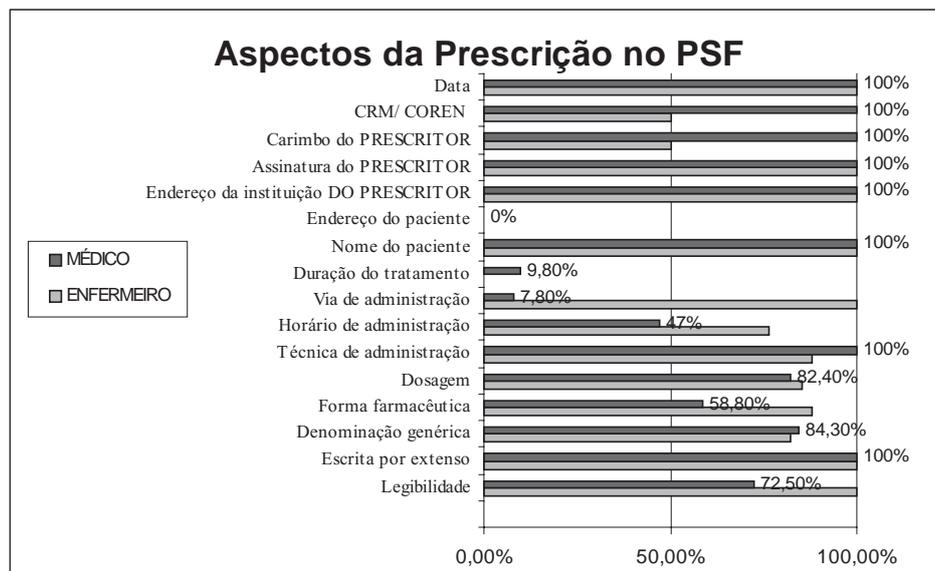


Figura 2 - Prescrição de médicos e enfermeiros do PSF

Quanto ao número médio de medicamentos por prescrição, a média no PSF foi de 2,5 medicamentos por prescrição, a média aceitável é de 2 (dois) medicamentos segundo OMS apud MARIN (2003). Portanto, a média do PSF encontra-se próxima dos limites estabelecidos.

Entrega e uso dos medicamentos

Houve falta de qualificação do profissional na entrega dos medicamentos, de acordo com a Tabela 6, o assistente administrativo não recebeu nenhuma capacitação para tal, como aspectos sobre a indicação; contraindicação; via de administração; duração de tratamento; dosagem; posologia; cumprimento de horários; influência dos alimentos; interação com outros medicamentos, dentre outros (BRASIL, 2001).

Tabela 6: Entrega de medicamento no PSF

PROFISSIONAL	Total de profissionais	% que entregaram os medicamentos
1. ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	22	85,0
2. ENFERMEIRO	14	54,0
3. MÉDICO	11	42,0
4. AUXILIAR DE ENFERMAGEM	08	31,0
5. AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	03	11,5
6. AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE	01	4,0

Dentre as informações dadas aos pacientes no PSF, estão a conservação dos medicamentos e o tempo de conservação após o uso.

O termo de entrega de medicamentos foi utilizado para diferenciar da dispensação, realizada apenas pelo farmacêutico, sendo considerada um ato mais complexo que uma simples entrega de medicamentos. Segundo MARIN (2003, p.239), a importância da dispensação deve-se ao fato de que este é o momento em que os profissionais de farmácia interagem diretamente com os usuários. No caso do PSF, a interação ocorre com o assistente administrativo, médico e enfermeiro, pois não há um farmacêutico na equipe nem mesmo um auxiliar de farmácia capacitado para tal.

Aspectos para justificar uma adequada dispensação (Idem):

- a) Redução da internação hospitalar.
- b) Número crescente de pacientes com doenças crônicas, que demandam uso de medicamentos por longo tempo (em especial idosos).
- c) Maior foco na medicina preventiva e na educação em saúde.
- d) Maior custo-efetividade das intervenções terapêuticas por usar adequadamente os medicamentos.

O procedimento da 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. (MSH in MARIN, 3003, p.241)

Os lugares onde são dispensados os medicamentos no PSF são respectivamente: consultório de enfermagem (46%); consultório médico (42%), farmácia (42%) e almoxarifado (27%) segundo a pesquisa. A ideia inicial era que os próprios prescritores fizessem a entrega dos medicamentos e a orientação aos usuários quanto ao uso dos medicamentos.

A capacitação dos profissionais em alguns temas, também mereceu atenção:

Identificação de alterações de medicamentos (73%); reações adversas a medicamentos (62%); medicamentos genéricos (54%); interação entre medicamento X medicamento (50%) e seleção de medicamentos (42%).

Segundo MARIN (2003, p.245), o dispensador (o farmacêutico) deveria estar atento para:

- Interpretação errada da prescrição.
- Troca de medicamento.
- Dose errada.
- Contagem, composição imprecisa.
- Desconhecimento da adesão ao tratamento.
- Tempo insuficiente para conversar com os pacientes acerca de seus medicamentos.
- Dificuldade em se comunicar com o paciente e de ser compreendido por ele.

A dispensação é uma etapa do ciclo da Assistência Farmacêutica que deve ser tratada com mais cuidado no PSF, pois pessoas não capacitadas podem comprometer a qualidade do serviço e trazer riscos de intoxicações e de ineficiência do tratamento medicamentoso.

Desafios com relação aos medicamentos no PSF

- Falta de controle de estoque dos medicamentos: segundo informações da pesquisa, 46% dos profissionais do PSF responderam que todos os profissionais do PSF têm acesso aos locais onde são armazenados os medicamentos.
- Não há manual de normas ou procedimento descrevendo as funções, autoridades e responsabilidades da equipe quanto aos medicamentos.
- Não qualificação do assistente administrativo para dispensar medicamentos.

- O controle de entrada e saída de medicamentos na Casa-família é feito de maneira irregular.
- A falta/inadequação de medicamentos reduz a resolutividade do programa:

Não adianta você implantar um programa, conseguir trazer a população, conseguir fazer um acompanhamento com idosos, com hipertensos e, quando ele mais precisa do medicamento que é onde vai manter a sua qualidade de vida, você não tem para atender aquele paciente. Isso causa uma certa rejeição, o que acaba trazendo transtorno, porque ele acaba desacreditando no programa, e você está perdendo um elo importante com quem você está trabalhando, então (...), eu acho que deveria ser um ponto que deveria ser trabalhado melhor até a própria estruturação, se repensar, sentar, fazer uma avaliação do que está sendo feito, porque dentre os locais de trabalho em que eu tenho contato, e que outros colegas tem contato, a gente tem passado por dificuldades por falta do medicamento.(E3)

A adesão terapêutica no grupo de idosos em uma equipe do PSF de Belém demonstrou que as maiores dificuldades enfrentadas, primeiramente, foi de que o atendimento ao idoso requer maiores cuidados (52,94%) e em segundo lugar foi a falta de adesão ao tratamento com 41,8% dos relatos, os profissionais afirmaram que “a principal dificuldade encontrada por eles era que os pacientes seguissem as orientações gerais e a prescrição médica” (ROSA, 2003).

- Dentre as dificuldades encontradas pelos profissionais, foi apontada a restrição de itens para antibiótico e terapia adequada.

Esse processo fragmentado e pouco qualificado da Assistência Farmacêutica no PSF expõe o programa a ter um baixo impacto nas ações de saúde. Sendo necessário analisar as causas dos problemas para encontrar alternativas, soluções possíveis.

Neste trabalho, apresentamos uma estimativa rápida e simples de listar esses problemas quanto às várias etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica: A SELEÇÃO; A PROGRAMAÇÃO; O RECEBIMENTO; O ARMAZENAMENTO; A DISTRIBUIÇÃO; A DISPENSAÇÃO; O USO CORRETO.

O Entrevistado E3 relata que a falta de medicamentos no PSF é um problema que traz como consequência, o desestímulo dos pacientes que perdem a credibilidade no trabalho desenvolvido pelo PSF “e isso seria o fim do programa. O programa é voltado aos indivíduos que o utilizam, se eles não acreditam, não procuram mais o programa (...) então acabou a finalidade” (E3).

O planejamento pode ser usado para buscar soluções para os problemas como uma ferramenta de gerenciamento.

Devemos concentrar esforços no sentido de organizar um processo coletivo que permita a estruturação e a consolidação da assistência farmacêutica de modo racional e crescente. O planejamento será mais proveitoso se implantá-lo de forma gradual; caso contrário correm o risco de desperdiçar esforços e um tempo considerável, além de desmotivar a equipe de trabalho. (MARIN, 2003, p99)

Causas e efeitos das dificuldades relatadas nas etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica

O Diagrama de causa e efeito ou “espinha de Peixe”, ou “diagrama de Ishikawa” de TAJRA (2003) é uma ferramenta simplificada de identificação das possíveis causas de um problema, “analisando e interligando os pontos fracos e fortes da questão (causas raízes) que afetam o problema.”

Na Figura 3, prescrição das causas do problema foram relacionadas às etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica no PSF, mas o processo de trabalho na equipe é um dos eixos centrais.

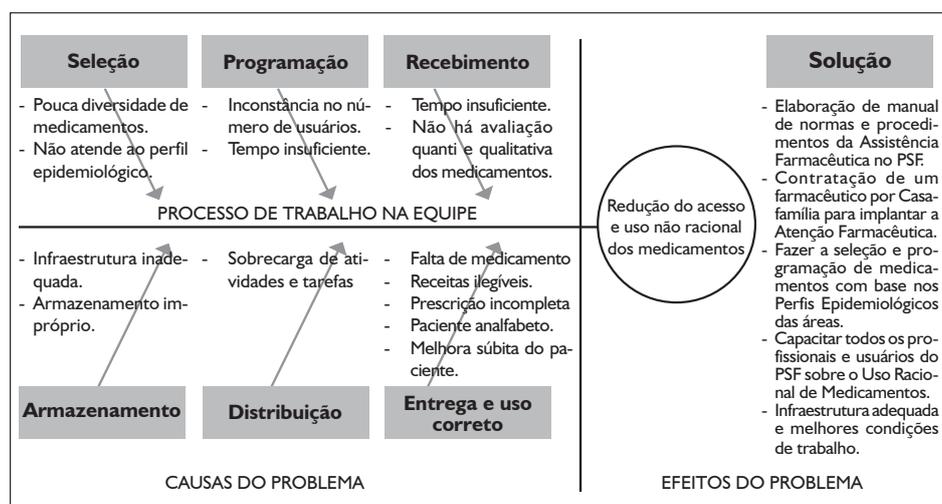


Figura 3: Diagrama de causa e efeito da não organização do ciclo da Assistência Farmacêutica no PSF

A Figura 3 foi adaptada do Diagrama de causa e efeito de TAJRA (2003p.108-109)

Estratégias de reestruturação

A Política de Medicamentos com enfoque na fitoterapia e a capacitação de Recursos Humanos foram estratégias adotadas pelo município estudado para promover o acesso e o uso racional de medicamentos no PSF como descrito a seguir.

O Programa de Fitoterapia

A estratégia de trabalhar a fitoterapia no município pelo PSF foi por compartilhar o princípio de trabalhar na comunidade, o *slogan* do Programa de fitoterapia – o Programa Farmácia Nativa era “resgatando a sabedoria popular”.

O Programa Farmácia Nativa objetivava complementar a Assistência Farmacêutica na rede municipal de saúde com o uso alternativo de medicamentos fitoterápicos. Em abril de 2000, foi implantado, por meio da parceria entre a Organização Não Governamental (ONG) – Movimento República de Emaús e da Instituição de Ensino privada – , o Centro de Ensino Superior do Pará – CESUPA segundo a Home Page da SESMA/PMB de 10.04.2001. A implantação do programa começou nas Unidades do PSF com três medicamentos: Xarope Composto de Eucalipto Adulto (*Eucalyptus* glóbulos, *Cymbopogon citratus*, *Zinziber officinale*), Xarope Composto de Eucalipto Infantil (*Eucalyptus* glóbulos, *Cymbopogon citratus*) e Solução de Melão de São Caetano (*Momordica charantia*, *Ocimum basilicum*).

O farmacêutico que participava da Coordenação do PSF também coordenava, inicialmente, o Programa Farmácia Nativa. MATOS (2000) chama a atenção para a importância da inclusão do farmacêutico no PSF por meio da integração entre o PSF e o Programa de Fitoterapia:

Esta integração seria absolutamente natural, vez que ambos têm características de assistência social complementares – o PSF, no âmbito de assistência médica, e no âmbito da assistência farmacêutica. Em alguns municípios cearenses, essa integração tem se mostrado benéfica, tanto pela acentuada redução dos custos da assistência farmacêutica como adaptação do médico ao renovado e crescente campo da fitoterapia científica. (MATOS, 2000,p. 10)

No país, o Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2003) destacou as plantas medicinais e os medicamentos fitoterápicos na Política Nacional de Medicamentos Essenciais, apontando para a elaboração de uma lista de fitoterápicos destinados ao atendimento primário à saúde.

Promover a integração e participação do saber científico/popular para o resgate, disseminação do uso e do conhecimento das plantas medicinais e fitoterápicos no SUS no âmbito da Assistência Farmacêutica, assegurando o compartilhamento dos resultados com as comunidades detentoras do conhecimento; estimular a utilização de plantas medicinais na dietoterapia, promovendo o uso de espécies nativas e exóticas com potencial para tanto, contribuindo para a prevenção, promoção e manutenção da saúde; (...) Promover o uso racional de plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos, com ênfase na promoção da saúde, envolvendo atenção farmacêutica,

educação dos usuários, dos farmacêuticos, dos prescritores e dos demais profissionais da saúde; (...) Estimular e viabilizar o cultivo e o manejo sustentável de plantas medicinais, nos sistemas de produção familiar e tradicional, visando ao uso na atenção básica de saúde. (BRASIL, 2003)

Dentre as experiências do Programa de Fitoterapia no PSF desenvolvidas em Belém, são destaque, segundo o Diário da Saúde¹³ :

- Convênio entre a cidade de Pontassieve e Universidade de Firenze na Itália, um projeto que proporcionou um trabalho intersetorial do PSF com a Secretaria de Educação (SEMEC), Secretaria de Economia (SECON), Secretaria de Saneamento (SESAN), Fundação de Parques e Áreas Verdes de Belém (FUNVERDE) e a Escola Bosque: promovendo a capacitação de profissionais de saúde e comunidade sobre o uso das plantas medicinais; criação de hortos de plantas medicinais na comunidade e em Unidades de Saúde.
- Projeto de Desenvolvimento Infantil em Santana do Aurá, financiado pela UNICEF: com a construção de horto comunitário para promover a geração de emprego e renda e capacitação dos ACS.
- Curso de Uso Correto de Plantas Medicinais para os ACS do Distrito Administrativo de Icoaraci (DAICO) e Distrito Administrativo do Outeiro (DAOUT).

O Entrevistado E2 relata que a escolha do Programa de Fitoterapia no município deve-se à tradição na Região Amazônica do uso das plantas, a biodiversidade e a preocupação com os riscos à saúde representado pelo uso inadequado de plantas medicinais no preparo, no armazenamento ou mesmo do uso.

Nós vivemos na região amazônica que é uma região com uma riqueza de biodiversidade, nós temos toda uma cultura plantada no xamanismo, plantada em medicamentos não convencionais, principalmente aqui na região que tem a questão da pajelança, (...) nós não poderíamos deixar de trabalhar tanto as plantas medicinais quanto os medicamentos fitoterápicos, e pra isso o PSF é estratégico, porque o a gente está diretamente na comunidade, pode não só tá aprendendo, como transmitindo informações sobre uma adequação do uso das plantas medicinais e dos medicamentos fitoterápicos. (E2)

A não disponibilidade regular dos medicamentos fitoterápicos foi relatada nos questionários aplicados para os profissionais do PSF como sendo um aspecto negativo, pois os produtos têm uma boa aceitação da população.

¹³ BELÉM. SESMA. Interesses municipais são discutidos na Itália. Diário da Saúde. 22.07.2001.

Uma das coisas que eles cobraram muito é falta dos produtos do programa farmácia nativa que ficou bastante tempo indisponível, eu já fiquei sabendo que já retomou a produção, por isso vamos receber esses produtos. A estratégia em si, os agentes comunitários de saúde que vivem na comunidade e conhecem aquela realidade e tem uma certa influência na ascensão sobre aqueles cidadãos possibilita que as pessoas, numa linguagem mais apropriada, (...) minimizem o uso indevido, ou seja, eles sabem hoje que o fato de ser chá ou de ser o produto fitoterápico não o deixa livre de riscos.

A utilização das plantas medicinais, principalmente na área rural, tem uma representação sobre o modo de cuidar da saúde da família, como no DAMOS, DAICO e DAOUT como relata abaixo um farmacêutico que acompanhou equipes do PSF da área rural:

A utilização é muito grande de plantas medicinais, só que de uma forma incorreta e, muitas vezes, a gente podendo ter um horto, ter uma produção voltada pra tá orientando, até mesmo orientações da forma correta de utilização de certas plantas, da forma de você tá lidando com o paciente, isso é muito viável, além do que a crença, a credence popular é muito forte, às vezes você vai utilizar um medicamento alopático, mas ele não quer, ele vai utilizar uma erva, uma planta, porque a cultura dele é voltada pra isso, então isso aí é uma arte antiga, em que eles creem, e vêm passando de geração em geração. E o ideal seria a gente catalogar, mapear o que é utilizado com maior frequência e procurar fazer um horto, estudar aquelas plantas, verificar a sua ação e, a partir de então, fazer o uso daquilo mesmo, uma terapia natural, para que você não bata de frente com a cultura do povo. Isso é muito importante, porque além de tudo você vai ter aceitação, vai ter adesão do paciente ao tratamento e vai estar se adequando às condições locais, até mesmo de forma socioeconômica, porque se o paciente precisa utilizar um medicamento e não têm condições de comprar, e você condições de fornecer através de um insumo medicinal como uma planta, você vai conseguir uma adesão muito maior do paciente, essa é uma proposta que deveria ser trabalhada, (...) isso seria um avanço muito grande para a população porque traria bons resultados. (E3)

O uso de plantas medicinais e de fitoterápicos está associado a baixos custos, como descrito anteriormente, assim como no PSF, já foram relatados o baixo investimento em produtos com baixa tecnologia e simplificação da atenção.

No entanto, é válida a utilização dos recursos naturais para a manutenção/prote-

ção da saúde. Um Projeto de Horta Familiar¹⁴ feito por um enfermeiro do PSF, em parceria com um agrônomo na Ilha do Mosqueiro (DAMOS), visa “através da implantação de hortas familiares, a melhoria da qualidade nutritiva diária e a geração de renda aos beneficiários, a fim de promover, manter e recuperar a qualidade de vida extensiva a todas as faixas etárias, principalmente infanto-juvenis, gestantes e idosos”. A questão nutricional e a geração de renda familiar são descritas como fatores que afetam diretamente no processo saúde-doença.

O custo total do projeto era de R\$ 456,00, atendendo a 70 famílias cadastradas no PSF, com o cultivo de plantas ricas em vitaminas, ferro e minerais, como alface, berinjela, caruru, couve, maxixe, pepino, pimentão e quiabo. Não foi encontrado nenhum registro sobre a aprovação desse projeto.

Quando solicitado aos profissionais do PSF sugestões de inclusões no Padrão de Consumo, foi referida a importância de ter disponível o medicamento do Programa Nativo pela eficácia e por não terem efeitos colaterais.

Existe uma falsa ideia de que os medicamentos “naturais” ou plantas medicinais são desprovidos de efeitos colaterais. Foi notificado o óbito no Instituto Evandro Chagas, em Belém, por hepatotoxicidade causada por uma planta, a sacaca, usada para o emagrecimento. O produto foi recolhido pela ANVISA (Sacaca Bi composta da Amazon Ervas), pois era comercializado sem ter passado pela avaliação da Vigilância Sanitária Nacional (O LIBERAL, 2001).

A OMS (2002) trabalha estratégias para o atendimento das necessidades sanitárias primárias, nos países em desenvolvimento, da medicina tradicional compreendida como diversas práticas, enfoques, conhecimentos e crenças sanitárias que incorporam a medicina com plantas, animais e fontes de minerais, assim como terapias espirituais, técnicas manuais e exercícios, aplicados isolados ou associados entre si, para manter o bem-estar, além de tratar, diagnosticar e prevenir as doenças.

Dentre a lista de políticas e ações para consolidar a medicina tradicional estão:

- a) segurança, eficácia e qualidade dos produtos; b) garantia do acesso por meio de estudos das práticas desenvolvidas nas comunidades e a proteção dos conhecimentos existentes sobre a medicina tradicional, cultivo e conservação das plantas medicinais para assegurar o uso sustentável; c) uso racional a partir do desenvolvimento de diretrizes de formação de profissionais para as terapias usadas na medicina tradicional mais comuns no país, informação sobre o uso correto das terapias e produtos aos consumidores e aprimoramento da comunicação entre os serviços de saúde e os pacientes quanto ao uso da medicina tradicional, dentre outros (OMS, 2002,p.2).

É possível conhecer as práticas da medicina tradicional nas comunidades, em estudos como os de TEIXEIRA, 2002; DI STASI, 2002; CORRÊA, 1998; UDRY, 2001; MATOS,

¹⁴ BELÉM. SESMA. Programa Família Saudável. UMS MARACAJÁ. Projeto Horta Familiar. Março, 2003. (Mimeo)

2001, dentre outros. O Trabalho de TEIXEIRA (2002) estudou a ilha do Combu, em Belém, com o apoio dos ACS da Equipe que assiste a essa ilha, onde foi feito um levantamento das práticas locais usadas no cuidado da saúde, dentre elas o uso das plantas medicinais.

Formação de recursos humanos adequados a uma nova proposta de Assistência Farmacêutica - uso racional de medicamentos

O município de Belém adotou a estratégia de capacitar ACS sobre o Uso Racional de Medicamentos, desde 2001, como Projeto-Piloto do Ministério da Saúde, dentre os 10 municípios brasileiros COSTA (2003a), registrou uma fala de um ACS sobre o curso acima referido:

Durante a permanência desse curso, sobre os medicamentos e sua importância. Eu aprendi que devemos ter consciência do perigo de se automedicar e do perigo de armazenamento.

Em capacitações sobre esse tema, no Curso de Capacitação em Atenção Integrada às Doenças prevalentes na Infância (AIDPI) para Agentes Comunitários de Saúde, em 2003, foi desenvolvido um formulário de acompanhamento para os ACS sobre a identificação de possíveis Problemas Relacionados aos Medicamentos (Anexo I), como a presença de restos de medicamentos e/ou medicamentos vencidos no domicílio, automedicação, armazenamento domiciliar, uso concomitante com chás e/ou remédios caseiros e uso conforme prescrição do médico ou enfermeiro.

A Figura 4 foi capa do relatório de capacitação dos ACS na promoção do uso racional de medicamentos.



Figura 4: O ACS trabalhando na promoção do uso racional de medicamentos
Fonte: Relatório do Curso em Belém, Desenho do ACS Davi Reis -2001.

Em 2004, também foram realizadas duas turmas de capacitação sobre o uso racional de medicamentos para ACS, em todo o município, como relatou o entrevistado E2:

Nós tivemos a oportunidade de treinar (...) os agentes comunitários de saúde em uso racional de medicamentos, com uma carga horária de 20 horas, onde nós pegamos desde a Antropologia Farmacêutica, Modelos de Política da Organização Mundial da Saúde (OMS), Modelos da Assistência Farmacêutica e informação sobre o medicamento. (...) Eu fiquei impressionado com o grau de aceitabilidade, de participação, de entusiasmo desses vários agentes comunitários que participaram e saíram, e eu tenho certeza que conseguimos grandes aliados na promoção do uso correto de medicamentos. Em muitos momentos, na hora do curso de treinamento, eles colocaram que faziam tudo aquilo que não podiam fazer, desde prescrição, levar medicamento pra casa, guardar em casa com medo que faltasse. A partir do momento que eles foram vendo como funciona todo o ciclo, todos os serviços, eles foram tomando consciência que trabalhar com medicamentos não é tão simples como eles pensavam e como a sociedade brasileira pensa, tendo em vista questões históricas, culturais e econômicas relacionadas aos medicamentos. E achei interessante, porque geralmente a gente tem medo de informar as pessoas, com medo que as pessoas vão usar de forma equivocada a informação. (E2)

Na Introdução deste estudo, citamos o “medo” por parte do Conselho Federal de Farmácia (CFF) desses cursos para ACS. Como os leitores puderam observar, a mudança de uma prática de automedicação e de medicalização desnecessária só pode ocorrer por meio da informação e formação de profissionais e comunidade.

A prescrição incorreta pode acarretar gastos de 50 a 70% mais altos dos recursos governamentais destinados a medicamentos, causado pelo uso irracional do medicamento, constituindo-se em um problema de saúde pública (GRAND apud MARIN (2003,p.287).

A estratégia de capacitação de profissionais no uso racional de medicamentos, tem sido adotada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segundo MSH apud MARIN (2003,p.287), o uso racional ocorre “quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade”.

Os principais problemas enfrentados nesse campo, de acordo com MARIN (2003,p.289), são o sobreuso de medicamentos (o medicamento não é necessário e/ou a dose é exagerada e/ou o período de tratamento é muito longo e/ou a quantidade dispensada é exagerada em relação ao que será realmente utilizado), a polimedicalização ou polifarmácia (a OMS preconiza que para a atenção básica de saúde um ou dois

medicamentos por receita costumam ser suficientes) e o erro no uso de medicamentos (uso incorreto de antibióticos, uso de medicamentos de eficácia e segurança duvidosas e doses inapropriadas).

A busca de caminhos para o uso correto de medicamentos encontrou, na Medicina Baseada em Evidências, maneiras de escolher métodos de diagnósticos e de tratamentos eficazes. As “condutas terapêuticas embasadas em evidência”, segundo WANNMACHER (2000), tiveram impulso a partir de 1992, com a busca de evidências orientadoras de condutas, constituindo uma nova lógica de atuar e praticar a medicina; além disso, “a conduta embasada em evidências, otimiza benefícios e minimiza riscos e custos”. SACKETT apud WANNMACHER (2000) que a forma de aplicar a prática da conduta embasada em evidência é “integrar experiência clínica individual e evidência clínica externa”.

A experiência engloba proficiência e julgamento oriundos da prática clínica, em que, a partir de diagnóstico eficiente, identificam-se situações, direitos e preferências dos pacientes, influenciando as tomadas de decisões sobre condutas a lhes serem oferecidas. A evidência externa provém da pesquisa clínica sistemática e relevante que define acurácia de testes diagnósticos, poder de marcadores prognósticos e eficácia e segurança de medidas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras. É necessário o uso equilibrado de ambas, pois nenhuma sozinha é suficiente. (WANNMACHER, (2000)

Cursos de Promoção do Uso Racional de Medicamentos¹⁵ para professores, prescritores, farmacêuticos e Agentes Comunitários de Saúde tem sido ministrados por todo o país com o objetivo de melhorar, mudar a forma de pensar as intervenções de saúde, trazendo mais qualidade no atendimento aos usuários e conseqüente qualidade de vida da população.

São usadas como ferramentas:

- Busca e análise crítica de diferentes fontes de informação.
- Critérios para seleção de grupos farmacológicos e medicamentos para uma dada indicação: bases farmacodinâmicas, farmacológico-clínica e farmacocinética.
- Seleção de tratamento farmacológico.
- Aspectos práticos da prescrição: informação aos pacientes, estímulo a adesão e monitorização do paciente.

Com a promoção do Uso Correto de medicamentos pode-se evitar: conseqüências visíveis, como aumento de eventos adversos, eficácia limitada, aumento da resistência

¹⁵ Estão sendo realizados por todo o país cursos para o ensino para o Uso Racional de Medicamentos e para profissionais de saúde com apoio da ANVISA e OPAS. A autora participou da comissão organizadora do I CURSO PARAENSE PARA O ENSINO PARA O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS DE 03 A 10 DE ABRIL DE 2005, em Belém-PA.

bacteriana, farmacodependência, riscos de infecção o uso inapropriado de injetáveis, dentre outros como descrito em MARIN (2003, p.290).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Assistência Farmacêutica no PSF do município de Belém não estava organizada como preconiza a Política Nacional de Medicamentos.

O diagnóstico da Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família do Município de Belém – PA evidenciou que a infraestrutura não propiciava condições adequadas para o armazenamento dos medicamentos, não havia o controle de estoque dos medicamentos e o acesso nas áreas de guarda e entrega de medicamentos era a todos os membros da equipe.

Quanto à seleção de medicamentos, a pesquisa revelou que os profissionais do PSF não são ouvidos nessa escolha.

A programação é realizada sem observar o quadro nosológico da população, e o preenchimento é feito por um profissional de nível médio, em alguns casos, sem a supervisão dos médicos ou enfermeiros.

O recebimento de medicamentos é realizado mensalmente, quando o assistente administrativo está ocupado. Isso pode ser feito por qualquer outro membro da equipe, mas uma das principais queixas é a impaciência dos entregadores do DRM e o acúmulo de funções que impede a conferência e a qualidade dos itens recebidos.

O controle de qualidade é feito no recebimento ou na dispensação/entrega de medicamentos aos pacientes e as condições mais observadas são alterações de cor, cheiro e consistência dos medicamentos.

A distribuição dos medicamentos depende do número de cômodos da Unidade. Quando existe um grande número de salas na casa-família, os medicamentos podem ser distribuídos na sala de vacina, sala de curativo, consultórios de medicina e enfermagem e farmácia. Em alguns casos, os próprios profissionais daquele setor fazem a distribuição e organização nas diversas salas.

A entrega de medicamentos é uma das mais críticas, na maioria das vezes, é o assistente administrativo que, não recebeu nenhuma capacitação para tal, ou é supervisionado por membros da equipe de nível superior, entrega os medicamentos no arquivo, local onde, além do armazenamento de medicamentos, é feito o atendimento e a marcação de consultas. Algumas vezes, até o arquivamento dos prontuários das famílias é feito nesse local.

As maiores dificuldades encontradas foram quanto ao abastecimento irregular de alguns medicamentos de uso crônico, como anti-hipertensivos e antidiabéticos orais, o armazenamento inadequado, o não controle do estoque e liberação de medicamentos e a dispensação, que ocorre sem as mínimas condições de orientação aos pacientes em relação ao uso do medicamento.

As estratégias utilizadas para garantir o acesso e o uso correto dos medicamentos

prescritos no PSF têm sido realizadas pela capacitação dos profissionais quanto ao uso racional de medicamentos e plantas medicinais e com a participação em projetos interdisciplinares junto com as áreas de saneamento básico, meio ambiente, economia e educação.

As percepções dos profissionais e dos gestores sobre a Assistência Farmacêutica são diferentes, porque os gestores pensam como deve ser, e os profissionais como é possível realizá-la no PSF.

No país, estão sendo discutidas propostas de aumentar a resolutividade do PSF pela participação do farmacêutico na equipe, na ampliação do aumento de financiamento ao Incentivo da Assistência Farmacêutica Básica e à capacitação de profissionais quanto ao uso racional de medicamentos, usando a Medicina Baseada em Evidência como metodologia, a fim de resgatar a importância do papel da clínica nos serviços de baixa complexidade, mas de grande impacto sobre a população.

A reestruturação da Assistência Farmacêutica e do próprio PSF fazem parte de uma visão mais geral da organização da própria atenção básica à saúde.

O trabalho da equipe no saúde da família requer a compreensão de várias disciplinas para atender à complexa atenção do nível primário (ALMEIDA, 2001) e não são fazendo do médico e do enfermeiro, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, farmacêuticos que vai haver uma maior integração da equipe com os usuários. Mesmo do ponto de vista da redução de custos, perde-se muito mais com o aumento de internações hospitalares, com a baixa adesão terapêutica e com a baixa resolução dos serviços.

Quanto à garantia do acesso aos medicamentos essenciais e ao uso racional de medicamentos, uma estratégia tem se mostrado possível – a atenção farmacêutica aos usuários do PSF, aumentando a adesão terapêutica, reduzindo o número de reações adversas e promovendo uma qualidade melhor de vida aos pacientes, principalmente nos casos de patologias crônico-degenerativas.

Contudo, a Assistência Farmacêutica, por ser complexa e multiprofissional, precisa do consenso das equipes sobre responsabilidades e funções, sendo necessário um manual de normas e procedimentos operacionais. Para atender a população com suas diversas particularidades, é preciso trabalhar o perfil epidemiológico das áreas em todos os aspectos, acompanhar e avaliar esse perfil a todo o momento.

Apesar do Programa Saúde da Família, em Belém, ter uma concepção diferente da versão nacional e até mudar de nome para se diferenciar, os profissionais não percebem tal diferença, pois acreditam ser apenas uma inversão de palavras – Programa Família Saudável. Todavia, ao pé da letra, segundo Violeta, entrevistada da pesquisa de NITSCHKE (1999), para ser uma família saudável é preciso...

Ser amado, ter capacidade de amar, cuidar da mente e do corpo com atos e pensamentos o mais positivo possível, saber ouvir, compreender, tolerar, e

tendo pelo menos a maioria das condições de vida que aqui apresentamos nos faz crer que isto é ser uma família saudável. (NITSCHKE, 1999, p. 121)

PERSPECTIVAS

A proposta do Pacto pela Vida 2006 aponta para uma ação prioritária no campo da saúde, devendo ter como foco o alcance dos resultados, além de assumir os compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. No contexto deste estudo, o resultado esperado seria consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção básica à saúde, proporcionando melhores serviços de atendimento aos usuários e com o financiamento da gestão, em Assistência Farmacêutica¹⁶, aumenta a possibilidade de reestruturar a Assistência Farmacêutica e o PSF.

A necessidade de criação de serviços de farmácia com a capacidade de promover a Assistência Farmacêutica integral, inclusive da atenção farmacêutica, traz perspectivas para superar as dificuldades apontadas. Como sugestões, são descritos alguns pontos para serem revistos no município estudado:

- Um controle de estoque de entrada e saída dos medicamentos com pessoal devidamente capacitado para desenvolver as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica.
- A seleção e programação de medicamentos orientados pelo perfil epidemiológico das áreas e pelo território de abrangência das equipes do PSF.
- O processo de trabalho da equipe do PSF, revendo os papéis, as responsabilidades e as competências.
- Uma maior valorização da clínica, do uso racional de medicamento, da atenção farmacêutica para alcançar o resultado de melhorar a qualidade de vida dos usuários.
- A atenção à saúde deveria ser vista na sua complexidade, hierarquização e descentralização, de acordo com a realidade local, sem pacotes prontos descendentes.
- Os municípios gerenciando os seus recursos, com o apoio técnico do estado e do governo federal, com um planejamento ascendente, constituindo uma rede de serviços organizada, segundo o modelo da promoção da saúde, considerando os processos de saúde-doença da sua população.
- A Assistência Farmacêutica na atenção básica à saúde sendo pensada de acordo com as necessidades das comunidades locais e com a colaboração da equipe multidisciplinar de saúde e dos usuários dos serviços.
- O investimento na organização da Assistência Farmacêutica em todos os níveis de complexidade.
- Desenvolvimento de ações de qualificação dos profissionais da Saúde e dos usuários sobre o uso racional de medicamentos.

¹⁶ PORTARIA N.º 698/GM DE 30 DE MARÇO DE 2006. § 2º No Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, os recursos devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações definidas para cada componente que compõe o Bloco.

O desafio está lançado, precisamos juntar as diversas ferramentas acumuladas ao longo dos 10 últimos anos, das conferências realizadas, dos manuais produzidos sobre como fazer um diagnóstico e operacionalizar as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, das experiências em Atenção Farmacêutica nacionais e internacionais, da construção da Estratégia do Saúde da Família com suas particularidades loco-regionais e do momento estratégico de mobilização dos gestores para melhorar o SUS.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR, Maria José. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Rio de Janeiro : Vozes, 1994.
- ALMEIDA, M.C.P; MISHIMA, S.M. **O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família**. Interface – Comunic, Saúde, Educ 9, agosto, 2001, p.150-153.
- ALVES, V.S. et al . **O médico de Saúde de Família e a dimensão psicossocial no momento clínico**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- ANDRADE, L. O. M. **SUS passo a passo: gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec. 2001.
- ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. **SUS passo a passo: gestão e financiamento**. São Paulo: HUCITEC, 2001. p.137.
- ANJOS, S.D.S. **Programa Saúde da Família (des)caminhos na construção da saúde**. Anais do VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. ABRASCO, Brasília, Vol. 8 suplemento 2 . 2003. p.247.
- ARAÚJO, Z.M.S.; CARVALHO, M.L.; FROTA, M.A. **Programa de saúde da família – compreendendo a ação do enfermeiro**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- ARRUDA, M. A. N.; TRAD, L. **O processo de trabalho do enfermeiro no Programa Saúde da Família: limites e possibilidades**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- BARROS, Karina et al. **A experiência da construção participativa e problematizadora do processo de trabalho das equipes do PSF no município de São Paulo**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- BELÉM. Secretaria Municipal de Coordenação-Geral do Planejamento e Gestão **Anuário Estatístico do Município de Belém**. v.5, 1999.
- BELÉM. SESMA/ DEAS, **Política de medicamentos e Assistência Farmacêutica**, junho 2003. (Mimeo)
- BEZERRA, A.L.Q. et al. **O papel de educador dos profissionais de enfermagem na estratégia de Saúde da Família**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- BLOCH, R. Arruda. **A Reforma Sanitária hoje: inovação e desenvolvimento do Modelo de Atenção à Saúde**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- BRASIL. CONGRESSO NACIONAL **Lei N.º 8.080, de 19/ 9/1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. D.O.U.; poder Executivo, de 20 de setembro de 1990, Órgão Emissor: Congresso Nacional

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. **Oficina de Inserção das Ações de Assistência Farmacêutica no Programa de Saúde da Família**. Brasília, de 20 a 21 de setembro de 2000.(Mimeo).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE - DAB. Assistência Farmacêutica. **Informe da Atenção Básica**. Brasília: Informe da Atenção Básica , N.º 5, Ano II – janeiro/ 2001a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE – DAB. **Dez anos de Saúde da Família no Brasil**. Brasília: Informe da Atenção Básica, N.º 21, Ano V – março-abril/ 2004 a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Geral de suporte as Ações de Assistência Farmacêutica. **Ofício n.º 281/2004**. Brasília, junho de 2004 b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Recomendações**. Seminário Nacional de Plantas Medicinais, Fitoterápicos e Assistência Farmacêutica. Brasília. 28 a 30 de agosto de 2003. (Mimeo)

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de **Assistência Farmacêutica**. **Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização**. Brasília: Ministério da Saúde, 1ª ed , 2001b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Relatório de Gestão**. Brasília. 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Inserção das ações de Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família**. Brasília, 20 e 21 de setembro de 2000. (Mimeo).

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Acompanhamento do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (SIFAB): manual de utilização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001d.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SPS. **Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica: o que é e como funciona**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

BUENO, José Hamilton. **Manual do agente de mudanças: a era da qualidade**. São Paulo: LTr, 1995.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde da Família. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. N.º 6, Dezembro/2002, p.50-63.

CAPOZZOLO, Ângela Aparecida, CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **No olho do furacão – trabalho médico e o Programa de Saúde da Família**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM , Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

CAPRA, Fritjof. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix. 1997.p.138-149

CAVEDON, Neusa Rolita. **Antropologia para administradores**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.

CORRÊA, A. D. **Plantas medicinais: do cultivo à terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1998.

COSTA, C.M.M. et al. **Capacitação de agentes Comunitários de Saúde: desafios Pedagógicos e Perspectivas de mudança**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003a.

- COSTA, C.M.M. et al. **Agentes Comunitários de Saúde: aprendendo, ensinando, participando do cuidado à saúde com as plantas medicinais**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM , Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003b.
- Costa, I.E. et al. **Discussão sobre o processo de trabalho com equipes do Saúde da Família em Camaragibe – PE: O olhar da gerência de Território**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM, 'Vol. 8, suplementos 1 e 2, 2003.
- DI STASI, L.C. **Plantas medicinais na Amazônia e na Mata Atlântica**. 2ª ed. São Paulo: Editora UNESP, 2002.
- DUPIM, J.A.A. **Assistência Farmacêutica: um modelo de organização**. Belo Horizonte: SEGRAC. 1999.
- DUPUY, Jean-Pierre. **A Invasão farmacêutica**; tradução de Carlos Roberto Oliveira. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- EGRY, Emiko Yoshikawa et al. **O uso da epidemiologia social na enfermagem em saúde coletiva**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem (Série Didática: Enfermagem no SUS), 1997.
- EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde Coletiva: Construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Editora Ícone, 1996.
- FERNADES, A. et al. **A saúde-doença representada pelos usuários do Programa de Saúde da Família da cidade de Campina Grande – PB**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- FERREIRA, Rodrigo Viana et al. **Trabalho interdisciplinar – um olhar de integralidade sobre a saúde. Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, VII, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa. **A classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva e o Uso da Epidemiologia Social**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997.p.20.
- GOULART, F.A.A. **Saúde da Família no Brasil: de movimento ideológico a ação política**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- GUIMARÃES, M. et al. **A Promoção da Saúde como Estruturante da Estratégia Saúde da Família Sobral – CE**. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- IVAMA, Adriana Mitsue et al. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.
- KOSISK apud EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde Coletiva: Construindo um Novo Método em Enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996. p.81.
- LAURELL apud EGRY, Emiko Yoshikawa. **Saúde Coletiva: Construindo um Novo Método em Enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996. p.61.
- LEFÈVRE, Fernando. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.
- LEFÈVRE, F. (Org.). **O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
- LINCOLN, L.S. **Avaliação das interações profissionais das equipes de Saúde da Família**. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.

- MAMEDE, S. (Org). **Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional**. Fortaleza: Hucitec, 2001.
- MARIN, Nelly (org.) **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/ OMS, 2003.
- MASSELLI, M.C. **A Universidade como mediadora da construção de vínculos entre educação e saúde do adolescente**. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- MATOS, Francisco José Abreu. et al. O farmacêutico e o PSF: uma proposta. **R. Pharmacia Brasileira** - Set/Out 2000. p.10
- MATOS, Francisco José de Abreu. **Guia fitoterápico**, 2ª ed., Fortaleza: Os autores, 2001.
- MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de marketing: edição compacta**. São Paulo: Atlas, 2001.
- MATUS, C. Adeus, **Senhor Presidente: planejamento, antiplanejamento e governo**. São Paulo: Fundap, 1997.
- MATUS, C. **Estratégias políticas: Chipanzé, Maquiavel e Ghandi**. Tradução de Giselda Barroso Sauveur. São Paulo: Fundap, 1996.
- MATUS, C. **Planificación y gobierno**. Revista de La CEPAL. Santiago, Chile, 1987.
- MATUS, C. Política, **Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993.
- MEDEIROS, F. B. et al. **A produção cotidiana da estratégia saúde da família: um olhar multiprofissional**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 2003, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2.
- MENDES, E.V. (org). **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 3ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1993.
- MENDES, E.V. **Uma agenda para a saúde**. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 1999.
- MENDONÇA, C.S. et al. **Processo de Trabalho no Saúde da Família em Porto Alegre: a discussão das competências profissionais como proposta de mudança**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- MENDONÇA, Claunara S. et al. **Processo de trabalho no Saúde da Família em Porto Alegre: a discussão das competências profissionais como proposta de mudança**. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- MERHY, E.E., et al. **Inventando a Mudança na Saúde**. 2ª edição. São Paulo: HUCITEC. 1994.
- NESPOLI, A, G. **Micropolítica do Programa de Saúde da Família – um estudo de caso no território Ilha das Caeiras**, Vitória-ES. VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- O LIBERAL. Atualidades. **Anvisa manda destruir lotes de emagrecedor à base de sacaca**. Belém. 08-11-2001.
- OLIVEIRA, Kleize Araújo et al. **A Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: quais os limites, os avanços e as perspectivas** : QUAIS SÃO OS LIMITES, OS AVANÇOS E AS PERSPECTIVAS? VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- OLIVEIRA, Silvio Luiz. **Tratado de Metodologia Científica**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.p.114-115.
- OMS. **Como investigar el uso de medicamentos en los servicios de salud: indicadores**

- seleccionados del uso de medicamentos.** Genebra: OMS, 1993.(Serie sobre investigaciones, n.º 7).
- OMS. **Estrategia sobre medicamentos de la OMS: 2000–2003.** Genebra: OMS, 2000.(Serie sobre Perspectivas políticas sobre medicamentos , n.º 2).
- OMS. **Medicina Tradicional – necesidades crecientes y potencial.** Genebra: OMS, 2002.(Serie sobre Perspectivas políticas sobre medicamentos , n.º 2).
- OPAS. **Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Los medicamentos esenciales.** Washington, E.U.A. abril, 1990.
- OPAS. OMS. **Como investigar el uso de medicamentos em los servicios de salud: indicadores seleccionados del uso de medicamentos.** Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales. WHO/DAP/93.1.
- OPAS. **Relatório da oficina de trabalho: Atenção Farmacêutica no Brasil: “Trilhando Caminhos”.** Fortaleza, 2001.
- Organização Mundial de Saúde. **El papel del farmacêutico em el sistema de atención de salud.** OMS. Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993.
- PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 1, n. 1, 2002, p.75-91.
- PEREIRA, M. et al. **Estratégia de Saúde da Família: desafios para a mudança das práticas de saúde no município de Jequié – Bahia.** VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM ,Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- PERETTA, Marcelo Daniel & CICCIA, Graciela Noemi. **Reengenharia farmacêutica**, Brasília: Ethosfarma, 2000.
- PMB-SESMA-DEAS. **Assistência Farmacêutica no Município de Belém: Manual de Procedimentos para as Unidades Municipais de Saúde.** Belém: setembro de 2000.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM. PROGRAMA FAMÍLIA SAUDÁVEL. **RELATÓRIO QUADRIMESTRAL DAS ATIVIDADES DO PFS.** Julho, 2002.
- RIBEIRO, E.R. et al. **Ações de promoção de saúde: caminho para a construção de uma cidade saudável? O caso do Recife.** VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- ROSA, F.W.F. et al. **Demonstração das dificuldades encontradas pela equipe multiprofissional da Unidade Família Saudável da Vileta no atendimento ao idoso.** VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- SANTI, Valmir et al. **Implantação da Atenção Farmacêutica no SUS – Seguimento de pacientes em uso de medicação continual.** Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, VII, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003
- SANTOS FILHO, S. B. Avaliação e planejamento local: perspectivas gerenciais no âmbito dos distritos sanitários. **Revista Saúde em Debate**, v.23, N.º 53, p.43-53.
- SANTOS, J.S. Atacam-nos, mas não nos derrotam, **R. Pharmacia Brasileira.** Brasília, CFF, 2003, Set/Out, p.3.
- SANTOS, J.S. Programas de Saúde sem farmacêuticos são equívocos. **R. Pharmacia Brasileira**, Brasília, CFF, 2001, Jan/Fev, p.3.

- SESMA-DEAS-PFS. **Solicitação de pedido de medicamentos para a coordenação do PFS.** Belém: 30/07/02.
- SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 1998.
- SILVA, A.P. **O processo de trabalho coletivo no contexto do Programa de Saúde da Família: integração e fragmentação de objetivos e práticas.** VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- SILVA, G.L.S. et al. **A questão gerencial na Unidade de Saúde da Família de Alto de Couto: uma perspectiva crítica e acadêmica.** VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2. 2003.
- SILVA, I.Q.J. **A interação entre os profissionais do PSF no trabalho em equipe.** Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, VII, 2003, Brasília. Anais CD-ROM, Vol. 8, suplementos 1 e 2.
- SILVA, R.R. **Cuidados farmacêuticos: manual de capacitação em Assistência Farmacêutica.** 2ª edição. São Paulo: Qualis. Fundação E. J. Zerbini, 2000. p.42
- SOUZA, H.M. Programa saúde da família: entrevista. **R. Bras. Enfermagem**, Brasília, v.53, n.º especial, 2000.p.7-16.
- SOUZA, Marcelo J.L. O Território: sobre o espaço e poder, autonomia e desenvolvimento (p.77-116). IN: CASTRO, Iná C.; GOMES, Paulo César da C. e CORRÊA, Roberto L. (org). **Geografia: Conceitos e Temas.** Rio de Janeiro: Bertrand, 1995.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. 2002
- TAJRA, S. F. **Tecnologias Organizacionais na Saúde.** São Paulo: Iátria, 2003, p.108-109.
- TAKI, E. C. Políticas públicas de Saúde: uma breve reflexão. **R. Pharmacia Brasileira**, Brasília, CFF, Nov/Dez 2003 - Jan/2004, p.20-21.
- TEIXEIRA, Elizabeth. **As três metodologias: acadêmica da ciência e da pesquisa.** 3ª ed. Belém: Grapel,2001.
- TEIXEIRA, E. Travessias, redes e nós: complexidade do cuidar cotidiano da saúde entre ribeirinhos. In COUTO, R. C. (org). **Saúde, trabalho e meio ambiente: políticas públicas na Amazônia.** Belém: NAEA, 2002. p.179-218.
- TOBAR, F. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. p.69.
- UDRY, M.C.F.V. **Saúde e uso da biodiversidade: caminhos para a incorporação do conhecimento tradicional na política de saúde pública.** Brasília: UNB, 2001 (Tese de Doutorado em Políticas Públicas e Gestão Ambiental).
- VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.23, N.º 53, p.06-19.
- VIEIRA, Sônia. **Metodologia Científica para área de saúde.** Rio de Janeiro: Campus, 2001.
- WOOD JR, Thomaz. **Mudança organizacional: liderança, teoria do caos, recursos humanos, logística integrada, inovações gerenciais, cultura organizacional, arquitetura organizacional.** São Paulo: Atlas, 2002.
- ZUBIOLI, Arnaldo (org.). **A farmácia clínica na farmácia comunitária.** Brasília: Ethosfarma, 2001.



**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 2001b).

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

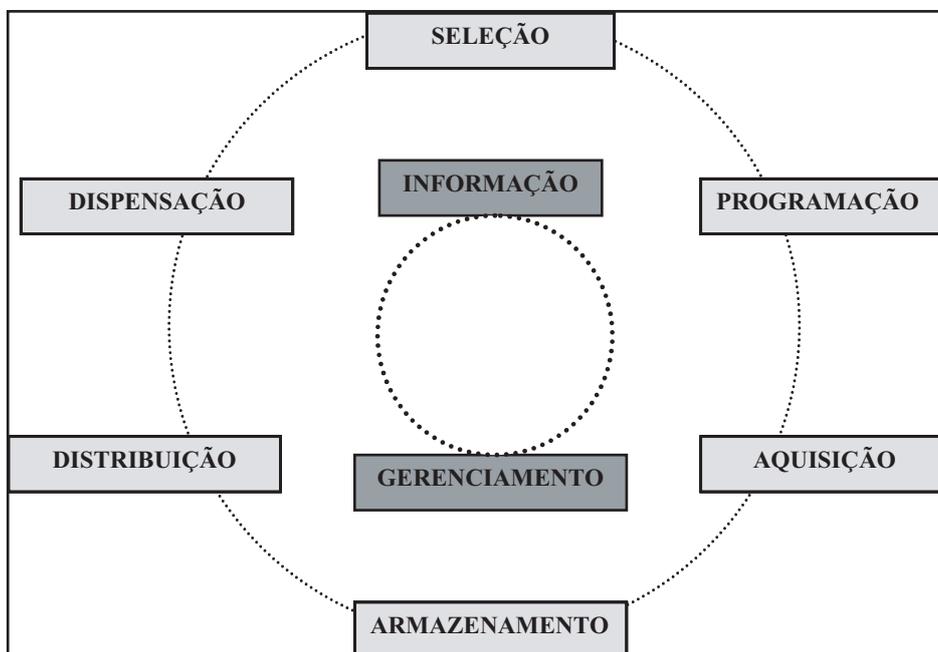
O ciclo da Assistência Farmacêutica é um processo que, bem utilizado, pode promover o acesso da população a medicamentos essenciais, em boas condições de uso, com uma dispensação adequada e com orientação individual e coletiva, de forma que racionalize o uso e possibilite a melhoria na qualidade dos 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 a 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 resolutiva.

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-

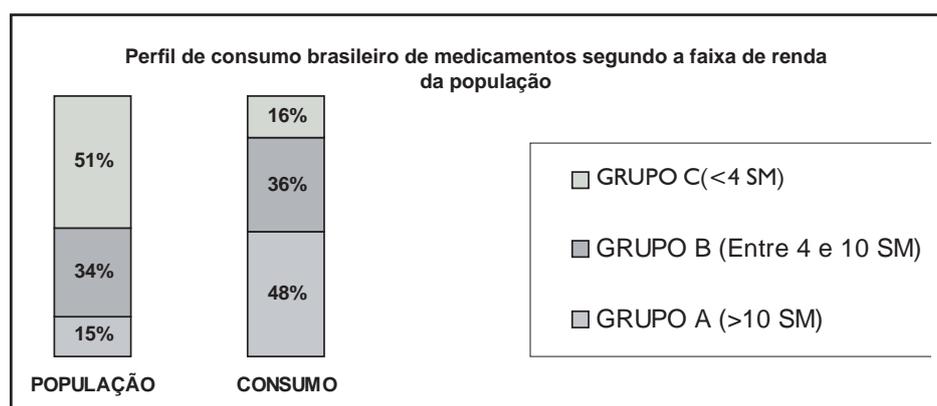


Gráfico 1: Acesso da população a medicamentos

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.

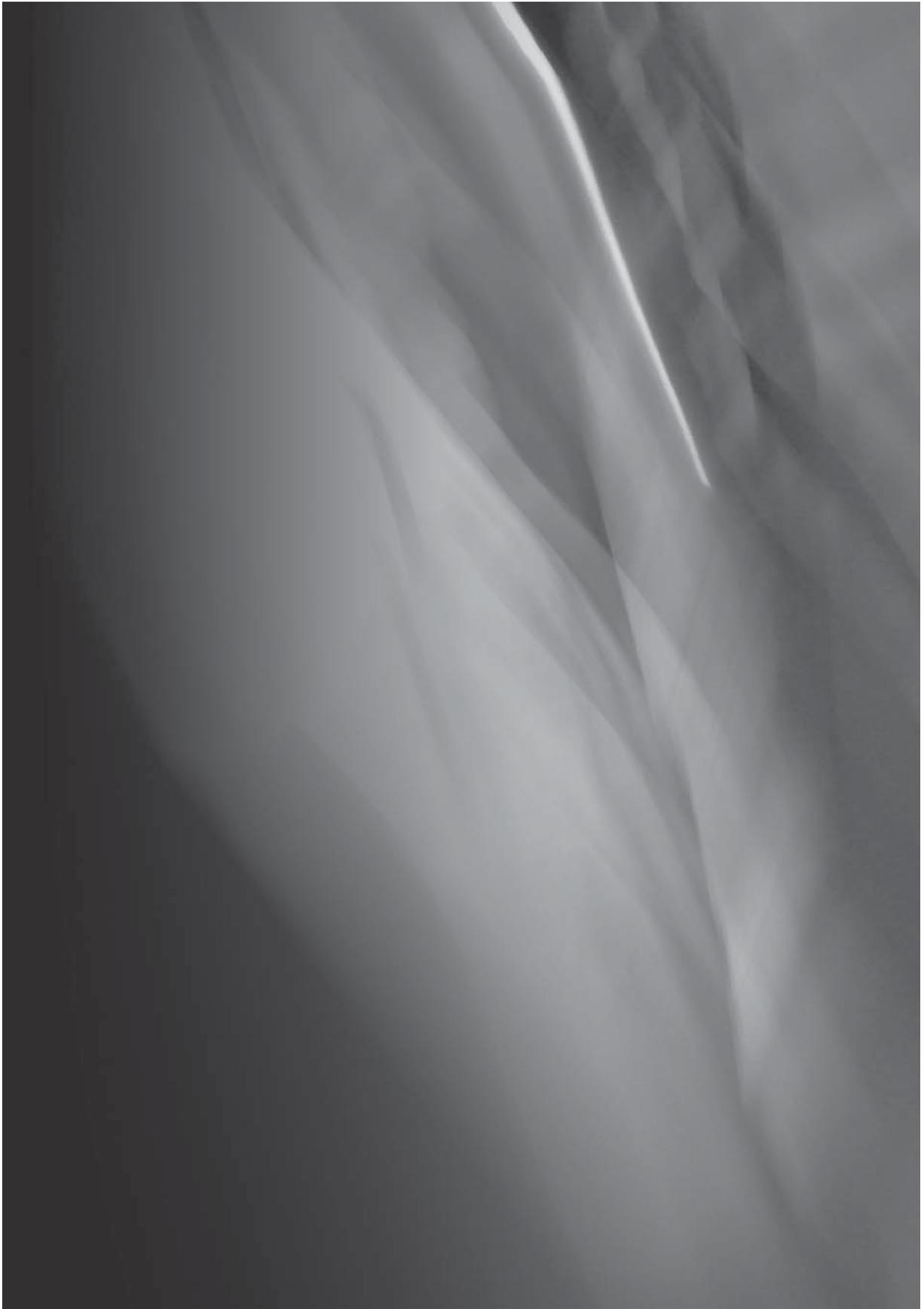
_____. Perspectivas Políticas sobre medicamentos de la OMS. **Selección de medicamentos esenciales**. Ginebra, junio de 2002a. 6p.

_____. 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.



**PROCESSO DE REGIONALIZAÇÃO
DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
EM PERNAMBUCO: ASPECTOS NORMATIVOS
E A VISÃO DOS GESTORES**

Mônica M. H. dos Santos

Processo de Regionalização da Assistência Farmacêutica em Pernambuco

INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta os resultados de um estudo sobre a percepção dos gestores sobre a regionalização da Assistência Farmacêutica em Pernambuco. Também foram exploradas, a partir da experiência dos participantes do estudo, ideias para viabilizar mudanças no cenário. Para isso, foi necessário explorar a trajetória da Regionalização no estado de Pernambuco por meio de suas diferentes formas de divisão do território em regiões geográficas, político-administrativas e de saúde; conhecer a organização regionalizada da assistência à saúde no estado de Pernambuco, em seus diferentes níveis de atenção; identificar se os gestores estaduais e municipais concordam com a regionalização das Ações da Assistência Farmacêutica; identificar, na visão de gestores estaduais e municipais, como deveria ser organizada essa regionalização.

A escolha da temática foi influenciada pela minha prática profissional como coordenadora estadual de Assistência Farmacêutica da Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE). Partindo das experiências vivenciadas, passando por diferentes referenciais teóricos e de conhecimentos, me lancei ao desenvolvimento deste trabalho que se reporta às dificuldades para a construção e a organização das Ações da Assistência Farmacêutica em conformidade com as legislações pertinentes e com as dificuldades para o exercício do planejamento e execução dessas ações em serviços regionalizados.

A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CENÁRIO DE DESCENTRALIZAÇÃO DO SUS

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a), o aprofundamento da descentralização gera as necessidades de aperfeiçoamento e a busca de novas estratégias que venham ampliar a capacidade de gestão dos estados e municípios. Por sua vez, a consolidação da Atenção Básica, como fator estruturante dos Sistemas Municipais de Saúde, torna-se um desafio para o seu fortalecimento.

Neste contexto, a Assistência Farmacêutica reforça e dinamiza a organização dos sistemas estaduais e municipais de saúde, tornando-os mais eficientes, consolidando vínculos entre os serviços e a população, contribuindo para a universalização do acesso e a integridade das ações. (BRASIL, 2002a p.7)

No entanto, de acordo com Bermudez (1992), durante muitos anos, a concepção de Assistência Farmacêutica no Brasil confundiu-se com a implementação de ações governamentais relacionadas à Central de Medicamentos (CEME), a qual foi criada pelo governo

federal como órgão da presidência da República e instituída pelo Decreto n.º 68.806, de 25 de junho de 1971.

A condução da CEME foi norteadada, principalmente, pelo Plano Diretor de Medicamentos, instituído pelo Decreto 72.552, de 30 de julho de 1973. O Plano Diretor estabelecia que a problemática da produção e utilização de medicamentos não poderia ser corretamente analisada fora do âmbito das preocupações sociais ligadas ao setor saúde, demonstrando que existia uma preocupação, pelo menos no nível do discurso, em priorizar o sistema oficial da produção de medicamentos (BERMUDEZ, 1995, p. 84).

Na sequência, surge a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), criada pela Portaria MPAS 223, de 1975, baseada em princípios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde.

O documento também realizava uma análise do sistema industrial farmacêutico e avaliações dos indicadores de saúde da população. Foi fundamental conhecer o receituário nacional e suas características de adequação aos problemas de saúde a que se referem. O Plano implantou seis programas: administração, produção, distribuição, pesquisa, divulgação e modernização. (MAYORGA et al., 2004, p. 198)

No entanto, de acordo com esses autores, o programa de produção contrariava os interesses dos laboratórios privados de capital transnacional, uma vez que encorajava a empresa nacional e a diversificação da oferta oficial de medicamentos. Os laboratórios farmacêuticos transnacionais mobilizaram uma campanha contra o apoio à CEME.

Como podemos constatar, historicamente, a Assistência Farmacêutica vinha sendo desenvolvida de forma centralizada pela CEME e se resumia ao binômio aquisição e distribuição de medicamentos básicos e de programas estratégicos para os estados. Por ser um país com dimensão geográfica extensa, e considerando a descentralização das ações de saúde, o nível central (CEME) mantinha seu foco de ação apenas no nível estadual, deixando a cargo dos estados o estabelecimento de estratégias para a distribuição municipal de medicamentos, bem como outras questões relacionadas com a Assistência Farmacêutica municipal, como a prescrição e dispensação. (MAYORGA et al., 2004, p. 199)

A CEME se transformou em um grande distribuidor de medicamentos, com sérias distorções de sua missão inicial. Com a sua desativação, em julho de 1997 (Decreto n.º 2.283, de 24/07/97), fez-se necessária uma política para o setor como expresso nos encaminhamentos da IX e X Conferência Nacional de Saúde, apontando para a redefinição do papel da Central de Medicamentos como instrumento estratégico e político.

Da mesma forma, a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) 01/96 redefiniu os papéis de cada esfera do governo e, no que tange à assistência farmacêutica, explicita que cabe ao gestor federal a reorientação e implementação da mesma. (BRASIL, 1996)

Porém, ainda persiste a indefinição do termo Assistência Farmacêutica e uma preocupação com o binômio produção/controle de qualidade. Carecendo, assim, de uma visão mais ampla da mesma. (MAYORGA et al., 2004, p. 202)

O Ministério da Saúde aprova, em outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM n.º 3.916/98), instrumento que passou a orientar todas as ações no campo da política de medicamentos do país.

A Política Nacional de Medicamentos tem como propósito precípua garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Essa política fortalece os princípios e diretrizes constitucionais, legalmente estabelecidos, explicitando, além das diretrizes básicas, as prioridades a serem conferidas na sua implementação e as responsabilidades dos gestores do SUS, na sua efetivação. (BRASIL, 2002a, p. 7)

Outro marco referencial é a Portaria Ministerial n.º 176, de 08 de março de 1999, que estabelece os requisitos para a qualificação dos estados e municípios ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, com valores aprovados pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), iniciando um processo de descentralização administrativa.

É importante ressaltar que, a partir desse processo de reorientação, a Assistência Farmacêutica passou a ter um papel mais abrangente, saindo dos limites físicos do almoxarifado para assumir a coordenação das ações que a compõem, contando com as áreas técnicas de atenção à saúde e participando das relações com estados e municípios.

Pensar em construir um modelo de regionalização das ações da Assistência Farmacêutica, neste cenário, é, sem dúvida, um exercício de cidadania e um processo cultural, em um país que sempre entendeu essas ações apenas em um único enfoque – a distribuição de medicamentos, independentemente de seus resultados.

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE E ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

O tema “Organização da Atenção à Saúde” contempla diversas propostas que vão desde a forma piramidal, organizada com base na hierarquia, até a forma de redes. De acordo com Righi (2002a), as diferentes possibilidades de organização aparecem como um problema para reflexão sobre como estão sendo construídas a partir das diretrizes do SUS e de suas expressões nos municípios, em que a relação entre política, modos e

espaços de produção adquire formas de gestão que se confundem em seus conceitos, dos mais simples aos mais complexos.

O entendimento sobre as formas de gestão e os efeitos que produzem estas na atenção à saúde, são importantes para que se possa questionar e propor novos modelos a fim de que não se mantenha o espaço de reprodução dos modelos hegemônicos. É necessária a busca de modelos mutantes e flexíveis, capazes de comportar as diferentes complexidades dos vários locais que dão o rumo, a direção do SUS, que tem na descentralização uma de suas diretrizes – modelos de atenção e gestão propostos e construídos respeitando a política de saúde proposta no SUS e a complexidade local, pouco reconhecida tanto por governos responsáveis por sua implantação, quanto por pesquisadores da área. (RIGHI, 2002a, p. 31-32)

Um dos aspectos centrais ao tema da organização da atenção à saúde tem relação direta com a reflexão teórica sobre espaço, território e região como será abordado a seguir.

ESTRUTURAS E HIERARQUIAS: REFLEXÕES TEÓRICAS

Misoczky (2003) identifica os referenciais teóricos que informam o processo hegemônico de formação da política no campo da atenção à saúde, entendendo, sempre, que as teorias constroem a realidade.

No centro do processo de formação da política de saúde, encontra-se uma abordagem estruturalista das relações sociais, vinculada ao paradigma estruturalista sistêmico. A teoria dos sistemas adota uma orientação determinista, pela qual o comportamento organizacional é visto como moldado por uma série de mecanismos impessoais que agem como limites externos sobre os atores (MISOCZKY, 2002). Uma categoria central tanto para o estruturalismo quanto para o funcionalismo sistêmico é a da hierarquia, definida como o princípio da teoria da burocracia que trata da ordenação de autoridades com capacidade de regulação e inspeção, com relação às quais os entes inferiores possuem direito de queixa e apelação (WEBER, 1997).

Misoczky (2003) considera a existência de centros claros de poder, estruturas hierárquicas rígidas, ações padronizadas com base em papéis e normas, operação setorializada a partir de programas normativos verticalizados e controle formal como alguns dos fatores centrais à formação burocrática tradicional. No caso das normatizações do Ministério da Saúde, está o apego à hierarquia como mecanismo principal de organização da atenção à saúde, bem como o princípio orientador das relações interorganizacionais e entre níveis de governo.

A influência do estruturalismo e da teoria dos sistemas está presente na lógica que orienta a criação do SUS, como se percebe pelo depoimento de Campos (apud MISOCZKY, 2003b, p. 345): “quando pensávamos modelos concretos de atenção à

saúde, sempre recorriamos à produção de organismos internacionais, particularmente a Organização Pan-Americana de Saúde - OPS”.

Essa organização recomendava, na década de 1980, a organização dos serviços de saúde de modo hierarquizado e com referência à base geográfica em Sistemas Locais de Saúde – SILOS. Assim, o subsistema de prestação de serviços deve agrupar as organizações que o compõem segundo as esferas de atendimento, classificação por níveis de complexidade. (MISOCZKY, 2003b, p. 345)

Segundo Cecílio (1997, p. 474), a hierarquia dos serviços seria a principal estratégia para a racionalização no uso dos recursos existentes no setor saúde, representando a utilização do recurso tecnológico certo, no espaço certo, de acordo com necessidades bem estabelecidas dos usuários e garantia de acesso. A representação do sistema de saúde por uma pirâmide adquiriu tanta legitimidade entre todos os que têm lutado pela construção do SUS porque conseguiu representar, de forma densa e acabada, todo um ideário de justiça social. No entanto, na prática, essa idealização sistêmica está longe de concretizar a justiça almejada, apontando ainda o autor, a necessidade de “pensar novos fluxos e circuitos” a partir “dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão”. Como metáfora alternativa à pirâmide, o autor propõe o círculo, associado à ideia de múltiplas alternativas de entrada e saída: abrir possibilidades em vez de hierarquizar.

Segundo Misoczky (2003b, p. 346), a hierarquia dos níveis de atenção das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) incorpora a hierarquia dos lugares, a partir da concepção da região como sistema funcional. A noção de região tem sido bastante associada ao sentido de unidade administrativa, como um meio pelo qual se exerce a hierarquia e o controle na administração dos estados – “o tecido regional é frequentemente a malha administrativa fundamental que define competências e limites das autonomias dos poderes locais na gestão do território dos Estados modernos”.

A organização da atenção à saúde por níveis de complexidade localizados em regiões e microrregiões com municípios-sede e municípios-polo representa a adoção da “hierarquia dos lugares”. Essa concepção despreza a capacidade de os atores sociais imprimirem novos usos do território, de reestruturá-lo de modo dinâmico (RÜCKERT e MISOCZKY, 2002), aliando forças endógenas e exógenas (BOISIER, 1997), ao fazê-lo, nega a possibilidade de reconstrução da malha territorial de acordo com as aspirações dos que nela vivem (RAFFESTIN, 1993).

No que se refere ao processo decisório, a normatização em vigência continua sem reconhecer a complexidade dos múltiplos atores e interesses que conformam, do ponto de vista legal, organizacional e setorial, a formação da política, insistindo em estabelecer uma lógica de relacionamento baseado na teoria da agência, em que o governo federal se coloca como principal e todos os demais atores como agentes.

Essa prática centralizadora impede a constituição de possibilidades de ações compatíveis com as necessidades desiguais, de diferentes locais e grupos populacionais. Além disso, ignora a interdependência entre os múltiplos atores presentes no campo e o tipo de problema com o qual tratam as políticas públicas. A NOAS insiste na concepção setorial, chegando ao ponto de explicitar que o desenho da regionalização da atenção à saúde pode ignorar as regiões administrativas em que os outros setores estão organizados dentro dos estados (MISOCZKY, 2003).

REDES INTERORGANIZACIONAIS COMO CAMINHO PARA EQUIDADE: POTENCIALIDADES E DIFICULDADES

Embora o processo de implementação do SUS, segundo Junqueira (2000), tenha ficado restrito à perspectiva intrasetorial e à dimensão da assistência, “o SUS é um projeto de promoção da saúde e é nessa dimensão que ele precisa ser resgatado como parte de um projeto maior da sociedade solidária”. Para que isso ocorra, segundo Misoczky (2003b), é preciso romper com os pressupostos antes mencionados. Uma alternativa à estruturação hierarquizada e centralmente normatizada tem sido bastante explorada na última década. Trata-se da utilização da metáfora de rede como referência para a organização de atividades interorganizacionais e interdisciplinares no campo das políticas públicas, vinculando a gestão da mesma ao território e à população que o produz. “A complexidade dos problemas sociais, a diversidade de atores e os interesses conflitivos existentes, a crescente mobilização da sociedade civil em busca da atenção diferenciada que respeite as diferenças sociais, a organização de um setor não governamental que atua, cada vez mais, no campo das políticas sociais e a ampliação da ação social das empresas são fatores que impulsionam e explicam o florescimento das redes de políticas sociais” (FLEURY, 2002, p. 243).

O termo rede, segundo Misoczky (2003b), é utilizado para descrever processos de formação de políticas públicas que envolvam múltiplos nós (organizações) com múltiplas conexões.

Para Junqueira (2000), a noção de organização em rede considera que atores sociais criam vínculos de diversas naturezas, que podem ter sido construídos intencionalmente ou não, e que estão em constante interação e transformação. São as “Redes Sociais” que, segundo Marques (apud JUNQUEIRA, 2000, p. 38), “representam o campo presente em determinado momento, estruturado por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações, construídos ao longo do tempo”.

Nas redes, as formas de agir privilegiam os sujeitos, cujos objetivos, definidos coletivamente, articulam pessoas e organizações que se comprometem a superar, de maneira integrada, os problemas sociais, respeitando, principalmente, as diferenças de cada membro. Por isso, a importância de cada organização pública estatal ou privada desenvolver seu saber para colocá-lo de maneira integrada a serviço do interesse coletivo. As redes constituem um meio de intervir na realidade social complexa por intermédio de práticas de cooperação entre as partes, uma construção coletiva que se define à medida que é

realizada. “A rede não é um objetivo em si, mas parte de uma metodologia para a ação que permita manter, ampliar ou criar alternativas desejáveis para os membros da organização social”. (JUNQUEIRA, 2000, p. 40)

Enfim, observamos que as redes sociais se expressam como um conjunto de pessoas e organizações que se articulam para responder demandas e necessidades de população; organizações que, no âmbito do SUS, poderiam ser os serviços de saúde, respeitando o saber e a autonomia de cada município. Com isso, as redes constituem um meio de tornar mais eficaz a gestão das políticas sociais, otimizando a utilização dos recursos disponíveis. E, ainda, “[...] ao preservarem a identidade de cada membro e sua competência de gestão dos recursos, fazem com que essas organizações se integrem, tanto na concepção das ações intersetoriais quanto na execução, para garantir a população seus direitos sociais”. (JUNQUEIRA, 2000, p. 40)

É possível tratar a gestão em rede como uma forma mais compatível com processos de aprofundamento da democracia, com “o florescimento de uma sociedade multicêntrica, em que se organizam distintos núcleos de união que, por sua vez, tendem a alterar os nexos verticais entre o Estado e a sociedade, baseados na regulamentação e subordinação, com orientação para relações mais horizontais e que favorecem a diversidade e o diálogo” (FLEURY, 2002, p. 226). A gestão em rede é também mais compatível com a formação de políticas públicas em um cenário federalista, caracterizado pela existência de múltiplos centros de decisão (MISOCZKYb, 2003, p. 349).

Para Righi (2002a), o termo “rede” no campo da atenção à saúde tem sido usado de modo mais restrito para denominar serviços localizados em um determinado território e com características semelhantes, tais como: rede básica, rede de hospitais, rede de laboratórios, etc. No processo de construção do SUS, constitui-se o que se chama de uma rede, composta por serviços públicos nos diversos níveis de complexidade de atenção, com complementariedade para o setor privado, formada por serviços estatais e privados, filantrópicos ou lucrativos. Sua forma é a pirâmide, em que os serviços de atenção primária estão localizados na base, os intermediários, no centro e no ápice, os serviços de alta complexidade.

Segundo Righi (2002a), diferentes concepções de rede têm sido utilizadas para cada um desses níveis, ou seja, na rede básica há a preponderância de uma concepção de rede tutelada, sem autonomia, um espaço de execução de programas e ações; observando-se ainda uma determinada homogeneidade nas características dessa rede em um determinado território, na formação de equipes, na proposta de área física e na padronização de processos de trabalho. Essa rede básica, que na década de 1980 era estruturada sob a gestão das Secretarias Estaduais de Saúde, a

partir da Constituição de 1988, estrutura-se sob gestão do município. No entanto, essa descentralização não implicou aumento de autonomia desses municípios, o que comprovamos na realidade de hoje.

Para Fleury (2002), um dos grandes desafios para a organização em rede reside em estabelecer modalidades de gerências que permitam alcançar os objetivos previstos e conservar a existência da articulação reticular para os quais as práticas da administração pública não são adequadas.

McGuire (apud MISOCZKY, 2003, p. 349) identifica alguns comportamentos como característicos da gerência de redes: ativar – identificar e incorporar pessoas e recursos necessários para atingir os objetivos compartilhados; emoldurar – arranjar e integrar estruturas, regras operacionais e valores que facilitem acordos referentes ao papel dos participantes; mobilizar – propiciar o desenvolvimento de compromissos e de suporte para os processos participativos dos membros da rede e da população; sintetizar – criar e garantir um ambiente que propicie condições para uma interação produtiva entre os membros. Klickert, Klijn e Koppenjan (apud MISOCZKY, 2003) distinguem as tarefas gerenciais em termos de propósitos: gestão das atividades voltadas para dar consequência às ideias e percepções dos membros. Para os autores anteriores, segundo Misoczky, (2003, p. 349), “o sucesso da gerência de redes reside na capacidade de ativar seletivamente atores e recursos, limitar os custos da interação e zelar pela sua qualidade, buscar o compromisso dos participantes e prestar atenção aos aspectos políticos e administrativos”.

Ainda de acordo com Misoczky (2003), embora a exploração de novas formas de arranjos de gestão seja apenas incipiente no campo da atenção à saúde no Brasil, acredita-se que ela possa vir a desenvolver-se como decorrência de formas mais amadurecidas de participação da sociedade e de relações entre organizações públicas e privadas. Acredita-se, principalmente, que essa exploração se coloque como uma necessidade, caso se queira avançar na direção da equidade e da construção de relações mais harmônicas no espaço da Federação. Ainda que de modo incipiente, segundo a autora, algumas práticas inovadoras estão sendo desenvolvidas por iniciativas de gestores locais, como as experiências dos consórcios intermunicipais de saúde, que podem ser considerados embriões de redes interorganizacionais, por exemplo, o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região Centro – Rio Grande do Sul, que mistura modalidades de gestão em que prevalece a hierarquia com outras em que prevalece a articulação horizontal e flexível com múltiplos e variáveis nós e fluxos.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo exploratório de cunho qualitativo que foi desenvolvido por uma pesquisa de campo com suas fases bem distintas. A primeira fase transcorreu pela pesquisa bibliográfica em fontes primárias e secundárias que, segundo Minayo (2003),

coloca frente a frente os desejos do pesquisador e os outros autores envolvidos em seu horizonte de interesses, em um esforço de discutir idéias e pensamentos.

É na pesquisa documental que, segundo Rudio (2003, p. 48), “se encontram as observações e experiências que os outros já fizeram, é nela que se encontram as bases conceituais, sem as quais não pode haver verdadeira observação científica”.

Como eixo central para o objeto deste estudo, tem-se o material documentado sobre os aspectos normativos para a descentralização e regionalização da saúde no âmbito do SUS, documentos sobre a Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, as Normas Operacionais e Assistenciais da Saúde, Leis, Portarias, artigos publicados, entre outros; com o objetivo primordial de compreender os seus desdobramentos nas ações da Assistência Farmacêutica para o estado de Pernambuco.

Complementando ainda este material, tem-se um acervo de referências documentais que se remetem à trajetória da Assistência Farmacêutica em Pernambuco, entre os quais constam Planos Estaduais de Saúde, Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica, Projeto de Reorganização de Gestão, resoluções, portarias, decretos estaduais. Acrescentando ainda, no que tange ao tema Assistência Farmacêutica, para o estado de Pernambuco, frente a uma cultura centralizadora dessa ação, o material escrito, compondo o acervo bibliográfico, em nível de estado, ainda é incipiente.

Para a segunda fase do estudo, foi indispensável compreender o significado de Representações Sociais. De acordo com Schwingel e Cavedon (2004, p. 148), representações sociais são entendidas como um saber presente no senso comum, que se reflete no cotidiano de um determinado grupo social.

[...] ao se falar de Representações Sociais se está tratando de vidas individuais inseridas em um mundo social, vidas que são formadas e construídas em uma relação com a realidade social. Tanto a atividade social como a atividade do sujeito são determinantes para esta representação, sendo que nela se expressa a força do coletivo, decorrente da dinâmica social e, ao mesmo tempo, se expressam os esforços dos sujeitos sociais que desafiam o coletivo e, até mesmo, o transformam.

É pela fala dos gestores que se identifica o que pensam e como agem frente às ações da Assistência Farmacêutica. Portanto, essa fase constituiu de entrevistas semiestruturadas, gravadas e digitalizadas, formada por duas questões abertas que, segundo Schwingel e Cavedon (2004), são consoantes com aquilo que se postula no âmbito das teorizações referentes às representações sociais.

O grupo investigado é formado por 48 gestores de saúde, dentre os quais 18 Secretários Municipais de Saúde, os demais representados por Coordenadores de Programas e outros Gerentes Municipais e Estaduais de Saúde, do estado de Pernambuco. A escolha dos gestores foi intencional.

Inicialmente, foram convidados 54 gestores a participar da entrevista, dos quais 48 concordaram. Para aqueles que aceitaram, foram expostos o objetivo e a magnitude do estudo para a questão da Assistência Farmacêutica para o estado de Pernambuco, posteriormente foram apresentadas duas perguntas abertas, em que eles podiam expressar-se livremente sobre o tema.

1ª Pergunta: Você concorda que a Assistência Farmacêutica, em Pernambuco, deva ser regionalizada? Por quê?
Se a resposta for afirmativa:
2ª Pergunta: Na sua visão, como poderia ser organizada essa Regionalização?

O estudo foi iniciado em janeiro de 2003 e as entrevistas realizadas no período de maio a julho de 2004, tendo como abrangência gestores de 7 Gerências Regionais de Saúde (GERES), inseridas em cinco Mesorregiões de Desenvolvimento do Estado e ainda gestores da Secretaria Estadual de Saúde em nível central.

De acordo com Gomes (apud SCHWINGEL e CAVEDON, 2004), os dados foram operacionalizados e analisados de acordo com a proposta de Minayo (1992), então denominada “Método hermenêutico-dialético”, que, segundo a autora, “nesse método, a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. Essa compreensão tem, como ponto de partida, o interior da fala. Como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala”. (MINAYO, 2003, p. 77)

Segundo Demo (1995, p. 229), “expressões hermenêuticas são entendidas como a arte da interpretação e da comunicação humana, onde sempre há algo de mistério, para além dos horizontes científicos...”.

Assim, a análise privilegiou a compreensão da ação e do posicionamento dos sujeitos implicados na construção do processo da regionalização da saúde nos diferentes municípios, considerando que a visão destes sobre a questão “Assistência Farmacêutica” é fruto de uma história ligada a aspectos culturais que, conseqüentemente, revelam-se nas significações atribuídas por eles à saúde e à comunidade.

O segundo nível de interpretação baseia-se no encontro que realizamos com os fatos surgidos na investigação. Esse nível é, ao mesmo tempo, ponto de partida e ponto de chegada da análise. As comunicações individuais, as observações de condutas e costumes, a análise das instituições e a observação de cerimônias e rituais são aspectos a serem considerados nesse nível de interpretação. (MINAYO, 2003)

Sendo assim, os dados foram operacionalizados de acordo com os passos apresentados a seguir.

- Ordenação dos dados: foi feito um mapeamento de todos os dados obtidos no

trabalho de campo, contemplando toda organização da pesquisa bibliográfica para ordenação do referencial teórico e a transcrição das gravações das entrevistas para a construção das Unidades de Registro dos Discursos.

- Classificação dos dados: construídos a partir dos questionamentos que foram feitos aos entrevistados, organizados nas Unidades de Registro dos Discursos, com base na fundamentação teórica referendada sobre o que foi considerado relevante nos textos. Foram elaboradas as categorias específicas, constituindo a Análise dos Conteúdos dos Discursos por Representação Social (Categorias).

A palavra categoria, em geral, refere-se a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Essa palavra está ligada à ideia de classe ou série. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso (MINAYO, 2003, p. 70).

- Análise final: procurou-se estabelecer articulações entre os dados obtidos nas entrevistas com os gestores frente aos referenciais teóricos, respondendo às questões da pesquisa, com base em seus objetivos; buscando promover relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática, pela Análise do Conteúdo dos Discursos.

O CONTEXTO DO ESTUDO

Aspectos normativos para a descentralização e regionalização no âmbito do SUS

A noção de regionalização, como diretriz organizativa das ações e dos serviços de saúde, tem seu marco jurídico e institucional fundamentados no Art. 7º da Lei 8.080 de 19/09/90, que reafirma as diretrizes do Art. 198 da Constituição Federal e define competências frente à constituição de redes regionalizadas de saúde, em que a direção municipal do SUS deve participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a sua direção estadual (BRASIL, 2004).

No processo de implementação e normatização do SUS, de acordo com Scotti (1996), o Ministério da Saúde, após amplo processo de discussão, com demais gestores e outros segmentos da sociedade, criou um instrumento jurídico institucional para aprofundar e reorientar a implementação do novo sistema de saúde do país: as denominadas Normas Operacionais Básicas (NOBs) com objetivo de definir novas estratégias, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais na regulação e relação entre os gestores.

As NOBs, segundo Carvalho (2001, p.436), foram criadas com a justificativa de dar sequência ou, como o próprio nome indica, operar transformações previstas na Constituição de 1988 e na Lei 8.080/90. “Nasceu a primeira delas referente ao SUS dentro do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS);

daí para frente, esta republicada e as demais foram apenas sequências incorporadas à nomenclatura 'inampiana' pelo Ministério da Saúde”.

Para Carvalho (2001), as NOBs, assim como outras portarias do executivo, detêm-se em regulamentação excessiva e minuciosa de questões que não precisam ser regulamentadas. Discursam intenções inócuas, pois elas já estão na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde.

Misoczky (2003) acrescenta que o período de governo que vai de 1995 até 2002 tem, como marca, a existência de um projeto articulador para a transformação do Estado brasileiro que perpassa diversos campos sociais. É no contexto de reforma do aparelho de Estado que as normatizações em saúde precisam ser compreendidas, já que redirecionaram o processo de reforma sanitária, enfatizando, entre outros aspectos, a centralização decisória e a clara separação operacional entre o subsistema de atenção básica e o de média e alta complexidade.

A consolidação das grandes mudanças do SUS ocorrem, a partir do início de 2001, com a edição da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), que seria reeditada, em 2002, e que enfatiza a regionalização das ações e serviços de saúde por níveis hierarquizados de complexidade (BRASIL, 2002b apud MISOCZKY, 2003, p. 341).

O aprofundamento do processo de descentralização deve enfatizar a regionalização e o aumento da equidade, buscando a organização de sistemas de saúde funcionais que envolvam todos os níveis de atenção, não necessariamente confinados aos territórios municipais e, portanto, sob responsabilidade coordenadora das Secretarias Estaduais de Saúde - SES. Além da lógica político-administrativa de delimitação dos sistemas de saúde, que assegura a indivisibilidade dos territórios municipais e estaduais no planejamento da rede e a autonomia dos entes governamentais na gestão, é fundamental considerar, para a definição do papel da SES e de cada Secretaria Municipal de Saúde - SMS no sistema funcional, as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de organização de redes de assistências regionalizadas e resolutivas, bem como as capacidades técnico-operacionais necessárias ao exercício das funções de alocação de recursos, programação físico-financeira, regulação do acesso, contratação de prestadores de serviço, controle e avaliação (BRASIL, 2001a, p. 14).

Do ponto de vista da organização do sistema e do acesso da população às ações de saúde, a marcante heterogeneidade entre estados, e mais ainda entre municípios, torna mera casualidade que o espaço territorial-populacional e a área de abrangência político-administrativa de um município correspondam a uma rede regionalizada e resolutiva de serviços com todos os níveis de complexidade ou mesmo que esta se localize dentro de um estado sem exercer poder de atração para além de suas fronteiras legais (BRASIL, 2001a, p. 11).

A NOAS-SUS 01/02 incorporou definições da regulamentação complementar relacionadas aos temas que, na versão anterior, encontravam-se descritos em documentos normativos específicos.

Importante observar que a NOAS-SUS 01/02 (BRASIL, 2002d), em seu Item 1, estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade que deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade na identificação de prioridades de intervenção e de conformação de sistemas funcionais de saúde, não necessariamente restritos à abrangência municipal, mas respeitando os seus limites como unidade indivisível para garantir o acesso de cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

Partia-se do pressuposto de que, naquele momento da implantação do SUS, a regionalização e a organização funcional do sistema seriam elementos centrais para o avanço da descentralização e da integração de sistemas municipais que, por sua vez, representam os pilares fundamentais para garantia da universalidade, integralidade da atenção, aumento da equidade alocativa e, particularmente, da equidade de acesso aos serviços de saúde.

De acordo com a NOAS-SUS 01/01, a elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) consiste em um processo, coordenado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES), que envolve o conjunto de municípios, de delimitação de regiões de saúde, que cobre todo o estado, e de planejamento das ações/serviços de saúde com enfoque territorial-populacional não necessariamente restrito à abrangência municipal, mas respeitando os seus limites e autoridade do gestor municipal e garantindo níveis adequados de resolução dos problemas de saúde da população.

No âmbito da estratégia de regionalização em saúde em cada estado, as SESs devem promover um processo de planejamento integrado entre as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) que resulte em um PDR. Esse Plano deve ser visto como um dos produtos de um processo dinâmico e permanente de planejamento em saúde, que sirva como instrumento de orientação da regionalização, ao explicitar prioridades de intervenção voltadas às necessidades de saúde da população e à garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção.

De acordo com as definições, quanto ao processo de geração do PDR, estabelecidas pelo Ministério da Saúde, este deve ser realizado em consonância com o Plano Estadual de Saúde, devendo ser elaborado pela SES, com a participação das SMS, em uma perspectiva de territorialização, garantia de acesso e de integração dos municípios nas regiões de saúde do estado. Essas instâncias regionais constituem espaços de referência para o planejamento e não devem reproduzir ou constituir unidades administrativas do sistema que configurem competências exclusivas dos órgãos gestores estaduais e municipais. Dessa forma, nos estados que apresentam estruturas de representação regional da SES, as regiões de planejamento em saúde não serão necessariamente coincidentes com a abrangência dessas estruturas.

Assim, o conceito de região de saúde adotado na NOAS-SUS 01/01 é bastante amplo, uma vez que essa definição deve ser feita no âmbito de cada UF, de acordo com as características do estado (demográficas, epidemiológicas, entre outras), as prioridades de atenção identificadas e o modelo de regionalização vigente. Assim, UF pode apresentar macro e microrregiões de saúde; outras, apenas regiões de saúde, ou regiões e microrregiões. Já o conceito de módulo assistencial está mais fortemente atrelado à organização da assistência, visto que corresponde a um nível mínimo de resolutividade da atenção.

Estratégias de ampliação da atenção básica segundo a NOAS/SUS 01/01

O conceito de Atenção Básica Ampliada adotado na NOAS-SUS 01/01 se relaciona ao conjunto de ações do primeiro nível de atenção em saúde que deve ser ofertado por todos os municípios em seu próprio território, com qualidade e suficiência para sua população. Além das áreas estratégicas de Atenção Básica que representam problemas de saúde, dependendo de sua relevância nacional, os diversos estados e municípios podem definir complementarmente as responsabilidades e especificidades epidemiológicas.

Do ponto de vista da organização da assistência à saúde, além da melhoria da qualidade e resolutividade da Atenção Básica, no âmbito municipal, é importante garantir o acesso de toda a população, o mais próximo possível de sua residência, a um grupo de serviços conformadores do primeiro nível de referência em média complexidade, nem sempre disponível em todos os municípios, que compreende: laboratório, radiologia simples, ultrassonografia obstétrica, atendimento psicoterápico, fisioterapia básica, algumas ações odontológicas especializadas e leitos hospitalares para atendimento do parto normal, primeiro atendimento em clínica médica e pediátrica.

Visando possibilitar maior flexibilidade para os estados adequarem o modelo proposto na NOAS-SUS 01/01 à sua realidade, na referida Norma, foram diferenciados os conceitos de módulo assistencial e de microrregião/região de saúde.

O módulo assistencial é definido como uma base territorial que apresenta resolutividade correspondente ao primeiro nível de referência de média complexidade, constituído por um ou mais municípios. O município-sede do módulo assistencial deve ser necessariamente habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) e ter capacidade de ofertar a totalidade dos serviços constantes do primeiro nível de referência com suficiência para a sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos conforme definido no processo de regionalização e na programação integrada entre gestores. A definição de abrangência de um módulo assistencial, por sua vez, deve considerar as especificidades de cada estado (acessibilidade, dispersão da população, distribuição e características dos serviços). É importante adotar critérios de ordenamento da oferta voltados para a melhoria de acesso da população às ações de saúde, ao mesmo tempo em que deve ser evitada a proliferação indiscriminada e disfuncional de serviços.

A região/microrregião de saúde representa uma base territorial de planejamento – e

não uma estrutura administrativa ou operacional – a ser definida no âmbito estadual, de acordo com as características e estratégias de regionalização de cada estado, considerando variáveis geográficas, sanitárias, epidemiológicas, de oferta de serviços, entre outras. De acordo com a Instrução Normativa 02, de 6 de abril de 2001, cada estado deverá estabelecer o critério que definirá a unidade mínima de qualificação (região ou microrregião de saúde), que deverá agregar oferta assistencial em relação ao módulo.

Dessa forma, a qualificação das regiões ou microrregiões na assistência à saúde compreende, em linhas gerais:

- a delimitação das bases territoriais de planejamento em cada estado, explicitando os critérios de definição de cada nível de organização do território;
- a definição de módulos assistenciais de municípios-sede para o primeiro nível de referência;
- a explicitação de sua população de abrangência.

A regionalização da saúde e a política de Assistência Farmacêutica

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) que dispõe sobre a Política de Saúde no país remete à necessidade da implantação de uma Política Nacional de Medicamentos (PNM), centrada nas ações da Assistência Farmacêutica integral como uma das condições estratégicas para a efetiva implementação do SUS.

A Norma Operacional Básica, NOB-SUS/01/96, no processo da descentralização das ações de saúde, redefiniu os papéis de cada esfera do governo e, no que tange à Assistência Farmacêutica, explicita que cabe ao gestor federal a reorientação e implementação de suas ações. Porém, de acordo com Mayorga e colaboradores (2004, p. 202), “ainda persiste a indefinição do termo Assistência Farmacêutica e sua preocupação com o binômio produção/controle de qualidade. Carecendo, assim, de uma visão mais ampla da mesma”.

A Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 1998) preconizada pelo Ministério da Saúde tem como propósito garantir o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, assim como a necessária qualidade, segurança, eficácia dos mesmos e a promoção do seu uso racional. Ela tem como base os princípios e diretrizes do SUS, definindo as prioridades relacionadas à legislação, incluindo a regulamentação, inspeção, controle e garantia da qualidade, seleção, aquisição e distribuição, uso racional de medicamentos e desenvolvimento de recursos humanos, científicos e tecnológicos. (MARIN et al., 2003, p. 128)

Esse documento definiu a Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Além disso, envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de

qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre os medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional.

Como se observa em Mayorga e colaboradores (2004, p. 203), “a cultura existente, focada apenas na aquisição e distribuição de medicamentos começou a ser declarada, oficialmente, como insuficiente para sustentar uma política de medicamentos”. Acrescentando ainda que, como uma das principais prioridades da PNM, a reorientação da Assistência Farmacêutica, provocou o início de mudanças, em todo país e, principalmente na forma de entender e gerenciá-la.

A portaria 176/99, ao promover a descentralização dos recursos destinados à aquisição dos medicamentos voltados à atenção básica, coloca estados e municípios em um novo papel diante da questão da organização da Assistência Farmacêutica. Ao refletirmos acerca da organização dos serviços, sob a ótica de uma concepção de modelo assistencial, identificamos a necessidade de situarmos, nos diversos níveis de atenção à saúde, o lugar da Assistência Farmacêutica, compreendendo que, ao pensarmos o medicamento como um insumo básico, devemos considerar a relevância da terapêutica medicamentosa nas ações de recuperação da saúde, mas tendo em conta que, nos cuidados de saúde, a Assistência Farmacêutica contempla, também, as ações de prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde. (MARIN et al., 2003, p. 129)

Ora, do ponto de vista da organização de serviços de atenção primária, segundo a autora anterior, uma tarefa prioritária para a organização dessa assistência consiste no resgate das atividades pertinentes à área e que se encontram dispersas. Dispersão que está relacionada a razões históricas, entre outras, à lógica verticalista do Ministério da Saúde, na fragmentação das ações de saúde em distintos programas, aliada ao desvirtuamento do ensino farmacêutico quanto à questão do medicamento.

A NOAS-SUS 01/02 define que o processo da regionalização da saúde deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado, compreendendo as noções de territorialidade para garantir o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis.

No entanto, observa-se que as normas operacionais não absorveram a Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica como estratégias estruturantes para a resolutividade do sistema, deixando lacunas importantes para essas ações. Como consequência, gera-se a fragmentação dessa assistência, diferentes logísticas de apoio, superposições de serviços e falta de racionalização político-administrativa, que, entre outros fatores, atuam em sinergia com o desaparelhamento administrativo e institucional dos órgãos federais, estaduais e municipais nesse campo, constituindo fatores que contribuem para um menor

desempenho da política pública de saúde. Reorganizar e rearticular, em um território de saúde, todas as formas de seleção, programação, aquisição e distribuição de medicamentos atualmente utilizadas pelos diferentes gestores do SUS é importante para a otimização dos recursos e a integração gradativa das ações de Assistência Farmacêutica.

Comentários analíticos

Como foi observado nos textos anteriores, o SUS, embora traga consigo uma ideia de unicidade, é um sistema complexo tanto na dimensão técnica para enfrentar os mais diferentes perfis epidemiológicos quanto na dimensão político-administrativa, considerando os diferentes graus de capacidade de gestão dentre os estados e municípios brasileiros. Desenhado para enfrentar uma realidade social, econômica, política e cultural, altamente heterogênea, enfrenta, ainda, grandes dificuldades na estruturação nos moldes de seus princípios de integralidade e universalidade.

Dentre os grandes desafios no aperfeiçoamento do SUS, encontra-se a Assistência Farmacêutica. É no seu âmbito que se indica e realiza o consumo de medicamentos e de outros insumos fundamentais ao diagnóstico e à terapêutica. Tal característica lhe confere uma natureza estratégica a ser compartilhada pelas esferas de governo com o objetivo de assegurar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo.

Uma das diretrizes importantes da PNM é a Reorientação da Assistência Farmacêutica, fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional de medicamentos, na otimização e eficácia das atividades envolvidas e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução de preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população atendida por serviços privados de atenção à saúde.

Na elaboração das normas, percebe-se claramente que a Assistência Farmacêutica foi colocada de forma incipiente. Em vez de estimular ações nos três níveis de governo, preserva no Ministério o papel de indutor de um processo que deveria organizar os serviços de Assistência Farmacêutica de acordo com a realidade sanitária e com a rede de serviços de cada município. Torna-se urgente não apenas o equacionamento da falta de acesso aos medicamentos correspondentes a cada nível de complexidade da atenção à saúde no SUS, como também a qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica, públicos ou privados, de forma a se comprometerem com o êxito da terapêutica farmacológica de cada paciente e zelar pelo uso racional de medicamentos.

Há necessidade, também, de uma integração das ações da Assistência Farmacêutica para evitar diferentes logísticas de apoio e superposições de serviços, promovendo a racionalização político-administrativa, objetivando entre outros, reorganizar e rearticular todas as formas de seleção, programação, aquisição e distribuição de medicamentos atualmente utilizados pelos diferentes gestores do SUS, no sentido de otimizar os recursos e de integrar gradativamente as ações de AF considerando as especificidades loco-regionais.

A TRAJETÓRIA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM PERNAMBUCO

Histórico da Assistência Farmacêutica e seus desdobramentos em Pernambuco

Como os demais estados brasileiros, Pernambuco também teve seus primeiros passos voltados para a Assistência Farmacêutica com as então chamadas “Farmácias de Revendas”, do antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão que adquiria o medicamento no mercado privado e o revendia a preço de custo aos beneficiários da Previdência Social; os medicamentos revendidos eram adquiridos pelos usuários sem qualquer tipo de padronização, por meio de farmácias e drogarias credenciadas com o INPS.

Paralela a essa atividade, também havia, nos Postos de Saúde estaduais, alguns programas verticalizados do Ministério da Saúde, tais como os dirigidos a pacientes portadores de Tuberculose, e ainda, as Unidades da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), com assistência a doenças endêmicas. Em ambos os casos, a distribuição para a população era gratuita.

Em 1974, em Pernambuco, teve-se a primeira farmácia com distribuição de medicamentos gratuitos extensivos para os beneficiários da Previdência Social, que funcionava em um único posto do então INPS, no centro da cidade do Recife. Pode-se considerar, como sabemos, que esse programa do governo federal foi um marco para a história da Assistência Farmacêutica, já que iniciou um programa de Assistência Farmacêutica fundamentada no fornecimento gratuito de um elenco básico de 30 medicamentos, denominado “elenco de dispensação” e que estava inserido em uma relação maior, contendo 150 produtos – a Relação de Medicamentos Básicos (RMB) elaborada pelo Conselho Consultivo da CEME.

O Ministério da Saúde funcionava em paralelo, sem qualquer articulação com o programa existente no âmbito da Previdência Social. Havia, já nessa época, diversos órgãos desenvolvendo, em nível federal, programas de Assistência Farmacêutica, ainda que incipientes, não articulados entre si.

A Previdência Social, em 1974-1975, modificou o Programa de Assistência Farmacêutica, que passou a ser composto por diversas unidades de dispensação, denominadas de Unidades de Assistência Farmacêutica (UAF), montadas inicialmente no Rio de Janeiro e, em 1976, expandiu-se para os demais estados.

Pernambuco foi contemplado por essas UAFs, somando-se com mais de 20 Unidades, inseridas nos Hospitais Públicos e Unidades Ambulatoriais da Previdência Social, na capital e no interior, que disponibilizavam, gratuitamente, aos seus usuários os 150 itens constantes da RMB. Nessa época, esta passa a ser a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), a qual foi atualizada em 1988, segundo diretrizes recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), enfatizando a avaliação de segurança e eficácia dos medicamentos, além de fazer considerações a respeito da disponibilidade dos produtos internos e regionais.

Para manter essa estrutura de UAFs funcionando, o INAMPS ampliou o convênio com a CEME, de onde partia todo o elenco de medicamentos distribuídos. Montou uma forma de gestão do sistema em que na sua estrutura organizacional instituiu a nova Coordenação de Assistência Farmacêutica (CAF) em nível de Direção-geral do INAMPS, ligada à Secretaria de Assistência Médica (SAM). Nesse período, houve grandes investimentos por parte do MPAS, além da aquisição de materiais e equipamentos necessários para a implementação do programa, contratação de profissionais de nível superior, principalmente, farmacêuticos e auxiliares de nível médio.

Nas Superintendências Regionais do INAMPS, foram criadas as Chefias de Equipe de Farmácia, que coordenavam o trabalho em nível estadual e as Centrais Distribuidoras de Medicamentos (CDMs), as quais funcionavam como almoxarifados intermediários no subsistema de distribuição da CEME. As CDMs eram responsáveis pelo recebimento e armazenagem dos medicamentos repassados pela CEME e pela redistribuição às UAFs, conforme solicitações das mesmas e avaliação da demanda em níveis regional e central.

Todas as rotinas eram padronizadas e normatizadas pelas portarias. Relatórios trimestrais de consumo de medicamentos e outras informações, como falta de medicamentos, medicamentos sem rotatividade, remanejamentos, eram apresentados pelos farmacêuticos às chefias das Equipes de Farmácia nas Superintendências Regionais, que os consolidavam e encaminhavam à Coordenação de Assistência Farmacêutica no Ministério da Previdência, diante dos quais eram preparadas as Programações Anuais de aquisição na CEME.

O Sistema da Previdência Social construiu assim, um modelo de Assistência Farmacêutica excludente e verticalizado, mas que mantinha o profissional farmacêutico como responsável técnico em todos os níveis de organização, desde a Coordenação Central no Ministério, nas Coordenações Regionais, Chefias de Equipes, nas CDMs e nas Unidades Assistenciais, que se apresentavam como as Farmácias Hospitalares e Ambulatoriais.

Certamente, a lógica da Assistência Farmacêutica no país era outra. Apenas incluía a seleção, a aquisição e a distribuição, sem as outras atividades do ciclo da Assistência Farmacêutica. No entanto, não podemos deixar de reconhecer que esse tripé, com a participação do profissional, mostrou o caminho ao longo desses anos para alcançarmos uma Assistência Farmacêutica de forma integral como queremos hoje.

Segundo Wilken e Bermudez (1999), em 1980, o Programa de Assistência Farmacêutica já tinha uma grande envergadura, crescendo em número de Unidades distribuidoras de medicamentos e em medicamentos dispensados. Nesse cenário, concomitantemente às atividades do Ministério da Previdência e Assistência Social, haviam outros atores que desenvolviam ações com outra forma de organização.

No Estado de Pernambuco, bem antes do advento do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a Assistência Farmacêutica já tinha sua estrutura formalizada no organograma da Secretaria Estadual de Saúde (SES), ainda que incipiente, sob o nome de Farmácia Central, subordinada ao Departamento de Materiais. A Farmácia Central contava com a estrutura de dois grandes almoxarifados para Medicamentos e Material

Médico Hospitalar: um no Largo de Dois Irmãos e o outro dentro da área física da SES. Esta abastecia as Unidades de Saúde do Estado, compostas pelos hospitais próprios. Os medicamentos eram adquiridos pela CEME e compreendiam dois grandes grupos: os recebidos pelo FINSOCIAL, pelos quais o estado não desembolsava nenhum recurso e eram destinados ao atendimento de todas as Unidades de Saúde, principalmente, ambulatoriais; e os de baixo custo, pagos pela Secretaria Estadual de Saúde ao Ministério da Saúde, destinados, principalmente, às Unidades Hospitalares.

Havia profissionais farmacêuticos apenas nas Centrais Distribuidoras e nas grandes Unidades Hospitalares, sempre, é claro, em número insuficiente para as atividades desenvolvidas. Nos ambulatorios, as farmácias eram sempre “tomadas de conta” por profissionais auxiliares de diversas categorias. Em 1986, os dois almoxarifados de medicamentos fundiram-se em um só funciona até essa data.

A organização da Assistência Farmacêutica do Estado de Pernambuco ocorreu com o advento do Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, quando foi formulada uma Instrução de Serviço Estadual (01/89) designando uma comissão para elaborar o Projeto de Implantação da Assistência Farmacêutica para o estado de Pernambuco, composta pelos farmacêuticos da Secretaria Estadual de Saúde, do INAMPS e da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). A partir de então, surgiu a difícil integração entre a Assistência Farmacêutica Estadual e a Federal.

Difícil, sem dúvida nenhuma. No primeiro momento das apresentações no auditório da Superintendência Regional do INAMPS, a equipe do estado (3 farmacêuticos) e a equipe do INAMPS (28 farmacêuticos) apresentaram-se por meio das atividades efetivamente desenvolvidas, em que foram colocados. O grupo do INAMPS apresentou todo o fluxo de organização na aquisição, distribuição e dispensação de medicamentos para os hospitais e ambulatório da rede, desde a rotina da Chefia de Equipe de Farmácia, CDM e UAFs, até a efetiva dispensação. Na apresentação do grupo do estado, apenas foi declarado: “infelizmente, não temos nada o que apresentar”. Ficou demonstrado, sem dúvida, a fragilidade e despreparo da estrutura da SES/PE no âmbito da Assistência Farmacêutica.

No momento crítico em que se encontravam todas as mudanças no Sistema de Saúde do país, esforços se somaram no novo grupo que ali estava se construindo, aprendendo com todos os pontos fortes e fracos de ambas as organizações com um único objetivo, que seria alcançar uma Assistência Farmacêutica de forma integral para o estado. Esta deveria apoiar as ações de saúde demandadas pela comunidade, envolvendo o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma das suas etapas constitutivas: conservação e controle de qualidade, segurança e eficácia terapêutica; acompanhamento e avaliação de utilização de medicamento; obtenção e a difusão de educação permanente dos profissionais de saúde; buscando, dessa forma, o uso racional do medicamento.

Paralela a essas organizações, também havia a SUCAM, que prestava assistência terapêutica às doenças endêmicas prevalentes no estado; e a Fundação de Serviços de Saúde Pública (Fundação SESP). Ambas vinculadas ao Ministério da Saúde. No processo

de criação do SUS, ambas transformaram-se na Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) que mantinha, em 22 municípios do estado, Unidades Ambulatoriais e Hospitalares. Na FUNASA, em Pernambuco, os profissionais farmacêuticos estavam todos voltados para o controle de água e Laboratório de Análises Clínicas, ficando a área de medicamentos sob responsabilidade de outros técnicos na seleção e aquisição, cabendo aos auxiliares a distribuição. Essa situação perdurou até o processo da municipalização da saúde, quando todas essas unidades foram repassadas aos municípios onde estavam localizadas.

Em todas as ações de Assistência Farmacêutica no Estado, naquela época, os produtos farmacêuticos eram vistos como material de consumo, armazenados como produtos da área administrativa.

Após a extinção do INAMPS, em 1993, a Coordenadoria de Farmácia do INAMPS e a responsabilidade pelos programas de assistência passaram para a esfera estadual. Em nível federal, 16 programas ficaram a cargo das Coordenações dos Programas verticalizados do Ministério da Saúde, que respondiam pelo atendimento de 125 especialidades, cuja responsabilidade pelo suprimento foi mantida na CEME, até sua desativação, em julho de 1997.

O processo de desativação da Central de Medicamentos, em que pese as críticas à sua atuação e a alocação orçamentária quase que exclusivamente voltada para a aquisição de medicamentos, acarretou a realocação de suas atividades, a pulverização em diversos órgãos do Ministério da Saúde e uma perda da interlocução por parte das esferas estadual e municipal do SUS.

Em 1990, foi criada a primeira estrutura de Assistência Farmacêutica para o estado de Pernambuco, dentro do novo modelo de assistência à saúde no país, com a denominação de Diretoria Executiva de Terapia e Farmácia, não mais na Gerência de Materiais, mas na Diretoria de Saúde. Em 1991, houve uma nova reformulação na estrutura organizacional do Estado, passando a Departamento de Assistência Farmacêutica e, em 1995, com uma outra nova estrutura administrativa, passou a denominar-se Diretoria Executiva de Assistência Farmacêutica com a definição do seu papel para a Organização da Política Estadual de Medicamentos.

A Assistência Farmacêutica em Pernambuco nos últimos 10 anos

Em 1990 e 1993, houve contratação de mais de 150 farmacêuticos concursados, distribuídos no nível central da Diretoria de Assistência Farmacêutica e Farmácias Hospitalares. O período de 1995 a 1998 representou um marco para a Assistência Farmacêutica em Pernambuco, com a estruturação da Diretoria Executiva de Assistência Farmacêutica, várias ações foram implementadas para o desenvolvimento de vários programas. Nesse período, a Diretoria buscou a integração dessas ações com os diversos setores externos e internos do SUS. Em julho de 1995, foi realizado o I Seminário de Assistência Farmacêutica para o SUS de Pernambuco, com a participação de conferencistas representantes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/ Organização Mundial de Saúde (OMS), Escola Nacional de

Pública (ENSP)/ Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Laboratório Farmacêutico do Estado de Pernambuco (LAFEPE) e do Departamento de Assistência Farmacêutica do Estado do Ceará.

Naquele seminário, foram apresentadas as diretrizes da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, com propostas retiradas das discussões para a execução da Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica no estado de Pernambuco, incluindo-as em dois projetos: 'Reorganização da Assistência Farmacêutica para o Estado de Pernambuco' e 'Descentralização: Implantação e Implementação da Assistência Farmacêutica'.

No processo da Reorganização, foram realizadas atividades de capacitação importantes, tais como: Curso de Capacitação e Aperfeiçoamento em Administração de Medicamentos, oferecido a farmacêuticos da Diretoria, dos hospitais de referência e dos municípios; Oficina para a construção de indicadores em Assistência Farmacêutica (OPAS/OMS); e o I Seminário de Fitoterapia do Estado de Pernambuco para profissionais de saúde e representantes das comunidades.

A Diretoria Executiva de Assistência Farmacêutica, então constituída em 1995, subordinada diretamente à Diretoria de Assistência à Saúde, tinha uma estrutura organizacional central (em nível de SES) adequada, naquela ocasião, para as suas atividades, com todas as suas funções descritas formalmente.

No entanto, as mudanças estruturais não promoveram o impacto esperado nas ações para a construção de uma nova concepção dos componentes e elementos que constituem a Assistência Farmacêutica para o estado de Pernambuco. Com a mudança do governo estadual, em 1999, uma nova estrutura organizacional foi instituída na SES. A Assistência Farmacêutica, que era uma Diretoria Executiva com três Departamentos e seis Divisões, subordinada diretamente à Diretoria de Saúde, passou a ser um Departamento de Normatização e Padronização de Assistência Farmacêutica (DNPAF), com apenas duas Divisões, inseridas na Diretoria Executiva de Desenvolvimento em Saúde (DEDS).

Reconhece-se a importância, para a história da Assistência Farmacêutica no estado de Pernambuco, das ações que aquela Diretoria desenvolveu naquele período. Entretanto, o fortalecimento da estrutura organizacional centrava-se no Nível Central da SES, deixando as outras estruturas, como serviços de farmácias hospitalares e ambulatoriais (estaduais e regionais) com estruturas gerenciais frágeis, não compatíveis com as atividades que desenvolviam, comprometendo o desenvolvimento da rede de atividades regionalizadas com a quebra de um elo que interferia no retorno de cada ação, um processo extremamente importante no desenvolvimento de uma ação participativa.

A centralização da Assistência Farmacêutica comprometeu, sem dúvida, as suas ações, gerando a perda de profissionais capacitados que estavam iniciando um trabalho pioneiro no estado, bem como o desestímulo daqueles que ficavam. O retrocesso na estrutura organizacional se refletiu na ponta do sistema. As Divisões de Farmácias Hospitalares dos maiores hospitais da rede tinham em sua organização dois setores formalizados (Setor

de Farmácia Ambulatorial e Setor de Abastecimento Farmacêutico). Isso também foi desmontado, retrocedendo formalmente a meros setores de farmácias hospitalares. Nos pequenos hospitais e Farmácias das Regionais de Saúde, essas estruturas foram extintas, passando a representar apenas atividades subordinadas a almoxarifados de materiais.

Gestão muito conturbada para a Assistência Farmacêutica em Pernambuco, no período de 1999 a 2002, após o impacto da desestruturação administrativa de toda uma equipe e, principalmente, porque nos dois primeiros anos, houve dois gerentes consecutivos. O trabalho continuou, com a Secretaria Estadual desenvolvendo o processo de organização da Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica por meio de instrumentos jurídicos, visando à implantação dessas ações.

Nesse mesmo período, o Ministério da Saúde, com o objetivo de implantar e implementar as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, instituída em 1998, pela Portaria GM/MS 3.916, desenvolve vários programas assistenciais, com um novo modelo de orientação no processo da descentralização de medicamentos, baseado em três pressupostos básicos de ordem epidemiológica, que são: as doenças que configuram os problemas de Saúde Pública representadas pelo Programa de Medicamentos Estratégicos; doenças raras de alto custo e de tratamento prolongado, representadas pelo Programa de Medicamentos Excepcionais; e as doenças de atenção básica, representadas pelo Programa de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. Nos itens que segue, cada um desses Programas é brevemente apresentado.

Programa de Assistência Farmacêutica Básica

A NOB/96 efetivamente implantada em 1998, introduziu importantes modificações no SUS, principalmente, em relação à descentralização e priorização da Atenção Básica. De acordo com o Plano de Assistência Farmacêutica de Pernambuco/2000, estudos da Organização Mundial de Saúde mostram que os gastos com medicamentos chegam a 66% dos Recursos da Saúde nos países em desenvolvimento o que, muitas vezes, é provocado pelo seu uso irracional.

Com a extinção da CEME, em 1997, as suas atribuições foram assumidas por diversas unidades da estrutura do Ministério da Saúde, a qual entre outras ações, implantou o Programa de Farmácia Básica (PFB), com o objetivo de possibilitar o acesso da população a um elenco de 40 itens; posteriormente, reduzidos a 32, destinados a municípios com população até 20.000 habitantes, atendendo 35 milhões de pessoas em, aproximadamente, 4.000 municípios.

Ainda de acordo com o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco/2000, esse programa cobria cerca de 18% da população do estado. Havia, na época, uma preocupação com a fragilidade do programa, com o agravamento, o desabastecimento de medicamentos tanto da Atenção Básica quanto os direcionados para outros programas específicos, como Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Saúde Mental, Saúde do Idoso,

etc.; além da perda da interlocução do Ministério da Saúde com as demais esferas gestoras e da fragmentação das suas ações.

Preocupados com a situação, os membros da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) aprovaram, em 29.10.98, orientações para o estabelecimento de normas para a operacionalização de transferência de recursos do MS para os municípios. Em Pernambuco, a operacionalização foi aprovada na Comissão Intergestora Bipartite (CIB) que definia:

- implantação das Ações da Assistência Farmacêutica Básica para Pernambuco;
- transferências de recursos federais no montante de R\$ 1,00 por habitante/ano e contrapartidas estadual e municipal de R\$ 0,50, respectivamente.

Em 1999, o MS divulgou a Portaria n.º 176 de 08/03/99, que estabelecia critérios e requisitos para qualificação e habilitação dos municípios, como também as competências do gestor estadual no Programa. Foi, então, elaborado pelo DNPAF o primeiro Plano Estadual de AF Básica, aprovado pela CIB por meio da Resolução 322 de 3 de maio de 1999.

O Plano tinha quatro objetivos principais:

- elaboração da listagem de medicamentos básicos para o estado, orientando-se pela Rename, e Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (Resme), cujo elenco seria seguido pelas Secretarias Municipais da Saúde, observando os parâmetros de prevalência epidemiológica e programas de saúde dos municípios;
- desenvolver o processo de orientação da AF para o estado, de acordo com a PNME a Port./MS 176/99, implantando-a e implementando-a em todos os municípios;
- desenvolver o manejo de logística e distribuição;
- acompanhar e avaliar as ações e serviços de AF nos municípios.

Como já visto, o Programa de Incentivo de Assistência Farmacêutica Básica (PIAFB) vem funcionando, desde abril/99 pelo repasse dos recursos financeiros das três esferas de governo aos municípios devidamente habilitados de acordo com os critérios estabelecidos na Port. 176/99. Os municípios aderem ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, por meio de um Termo de Adesão, pactuado na CIB, e apresentam seu Plano Municipal de AF Básica.

Aos municípios coube a opção de optar por três tipos de pactuação: aquisição totalmente centralizada no estado; aquisição parcialmente centralizada no estado; e aquisição parcialmente centralizada no município. O estado de Pernambuco aderiu à aquisição “parcialmente centralizada nos seus municípios”, repassando R\$ 0,50 por habitante/ano, em 12 parcelas, por meio de medicamentos do LAFEPE.

O acompanhamento técnico-financeiro do PIAFB, nos 185 municípios, em Pernambuco, vem sendo executado pelo DNPAF, inicialmente, por critérios estabelecidos pela Portaria MS/SAS 956/2000, por planilhas trimestrais e, posteriormente, pelo Programa Informatizado para Prestações de Contas da Assistência Farmacêutica Básica (SIFAB), considerando critérios estabelecidos na PORT. MS/SAS 2050/2001, alterando o artigos 5º e 6º da Portaria 956/00, considerando a implantação de um software denominado

SIFAB. Esse sistema foi concebido para mensurar, em diversos aspectos, a aplicação dos recursos financeiros em relação às contrapartidas pactuadas entre a União, estados e municípios, bem como os medicamentos adquiridos com esses recursos.

Também faz parte do Programa de Assistência Farmacêutica Básica, o Programa de Farmácia Popular, criado em março de 2001. É desenvolvido em conjunto com o Programa Saúde da Família (PSF) e visa aprimorar o atendimento à atenção básica e atender ao aumento de cobertura proporcional pelo PSF. Cada equipe implantada recebe um conjunto de medicamentos básicos para o atendimento da clientela adscrita, em média 3.500 pessoas, por um período de três meses.

Como se observa, os programas foram implantados pelo MS para serem executados e acompanhados pelas secretarias estaduais e municipais de saúde, especificamente, pelas coordenações de Assistência Farmacêuticas, independentemente das estruturas administrativas que tenham. Não foi fácil para o então DNPAF, da SES-PE, cumprir suas responsabilidades nesses programas. No entanto, no segundo biênio da gestão, a SES convidou um novo gerente para o DNPAF, ao qual foi dado mais apoio administrativo para conduzir as ações e, ainda no segundo semestre de 2001, foram contratados mais cinco farmacêuticos para compor a equipe e implantar as novas atividades.

Em Pernambuco, o PIAFB, a partir de 1999, teve toda sua implantação nos 185 municípios, com a participação efetiva do DNPAF, o qual com extrema dificuldade, frente ao número de técnicos que era exíguo, naquela ocasião, conseguiu desenvolver todo processo de habilitação e adesão desses profissionais ao Programa. De 2000 a 2001, foi iniciada a fase do controle e avaliação físico-financeira de acordo com a Port. GM/MS 956/2000. No entanto, esse processo ainda foi muito lento, devido à falta de capacitação por parte do MS e o insuficiente número de técnicos do Departamento. Só em dezembro de 2001, foi composta uma equipe exclusiva para o desenvolvimento desse programa, gerenciada por um farmacêutico; a partir de então, as ações começaram a ser implementadas a contento. No primeiro semestre de 2002, foram realizadas supervisões e treinamentos sobre os aspectos gerais do PIAFB em todas as regionais de saúde, e um processo de sensibilização fora iniciado com os gestores municipais para que contratassem os seus farmacêuticos, pois esse profissional seria o elemento facilitador, condutor e responsável por essa ação no município. Salienta-se que, naquela ocasião, o número de farmacêuticos contratados e as estruturas de AF formalizadas não ultrapassavam 10% em todo o estado. Hoje já alcançou cerca de 50%.

Outras considerações críticas que ainda temos a fazer, além das operacionais, no contexto do Programa de Assistência Farmacêutica Básica, é que o Programa da Farmácia Popular, desenvolvido com o PSF, é totalmente desarticulado do PIAFB, acarretando superposições de elenco de medicamentos e atividades e comprometendo, sem dúvida nenhuma, todo um processo de logística de distribuição e dispensação. Nesse sentido, contribui para o uso irracional dos medicamentos repassados à população pelos respectivos programas.

O Programa de Medicamentos Estratégicos

De acordo com as informações do MS, por meio da Edição “Política Federal de Assistência Farmacêutica, 1990-2002 (BRASIL, 2002e), esses medicamentos atendem aos programas de Tuberculose, Hanseníase, Malária, Esquistossomose, Tracoma, Leishmaniose, Meningite, Cólera, Filariose, Diabetes e Hemofilia. Incluem também alguns medicamentos para Assistência Farmacêutica Básica, AIDS e Saúde Mental. Os recursos totais aplicados para esse grupo foram ampliados entre 1997 e 2001. Em 1997, foram da ordem de R\$ 569.672 milhões, passando em 2001, para R\$ 1.048,176, um aumento nominal de R\$ 478,5 milhões ou 84%.

Desse total, a participação dos medicamentos voltados para a Assistência Farmacêutica básica aumentou, significativamente, alcançando 16% do total em 2001, o que demonstra a prioridade dada a esse tipo de ação. O Programa de AIDS também absorve parte considerável dos recursos dos medicamentos estratégicos, chegando a 49% do total em 2001. Esse percentual já foi maior, porém iniciativas de redução de preços dos medicamentos do programa e a ampliação dos demais gastos têm provocado uma redução dessa participação, tendência que deve se manter nos anos seguintes.

Nesse programa, os medicamentos são adquiridos pelo MS, mas as atividades de programação e distribuição de medicamentos nas regionais de saúde e municípios são de inteira responsabilidade da Assistência Farmacêutica e da coordenação de epidemiologia estadual, o que demonstra, mais uma vez, a necessidade de uma infraestrutura em área física e de recursos humanos capacitados. No DNPAF, novas atividades foram implementadas nesse período, como a inserção efetiva de um farmacêutico do departamento na equipe de Epidemiologia da SES, estreitando a relação entre os dois setores, bem como participando ativamente em todas as atividades de programação e capacitação da rede. Em 2001, foram contratados mais dois farmacêuticos para essas atividades, número ainda insuficiente, pois foram contemplados apenas os programas da AIDS, Hanseníase, Tuberculose e Diabetes; aos demais, a participação da AF era ainda incipiente.

Salienta-se ainda, que cabe à coordenação estadual de AF a responsabilidade de acompanhar todo processo logístico dos programas, até da questão da complementação de estoque, em algum momento em que o MS não possa atender.

No estado de Pernambuco, nas atividades de controle e avaliação nas regionais de saúde e municípios, observa-se como as estruturas são frágeis, começando pelas regionais de saúde, que não têm profissionais nem em número, nem em capacitação suficiente para desenvolver as atividades a contento; os números se perdem, começando pelas notificações, e então começa uma sequência de erros que geram programações incorretas e, conseqüentemente, desperdícios ou falta de medicamentos, prejudicando o tratamento da população.

O Programa da AIDS

O Programa de Combate à AIDS do Brasil é reconhecido como um dos melhores do mundo. Grande parte de seu sucesso deve-se à distribuição do coquetel de medicamentos

para os portadores de HIV. Cerca de 105.000 pacientes recebem hoje os medicamentos de combate à AIDS, o que representa 100% das pessoas que preenchem os critérios estabelecidos no documento de consenso terapêutico em HIV/AIDS do MS. Em 2006, o MS distribuía 12 medicamentos antirretrovirais, em 25 apresentações farmacêuticas, em 424 unidades dos serviços de saúde. Esse Programa destacou-se dos demais por seu volume entre os demais medicamentos estratégicos, com um desembolso de R\$ 515,5 milhões em 2001 (BRASIL, 2002e).

De acordo com o Boletim Informativo DST/AIDS de Pernambuco, o estado assistia em 2004 a 7.791 pacientes, em sete Unidades de Referência, distribuídas em várias regionais de saúde, sendo o maior número em Recife (PERNAMBUCO, 2004).

A Assistência Farmacêutica tem uma participação efetiva nesse Programa no estado, mantendo um farmacêutico (com contrato com o próprio Programa), que possibilita uma relação muito estreita entre as duas coordenações, com o objetivo primordial de acompanhar todas as etapas do seu desenvolvimento, desde a programação até a efetiva dispensação com os pacientes, por meio de boletins desenvolvidos pela AF. O farmacêutico também participa do Comitê Clínico, com os demais profissionais e é responsável por todos os processos de aquisição no DNPAF. Vale a pena ainda citar que, após a incorporação do farmacêutico do DNPAF, supervisionando a dispensação nas Unidades de Referência, os resultados vêm sendo extremamente satisfatórios, diante da diminuição do desperdício de medicamentos por vários fatores, entre eles, a adesão e o abandono ao tratamento e o controle de validade dos medicamentos em estoque nas Unidades.

O Programa de Saúde Mental

Em 1999, foi instituído pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria 1.077/99, o Programa para Aquisição de Medicamentos para Saúde Mental que, seguindo o princípio da descentralização, permite que a programação e as compras acompanhem a estrutura e particularidades de cada local (BRASIL, 1999b). O Ministério da Saúde envia diretamente aos fundos de saúde o equivalente a 80% dos gastos que estão condicionados a uma contrapartida de 20% do total. Em 2001, foram destinados a esse programa R\$ 22,9 milhões por parte do governo federal (BRASIL, 2002e).

Dentre as ações de responsabilidade da Gerência de Saúde Mental e especificamente na Coordenação de Assistência Farmacêutica desta SES, podemos citar:

- Participar na Bipartite das negociações para adoção de critérios para repasses de recursos/medicamentos aos municípios.
- Selecionar e programar medicamentos essenciais em Saúde Mental de acordo com a relação do Ministério da Saúde, portaria n.º 507/GM de 23/04/99, perfil epidemiológico, consumo médio e capacidade instalada para municípios que estejam em gestão da atenção básica de saúde.
- Realizar o processo logístico de aquisição, armazenamento e distribuição de

- medicamentos de forma racional de acordo com o plano de Saúde Mental.
- Participar da Comissão de Acompanhamento, Controle e Avaliação das ações de Assistência Farmacêutica em Saúde Mental.
 - Coordenar, normalizar, assessorar, supervisionar, controlar e avaliar as Ações de Assistência Farmacêutica em Saúde Mental em Pernambuco.

O Programa de Medicamentos Excepcionais

Regulamentado pela portaria MS/SAS n.º 204 de 06 de novembro de 1996, esse programa é composto por 4 medicamentos de valor elevado e administrados por períodos longos, como os destinados a doenças neurológicas, osteoporose, hepatites e transplantes. A aquisição e distribuição desses medicamentos são de responsabilidade dos estados, devendo ser financiada com recursos do Ministério da Saúde integralmente, o que acontecia, com a maioria dos estados, até 2001.

Até o final de 1999, os recursos para aquisição desses medicamentos compunham os tetos financeiros estaduais, sendo repassados mediante a apresentação do comprovante de compra pelos estados. A partir de 2000, esse gasto passa a ser financiado pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), administrado pelo Ministério da Saúde. Os repasses financeiros passam, então, a ser realizados diretamente aos fundos de saúde. Isso significou o recebimento dos recursos antecipadamente, permitindo melhores condições de negociação aos gestores estaduais nos anos anteriores.

A relação de medicamentos excepcionais existe desde 1993, no entanto, até 1996, poucos medicamentos estavam de fato disponíveis. De acordo com o MS, a partir de 1997 o programa experimenta um grande aumento no número de medicamentos, pacientes e recursos. Entre 1997 e 2001, o número de unidades aumentou em 511%, o de pacientes em 384% e o gasto em 318%. Em 2001, eram distribuídos 41 medicamentos, número que foi aumentado para 90, em 2002. Como vimos, a condução do programa, implica em ações técnicas e administrativas, tanto por parte do MS quanto das Secretarias Estaduais, que envolvem repasse de recursos, controle de pacientes e controle de dispensação dos medicamentos (BRASIL, 2002e).

Medicamentos Excepcionais – Ações no Departamento de Assistência Farmacêutica – PE.

Desenvolvem-se, nesse Departamento, as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação desses medicamentos aos pacientes cadastrados de acordo com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Cabendo também ao estado definir os Centros de Referências e o fluxo de enca-

minhamento dos pacientes para assegurar o diagnóstico correto e acompanhamento em Pernambuco.

Os pacientes são atendidos na Farmácia de Medicamentos Excepcionais, esta, como parte integrante do Departamento de Assistência Farmacêutica de PE, é responsável pela dispensação de medicamentos, acompanhada e supervisionada por farmacêuticos que desenvolvem um projeto de Atenção Farmacêutica aos pacientes.

No estado de Pernambuco, verifica-se que essas ações se desdobram em muitas outras, por exemplo, o acolhimento da demanda dos pacientes por medicamentos, o cadastro desses pacientes, a dispensação, a logística de estoque e a elaboração do preenchimento da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC) para reembolso no Ministério da Saúde.

Muitas dificuldades na execução do programa fazem parte do dia a dia, entre elas podemos citar:

- o número de itens padronizados no programa, que, desde o seu início, teve um acréscimo de mais de 600%.
- instalações físicas e equipamentos sempre insuficientes para a demanda de atividades da Coordenação como um todo.
- recursos Humanos em quantidade e qualificação incipientes para as ações ora desenvolvidas.
- dificuldades orçamentárias para a aquisição de medicamentos em que, sempre os valores de reembolso do Ministério da Saúde, nos últimos dois anos, não alcançam todas as despesas que ocorrem a Secretaria Estadual.

Isso acarreta, sem dúvida, o maior problema que se enfrenta hoje, de forma global, nas Secretarias Estaduais de Saúde, porém afeta diretamente todas as ações do Departamento de Assistência Farmacêutica.

Diante de tal fato, e frente à população que está cada vez mais ciente de seus direitos, vivenciou-se um processo gradativo de açoitamento da Assistência Farmacêutica, financeira e estruturalmente incipiente, para atender à crescente demanda, gerando, conseqüentemente, o “modismo das ações judiciais”, que passou a ser o caminho que a população encontrou para garantir o acesso a medicamentos de custo elevado para o SUS em muitos estados brasileiros, inclusive Pernambuco.

Frente a essas exposições, observa-se a dimensão das atividades sob responsabilidade do Departamento de AF em uma Secretaria Estadual que, em Pernambuco, frente à estrutura organizacional que dispunha, não conseguia executá-las dentro de um planejamento estratégico adequado, apesar de toda atenção que essa Coordenação tinha na Superintendência de Saúde da SES, e demais Gerências.

Sensibilizados com a questão, a SES-PE, no segundo semestre de 2002, inseriu a Assistência Farmacêutica no Projeto do Ministério Saúde – REFORSUS – CNPq – Fortalecimento e Apoio ao Desenvolvimento Institucional da Secretaria Estadual de

Saúde de Pernambuco, contemplada como Produto 10, então denominado Reorganização da Gestão da Assistência Farmacêutica no Âmbito da Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco; assessorado por um grupo de consultores técnicos da Fundação Getúlio Vargas.

Esse projeto atendia às necessidades apresentadas pelo DNPAF, que era reorganizar a gestão da Assistência Farmacêutica (AF) no âmbito da referida secretaria, que resultou na elaboração de uma proposta para a apreciação pela coordenação do Projeto e, posteriormente, ser validada pela equipe de AF da SES/PE, objetivando a proposta final nessa área, como um dos produtos para compor o Projeto.

Considerando-se as diversidades e complexidades das atividades sob responsabilidade desse departamento, entendeu-se a necessidade da estruturação adequada dos Serviços de Assistência Farmacêutica como instância gestora da AF do SUS em nível estadual e, portanto, deve fazer parte da organização formal da Secretaria de Estado da Saúde, o mais próximo possível da esfera de decisão da instituição, com a definição clara das suas funções e competências.

O projeto foi desenvolvido por meio de reuniões entre os consultores da Fundação Getúlio Vargas (FGV), a gerência do DNPAF e demais técnicos da equipe, que ficaram como primeira etapa um diagnóstico de todas as ações desenvolvidas pelo departamento, a estrutura organizacional, capacidade instalada de recursos humanos, área física e os equipamentos e, como estruturas de apoio, também foram avaliados o sistema de informação, fluxo de documentos, monitoramento das ações nos municípios, estrutura física e processo logístico da Central de Abastecimento, bem como o efetivo funcionamento dos comitês clínicos de farmácia e terapêutica estadual. Como resultado, foram sugeridas várias intervenções no âmbito de cada ação, dentre elas, e considerada como primordial pelo grupo de técnicos, a reestruturação organizacional e a alocação de recursos humanos. Isso fez com que o Departamento de Assistência Farmacêutica retornasse à condição de Diretoria Executiva como na gestão anterior. Assim sendo, teria condições de exercer com maior autonomia as atividades de gestor da AF estadual, dentro da Diretoria de Planejamento em Saúde, com as competências para propor as diretrizes da política de medicamentos da SES-PE, cabendo o papel de coordenador da operacionalização dessas competências e de articulador com outros setores da SES-PE e, em especial, com as outras coordenações técnicas estaduais dos programas de saúde que tenham insumos farmacêuticos, assim como com outros atores externos, sobretudo os municípios e o Ministério da Saúde.

Estrutura organizacional atual da Coordenação de Assistência Farmacêutica da SES-PE

Apesar dos esforços da equipe que, mesmo incipiente, sempre procurou desenvolver suas atividades com competência e seriedade, houve um resultado pouco satisfatório frente às mudanças estruturais da Secretaria Estadual da Saúde, a qual, diante

da nova gestão do governo estadual, para o quadriênio 2003-2006, com uma importante Reforma Administrativa Estadual, teve mudanças significativas em seu organograma. A Assistência Farmacêutica, diante da expressividade das atividades que ora desenvolve, galgou uma instância mais próxima do nível de decisão, mas apenas como uma chefia de apoio; também não houve as suas outras estruturas devidamente formalizadas, mantendo-se as mesmas gerências anteriores.

Mesmo que oficialmente os nomes das estruturas administrativas sejam outros, continuam reconhecidas pela SES com a denominação de Coordenação de Apoio à Assistência Farmacêutica, composta pelos Núcleos de Abastecimento Farmacêutico e de Medicamentos Excepcionais.

Com essa estrutura organizacional, de Coordenação de Apoio à Assistência Farmacêutica, continuou-se o trabalho, cheio de perspectivas de que outras mudanças viriam, inclusive, mais apoio ao desenvolvimento das atividades operacionais, o que não se pode deixar de reconhecer que aconteceram.

Dentro da trajetória da Assistência Farmacêutica em Pernambuco, não se poderia deixar de colocar um fato importante: a 1ª Conferência Estadual de Medicamentos e Assistência Farmacêutica de Pernambuco – Acesso, Controle Social e Humanização, indicada pela Resolução Estadual n.º 192 de 19 de março de 2003, realizada em julho de 2003 que, sem dúvida, apresentou um marco histórico para a busca da Política Estadual de Medicamentos e Assistência Farmacêutica no estado, apontada como uma das principais diretrizes para a sua efetivação.

As propostas apresentadas no Relatório Final da Conferência apontaram diretrizes nos outros estados brasileiros para a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada em Brasília, em setembro de 2003.

Em dezembro de 2003, houve nova mudança na gerência da coordenação mas, no entanto, os demais membros do grupo continuaram e estão dando continuidade a um trabalho que, com muito esforço, teve sua credibilidade efetivada, e o papel da Assistência Farmacêutica sedimentado no âmbito das políticas de saúde de uma gestão estadual.

Diante de tudo o que foi exposto, frente à trajetória da Assistência Farmacêutica em Pernambuco, observou-se, claramente, em seu desenvolvimento, o quão atrelado ela ainda se apresenta ao governo central, desde as suas primeiras formas de organização nos Institutos de Aposentadoria e Pensão, passando pela Previdência Social, e hoje, ao MS, pactuando com Misoczky (2003), no Item 6, quando afirma sobre a proposta de descentralização das ações da saúde que, apenas reforça a capacidade de controle a partir de mecanismos de financiamento, conduzindo-se, assim, à prática da descentralização tutelada.

PERNAMBUCO E SUAS DIFERENTES FORMAS DE REGIONALIZAÇÃO

De acordo com o Instituto de Desenvolvimento de Pernambuco (CONDEPE, 1976), em Pernambuco, desde o início do processo de colonização, observaram os portugueses a existência de uma zona florestal – a mata atlântica ou floresta tropical úmida – faixa que

domina o clima tropical úmido e apto à produção de cana-de-açúcar e, para o interior, uma faixa de clima subúmido e semiárido que não prestava para o cultivo da cana-de-açúcar e que, nos primeiros tempos, foi utilizada pela pecuária extensiva em campo aberto. O sistema colonial-exportador, então implantado, soube inteligentemente utilizar as duas áreas como complementares uma da outra, sendo a primeira, próxima ao litoral, destinada à cultura da cana-de-açúcar e à produção do açúcar para a exportação e a posterior, distante do litoral e carente de umidade, destinada à pecuária. Essa pecuária que fornecia à Zona Açucareira, onde havia maior adensamento de população, os animais de trabalho e de corte para o atendimento da demanda dos engenhos e da população que lá vivia. Somente no século XVIII, quando houve uma grande demanda de algodão no mercado internacional, é que a região semiárida passou a ser cultivada com essa malvácea, também destinada ao mercado externo.

Tradicionalmente, face ao impacto da floresta sobre o colonizador, chamou-se à zona úmida de Zona da Mata, mesmo após a destruição da floresta, e à zona seca, interiorana, de Sertão. No Sertão, se distinguem as áreas penneplanizadas onde dominava a vegetação xerófita de caatinga – nome indígena dado a esta associação vegetal – e as manchas úmidas de brejo (CONDEPE, 1976, p. 4).

De acordo com o CONDEPE (1976, p. 4-15), os primeiros estudos da divisão do espaço pernambucano tem seu início, a partir de 1945, com as Regiões Naturais Fitogeográficas, Zonas Fisiográficas, Microrregiões Homogêneas, Regiões Administrativas e Regiões Funcionais Urbanas como apresentamos a seguir:

A divisão do espaço pernambucano em Regiões Naturais

O primeiro estudo de divisão do espaço pernambucano em regiões foi realizado pelo professor Hilton Sette, em 1945, em tese para obtenção da Cátedra de Geografia do Brasil no tradicional Ginásio Pernambucano. Sette, profundamente influenciado pelos ensinamentos de Ricchieri e pelo trabalho de Fábio Macedo Soares Guimarães, dividindo o espaço brasileiro em grandes regiões naturais, levou em consideração apenas os aspectos físicos ao regionalizar o espaço pernambucano. Por isso, a divisão em três regiões naturais. O estudo consistiu de uma análise da estrutura geológica, do relevo, do clima, da hidrografia e da vegetação natural, com uma divisão em regiões elementares geológicas, orográficas, climáticas, hidrográficas e botânicas e uma posterior superposição destas para concluir que o espaço pernambucano compreendia três regiões naturais: a Mata e o Litoral, o Agreste e o Sertão.

A divisão do espaço pernambucano em Regiões Fitogeográficas

Em 1949, o ecólogo e botânico Vasconcelos Sobrinho publicava um livro, muito debatido na época, em que propunha dividir o espaço pernambucano em regiões fitoge-

ográficas. Partindo de um estudo de abertura do problema, ele dividiu o espaço estadual em duas grandes zonas: a da Mata e a das Caatingas.

Admitindo que cada zona se dividia em subzonas e as subzonas em regiões, dividiu o ecólogo a Zona da Mata em subzonas, a Marítima, a dos Mangues e a dos Tabuleiros, enquanto a Continental compreendia a Mata Seca com as regiões do Siriji, das Palmeiras e do Capibaribe; e a Mata úmida com as regiões do Ipojuca, do Sirinhaém, do Una e do Piranji.

A zona das Caatingas, bem mais extensa, compreendia mais de 80% da superfície estadual, era dividida em duas subzonas, a do Agreste e a do Sertão.

Segundo Andrade (apud CONDEPE, 1976, p. 6), o estudo do professor Vasconcelos Sobrinho pecou pela dificuldade de dados com que ele lutou, fazendo trabalho isoladamente, sem uma estrutura de apoio técnico e administrativo, e pelo seu enfoque essencialmente botânico. Assim, ao fazer suas divisões e subdivisões, usou critérios variáveis, ora a vegetação, na primeira divisão, ora as bacias hidrográficas, ora a simples localização ou o relevo. Sua grande contribuição foi estabelecer uma distinção nítida entre a coexistência de uma Mata Seca e uma Mata Úmida, salientando que a vegetação constitui o espelho da ação das condições naturais, levando posteriormente, a estudar a região, à comprovação de que o processo de ocupação do espaço e da utilização dos solos também diferencia e identifica essas duas unidades geográficas regionais .

Em estudo posterior, o Professor Vasconcelos Sobrinho mantém, em linhas gerais, para Pernambuco, a sua divisão regional, fazendo ligeiras retificações quando reúne em uma só unidade a região das praias e das dunas.

A divisão em Zonas Fisiográficas

Em 1955, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), compreendendo ser insuficiente a divisão do espaço geográfico brasileiro em grandes regiões, que levavam em conta apenas as condições naturais e com o enquadramento dos vários estados, passaram a dividir cada região em zonas-fisiográficas, considerando as variações naturais em escala mais reduzida, como o processo de utilização dos solos. Caminhava-se, assim, por parte da moderação, para uma construção de que o homem, raciocinando, organiza o espaço de acordo com os seus interesses, com as suas intenções, visando à melhor apropriação dos recursos naturais renováveis e não renováveis.

Essa divisão manteve a unidade do Litoral Mata e do Agreste, mas dividiu o Sertão em várias unidades: Triunfo, Sertão do São Francisco, Araripe, Sertão Central, Sertão do Moxotó, Sertão do Alto Pajeú e Sertão do Alto Moxotó (Figura 1).

Embora a nova divisão apresentasse uma certa racionalidade, teve uma série de aspectos que a invalidavam ou a desvalorizavam, por exemplo, manter em uma mesma unidade toda a região do Litoral–Mata, bastante diversificada em suas estruturas produtivas e perturbada pela presença do Recife que se encontrava em plena área de expansão, penetrando e incorporando, à sua aglomeração, os municípios vizinhos, como Olinda,

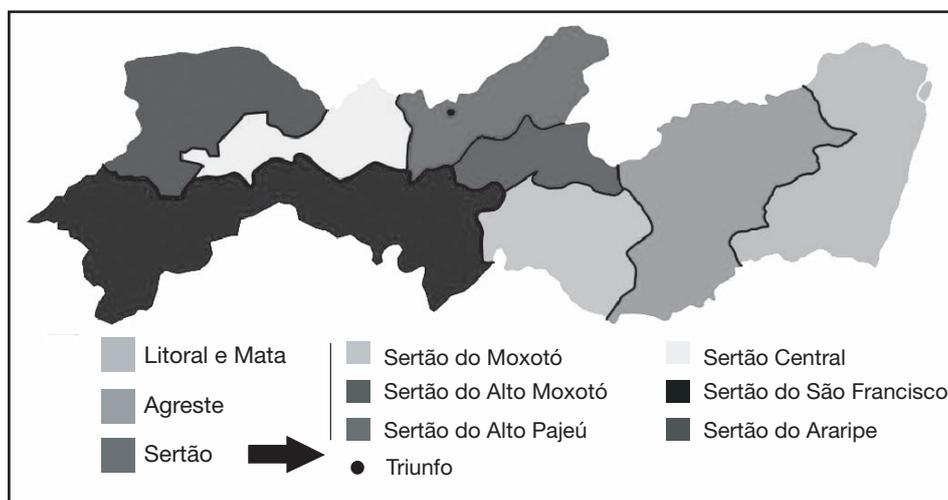


Figura 1: Zonas Fisiográficas

Fonte: CONDEPE (1976)

São Lourenço da Mata e Jaboatão. Também, no Sertão, impressionado com a presença da serra da Baixa Verde como verdadeira ilha úmida e açucareira – aí se localizavam inúmeros engenhos produtores de rapadura e de cachaça – criou-se uma zona fisiográfica, extremamente pequena, compreendendo praticamente um município, o de Triunfo.

Apesar desses pequenos problemas, ela foi utilizada pelos serviços oficiais de estatística tanto estaduais como federais por mais de 12 anos, só sendo substituída apenas, a partir de 1968, com a institucionalização da divisão do país e, conseqüentemente, do estado, em microrregiões homogêneas.

A divisão em Microrregiões Homogêneas

A divisão do estado de Pernambuco pelo IBGE em microrregiões homogêneas, como apresentamos na Figura 2, em 1965, despertou um maior interesse pelos estudos regionais, fazendo com que o CONDEPE criasse em seu corpo técnico um setor de Organização do Espaço que realizou uma análise da divisão realizada pelo IBGE, indicando alguns pontos que contrariavam as características regionais.

Ainda de acordo com o CONDEPE (1976), segundo essa divisão, o estado compreendia em 12 microrregiões homogêneas, três localizadas na Mata, três no Agreste e seis no Sertão. As regiões localizadas na Mata eram a Mata Seca Pernambucana, o Grande Recife e a Mata Úmida Pernambucana. Assim, os critérios utilizados para distinguir duas microrregiões homogêneas foram as condições climáticas e o processo de ocupação e utilização do solo, no entanto, a presença da grande metrópole nordestina impôs a utilização de outro critério – grau de urbanização – para caracterizar o Grande Recife, compreendendo sete municípios. Posteriormente, seriam anexados à Área Metro-

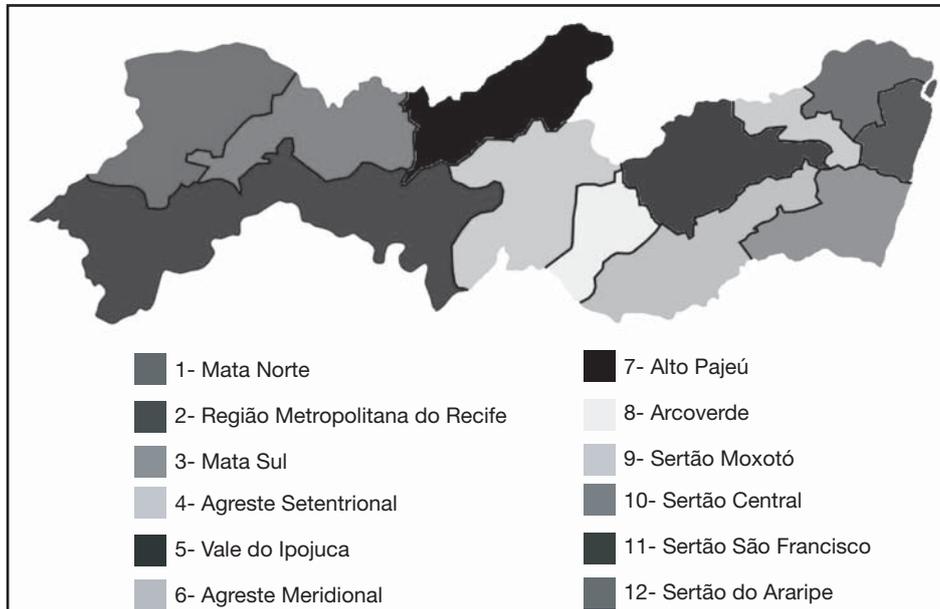


Figura 2: Microrregiões Homogêneas
Fonte: CONDEPE (1976)

litana os municípios de Igarassu e de Itamaracá. De acordo com o IBGE, em 1968, o Agreste foi dividido em três microrregiões homogêneas: o Agreste Setentrional, o Vale do Ipojuca e o Agreste Meridional, tendo cada uma delas características próprias que as individualizam bem. Finalmente, o Sertão passou a ser dividido em seis microrregiões homogêneas, compreendendo as de Arcoverde, do Moxotó, do Alto Pajeú, de Salgueiro, de Araripina e do São Francisco.

A tentativa de identificação dos polos regionais e sub-regionais

Em 1969, continuou o CONDEPE a realizar estudos regionais procurando identificar regiões funcionais ou polarizadas pela aplicação ao espaço pernambucano da Teoria de Polos de Crescimento do Prof. Francisco Perroux . Para isso, foi elaborada uma metodologia que compreendia em duas etapas, consistindo a primeira no levantamento dos equipamentos urbanos secundários e terciários, nas várias cidades do estado, a fim de que se identificassem aquelas que tinham maior poder de atração e dispusessem de equipamentos capazes de torná-las centros regionais ou sub-regionais. Feita essa seleção, passar-se-ia à segunda etapa que seria estudar os fluxos que se formavam para caracterizar a área de influência dessas cidades. Infelizmente, o trabalho foi interrompido antes de sua conclusão, tendo dele resultado um documento em que se indica ser o Recife um polo macrorregional, em cuja área de influência se encontravam polos regionais situados no território pernambucano e de estados vizinhos. No território

pernambucano, classificaram-se como polos regionais as cidades de Caruaru, Garanhuns, Arcoverde e Petrolina.

Como o conceito de região é dinâmico e sabendo-se que a dinâmica das polarizações está em permanente mutação, poderemos, ao realizar o levantamento dos equipamentos urbanos, nos dias de hoje, encontrar grandes divergências com a intensidade e distribuição dos mesmos nos fins da década passada. Também a área de influência de cada pólo é ampliada ou reduzida, através do período, de acordo com o crescimento ou a queda da dinamicidade do pólo e de acordo ainda com as estruturas de transportes e comunicações implantadas (CONDEPE, 1976, p. 13-15).

A divisão do estado em Regiões Administrativas

Apesar do estudo da regionalização ter sido interrompido, resolveu o governo estadual, por Decreto-Lei n.º 59, de 25 de julho de 1969, dividir o estado em regiões administrativas, demonstradas na Figura 5, estabelecendo oito grupos de municípios e designando a cidade que seria sede de cada uma das oitos regiões. Assim, tiveram-se a região n.º 1 com sede no Recife, a n.º 2 com sede em Nazaré da Mata, a n.º 3 em Palmares, a n.º 4 em Caruaru, a n.º 5 em Garanhuns, a n.º 6 em Arcoverde, a n.º 7 em Salgueiro e a n.º 8 em Petrolina (Figura 3). Infelizmente, a intenção de realização de regiões administrativas governamentais não se efetivou, e as regiões, apesar de delimitadas e estabelecidas, não foram implantadas.

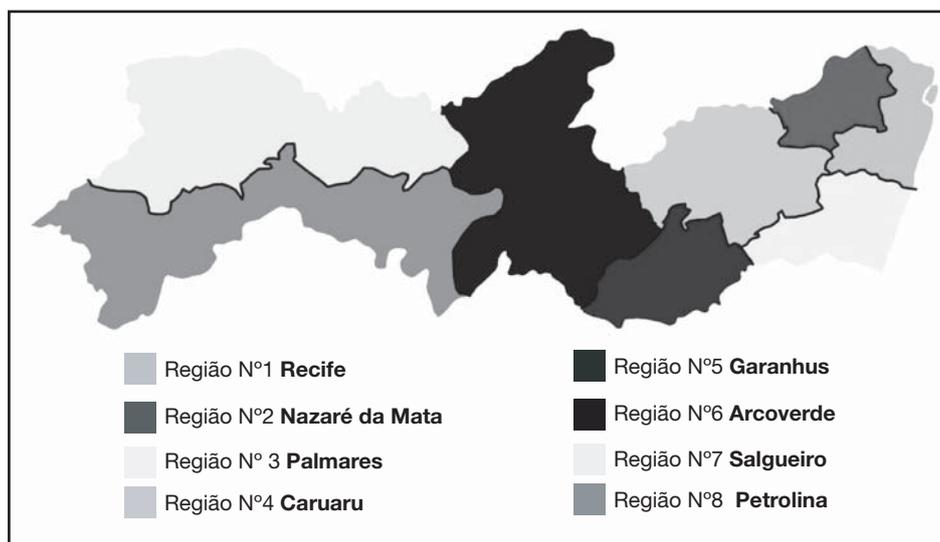


Figura 3: Regiões Administrativas

Fonte: CONDEPE (1976)

A divisão do Estado em Regiões Funcionais Urbanas

Em 1972, o IBGE concluía a série de estudos iniciados em 1968, procurando analisar os problemas de centralidade e de polarização no espaço brasileiro e publicava um documento de grande importância para a implementação de estudos complementares no estado. Assim, nesse documento feito para o espaço brasileiro como um todo, os vários centros urbanos eram classificados em níveis que abrangiam as metrópoles nacionais e regionais, os centros e as macrorregiões – São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, Salvador, Belo Horizonte, Porto Alegre, Fortaleza, Goiânia e Curitiba.

A área de influência do Recife compreendia quase todo o território pernambucano, paraibano, alagoano, norte-rio-grandense, além de pequenas porções de Sergipe e Bahia. A essa porção contínua se somavam grandes extensões do sul do Piauí e do Maranhão. A influência do Recife, em um nível mais elevado de especialização, era sentido diretamente nesta área enorme, mas, em níveis de menor especialização, era sentido pelos centros regionais e sub-regionais.

Planos de Desenvolvimento Regional

Ainda de acordo com o CONDEPE (1976), em 1974, esta instituição, preocupada com os estudos regionais, realizou contratos com vários escritórios de planejamento com a finalidade de juntos, por meio do seu Grupo de Trabalho de Planejamento Microrregional (GTPM) e escritórios particulares, realizarem planos de desenvolvimento regional, levando em conta a divisão do espaço pernambucano em microrregiões homogêneas já existentes; contudo, por conveniências técnico-administrativas, foram modificadas algumas dessas regiões, com a inclusão ou com a exclusão de municípios de uma região para outra (Figura 4).

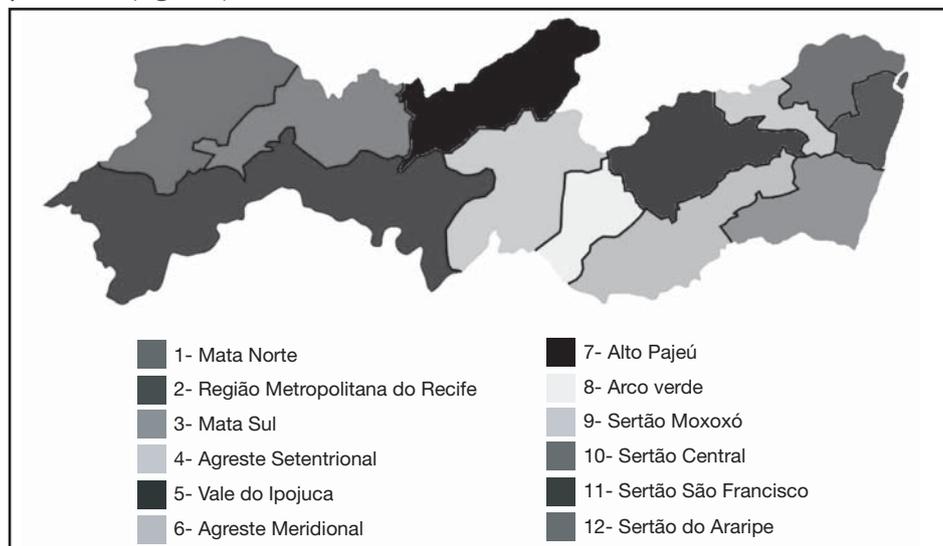


Figura 4: Microrregiões Homogêneas por Plano de Desenvolvimento
Fonte: CONDEPE (1976)

Com o intuito de obter um melhor aproveitamento dos recursos renováveis e não renováveis do estado, assim como, ao mesmo tempo, de racionalizar a administração pública e de estabelecer o planejamento do desenvolvimento do espaço estadual, realizou o CONDEPE, em 1975, novos estudos regionais. Esses estudos forneceram para a administração pública, um melhor conhecimento da realidade estadual, das possibilidades de desenvolvimento das várias regiões, possibilitando um planejamento para orientar o desenvolvimento, corrigindo os desníveis regionais existentes e orientando para que o desenvolvimento se proceda sem que se formem novos desequilíbrios.

Por isso, foi empregada ao CONDEPE uma metodologia para caracterizar como se procedeu o povoamento do espaço pernambucano, quais as razões que orientaram as grandes linhas de ocupação e de organização do espaço e quais as políticas que devem ser executadas, visando racionalizar esse processo de organização e de utilização do espaço.

Reconhecendo-se que a vida econômica e política é comandada pelas cidades, e que a área de influência de cada cidade depende do seu poder de atração, procurou-se inicialmente detectar a capacidade polarizadora, o potencial apresentado pelos equipamentos urbanos das cidades de mais de 10.000 hab. População presente na sede do município por ocasião do recenseamento de 1970 e depois, através dos estudos de fluxos, procurou-se indicar qual a área de influência de cada um dos centros urbanos estudados. Indicados os principais pólos de crescimento e a área de influência, a região polarizada para cada um deles, analisou-se os mesmos a fim de caracterizá-los, indicando as possibilidades de crescimento desses centros, acompanhado do crescimento das áreas para eles polarizadas. Identificou-se a necessidade de a cada 10 anos se realizar pesquisas que indiquem as modificações nas regiões anteriormente consagradas. As regiões não podem permanecer estáticas quando sabemos que os modos de produção são dinâmicos, que as formas de utilização e, conseqüentemente, de organização do espaço, estão em constante modificação. (CONDEPE, 1976, p. 22-24)

PANORAMA ATUAL DE PERNAMBUCO

De acordo com o Plano Plurianual 2000-2003 (PERNAMBUCO, 1999c), o estado de Pernambuco, com uma área de 98.526,6km², apresenta uma conformação geográfica longitudinal no sentido leste-oeste e estreita-se no sentido norte-sul. De acordo com a edição Pernambuco em Dados (2002), atualmente o estado possui 184 municípios e o Distrito de Fernando de Noronha, distribuídos em cinco mesorregiões homogêneas: Metropolitana do Recife (14 municípios), Mata Pernambucana (43 municípios), Agreste Pernambucano (71 municípios), Sertão Pernambucano (41 municípios), e Sertão do São Francisco (15 municípios).

Em termos geográficos, o estado localiza-se numa posição estratégica. Situando-se na porção mais oriental da região nordeste do Brasil, pode-se, a partir dele, alcançar facilmente os mercados da União Europeia, do Acordo de Livre Comércio da América do Norte (Nafta), Mercado Comum do Cone Sul (Mercosul), África e Ásia. A localização de Pernambuco é, também, privilegiada em relação ao nordeste e ao Brasil. A Região Metropolitana do Recife (RMR) está a 900km das outras duas capitais mais populosas da Região, Salvador e Fortaleza de modo que, em um raio de 300km, partindo-se do Recife, se alcançam três capitais nordestinas, João Pessoa, Natal e Maceió, além de cidades de porte médio, como Mossoró, Campina Grande, Caruaru, Garanhuns e Arapiraca, tornando Pernambuco um elemento de ligação entre essas duas porções.

Ainda de acordo com o PPA 2000-2003 (PERNAMBUCO, 1999c), ao longo das últimas décadas, o estado tem passado por importantes mudanças no seu perfil socioeconômico, decorrente, em grande parte, das transformações no sistema econômico mundial e na sociedade e economia brasileira. Em quase 20 anos, Pernambuco cresceu e modernizou-se, acompanhando e integrando-se à dinâmica nacional (com impactos positivos e negativos na economia e na vida do pernambucano). A economia pernambucana tem acompanhado de perto a evolução brasileira, no geral, com taxas ligeiramente superiores à média nacional. Levando a um moderado, mas persistente aumento da participação no PIB brasileiro. No nordeste, ao contrário, Pernambuco acompanha o comportamento regional, mas vai perdendo posição relativa na medida em que a maioria dos outros estados apresenta um desempenho econômico quase sempre melhor.

A economia pernambucana apresenta uma significativa diversidade da estrutura produtiva, mas tem uma forte presença do setor terciário, que equivale a 67,5% do total. As atividades terciárias foram as que mais rápido cresceram nas últimas décadas, tendo passado de uma participação de 57,1% do PIB estadual, em 1970, para cerca de 67,5%, em 1997. A economia pernambucana tem apresentado, historicamente, vocação para o desenvolvimento de atividades comerciais, funcionando, também, como importante centro regional da prestação de serviços, inclusive os de alto grau de especialização. A importância desse segmento econômico pode ser avaliada pela existência no Estado, de modernas estruturas comerciais, como, por exemplo, cinco shoppings centers instalados na Região Metropolitana e dois no interior, em Caruaru e Petrolina. O perfil do comércio exportador vem mudando rapidamente, com o declínio de importância dos chamados produtos básicos – que tradicionalmente predominavam nas exportações de Pernambuco – e elevação dos produtos industrializados. Se extrairmos o açúcar, que sozinho correspondia à cerca de 54% do valor das exportações em 1998, é possível se perceber a crescente participação de gêneros, como vestuário, plásticos, máquinas, aparelhos elétricos, bebidas, couros e peles. (PERNAMBUCO, 1999c, p. 9-10)

Os serviços constituem atividades com tradição no tecido econômico de Pernambuco, tendo uma presença importante nos mercados regional e nacional, como nas atividades de engenharia, de informática, de assessoria jurídica, de marketing de propaganda e de serviços médico-hospitalares. Destaca-se, no setor terciário, a atividade turística, que vem se expandindo e tornando-se um dos principais segmentos produtivos da economia pernambucana.

A sólida tradição universitária de Pernambuco, em especial do Recife, aponta para um potencial de expansão do chamado terciário moderno, dentro do qual se destaca o polo médico e a consolidação da cidade do Recife como importante centro produtor de softwares, inclusive da exportação.

O PPA 2002-2003 (PERNAMBUCO, 1999c) expressa os compromissos do governo do estado com a implementação – em parceria com a sociedade pernambucana – das ações e investimentos que viabilizam o desenvolvimento de Pernambuco, definindo o conjunto de programas para o período 2000-2003 e os orçamentos anuais. Instrumento de uma estratégia de transformação e desenvolvimento do estado, o PPA 2002-2003 incorpora uma ampla reformulação das prioridades e objetivos estratégicos e, principalmente, do processo de formulação e execução dos programas e projetos. O PPA 2002-2003 foi elaborado em um processo de consulta à sociedade pelo do Programa de Governo nos Municípios: Orçamento Participativo.

A descentralização da gestão no estado de Pernambuco versus as Regiões de Desenvolvimento e Planejamento Administrativo

O Programa Governo nos Municípios: Orçamento Participativo organizou a discussão descentralizada das prioridades de ação do governo, levantando as dificuldades e potencialidades de cada região para a escolha das alternativas para o desenvolvimento. Ao distribuir as metas das ações finalísticas governamentais pelas regiões do estado, o Plano imprime também maior transparência, possibilitando um melhor nível de exercícios da cidadania no seu acompanhamento.

A descentralização e a valorização do espaço local são componentes centrais do Estado contemporâneo. Entendida como a transferência da autoridade e do poder decisório de instâncias agregadas para unidades espacialmente menores, a descentralização visa compor uma rede de interações e operações entre governo e sociedade, favorecendo uma maior aderência às necessidades e prioridades locais. Dessa forma, contribuiu para uma desconcentração espacial do desenvolvimento e uma melhor distribuição territorial dos níveis de qualidade de vida. A valorização dos espaços locais fortalece os municípios e a sua participação na execução e nas decisões relativas aos programas e projetos de desenvolvimento. (PERNAMBUCO, 1999c, p. 60)

O processo de descentralização em Pernambuco, historicamente, tem ocorrido de forma muito limitada e com insignificante impacto no desenvolvimento local. Na verdade, Pernambuco é um estado com grande centralização territorial da economia e da população e com significativa desigualdade nos níveis de desenvolvimento e de qualidade de vida. As decisões e a gestão sobre os recursos públicos – financeiros, humanos e tecnológicos – têm acontecido de modo altamente concentrado no governo estadual, normalmente, distanciado das condições reais dos municípios.

A Região Metropolitana do Recife – RMR concentra mais da metade do PIB do estado e cerca de 42% da população pernambucana. A desigualdade social de Pernambuco é evidenciada pelas diferenças entre os IDHs das suas Regiões de Desenvolvimento. As áreas, com elevados índices de famílias indigentes, de evasão escolar e de analfabetismo, cobrem praticamente todo o estado, com redução significativa na RMR e a área às margens do rio São Francisco.

O Programa Governo nos Municípios – Orçamento Participativo – é uma resposta a essa tendência concentradora de Pernambuco, procurando descentralizar a gestão e compartilhar as decisões e as iniciativas voltadas para a promoção do desenvolvimento local, no estado, integrando o território e desconcentrando os benefícios do desenvolvimento.

Dessa forma, o Programa Governo nos Municípios organizou a participação e a negociação do governo do estado com a sociedade e os municípios, permitiu a regionalização dos investimentos e do orçamento do governo estadual e construiu parcerias, bem como a cooperação nas ações descentralizadas.

Para essa organização microrregional, o Programa dividiu o espaço pernambucano em cinco Mesorregiões e 10 Microrregiões de Desenvolvimento, locus privilegiado das ações compartilhadas no território, adotando – com leves adaptações – as organizações espaciais definidas pela Associação dos Municípios do Estado de Pernambuco (AMUPE) e diferentes, portanto, do corte definido pelo IBGE. Foram definidas as Regiões de Desenvolvimento conforme a Figura 5 e Quadro 1.



Figura 5: Mesorregiões de Desenvolvimento
Fonte: CONDEPE (2002)

Quadro I: Microrregiões de Desenvolvimento

RD Metropolitana – 14 municípios	RD Agreste Meridional – 26 municípios
RD Mata Norte – 19 municípios	RD Pajeú-Moxotó – 26 municípios
RD Mata Sul – 24 municípios	RD Araripe – 19 municípios
RD Agreste Setentrional – 19 municípios	RD Itaparica – 7 municípios
RD Agreste Central – 26 municípios	RD São Francisco – 8 municípios

Fonte: CONDEPE (2002)

COMENTÁRIOS ANALÍTICOS

Como se pode observar, nas considerações históricas da regionalização do estado de Pernambuco, muitos fatos se reportam aos “paradigmas da geografia”, abordados nos aspectos teóricos da região e da organização espacial (Item 2).

Por meio das diferentes formas de caracterizar as diversas regiões do estado, pode-se concordar com Corrêa (1991), quando ele afirma que região e organização espacial “representam materialidades sociais, expressões concretas da história, resultantes da relação entre os homens e entre estes e a natureza”; justificando o porquê, ainda, os colonizadores, em Pernambuco, utilizaram a zona litorânea (Mata Atlântica) para a produção de cana-de-açúcar, frente à sua condição mais favorável ao plantio e a região menos úmida (o sertão) para a criação de animais para a sua subsistência.

Dentre os estudos da regionalização de Pernambuco, as primeiras divisões do espaço pernambucano foram em regiões Naturais, Fitogeográficas, Fisiográficas, Microrregiões Homogêneas, Regiões Administrativas e Regiões Funcionais Urbanas (CONDEPE, 1976).

A cada estudo que se avançava, observava-se como naturalmente se refletiam os paradigmas da geografia. Quando o espaço pernambucano, em 1945, foi dividido em Regiões Naturais e, posteriormente, em Regiões Fitogeográficas tanto o geógrafo Hilton Sette como Vasconcelos Sobrinho levaram em consideração apenas os aspectos físicos da região, como o clima, o relevo, a vegetação e a hidrografia. E, assim, caracterizando, segundo Corrêa (1991), o que Frederik Ratzel defendia no primeiro paradigma da geografia, o “Determinismo Ambiental”, apresentado no Item 3. Ele afirmava que “as condições naturais, especificamente, as climáticas e, dentro delas, as variações de temperatura, determinavam o comportamento do homem, interferindo na sua capacidade de progredir. Cresceriam aqueles países ou povos que estivessem localizados nas áreas mais propícias”. E ainda, “que as formas culturais são fortemente associadas às condições naturais, desenvolvendo o argumento segundo o qual a distribuição do homem na terra é, de certa maneira, controlada pelas suas necessidades e condições naturais” segundo Ratzel apud Lencioni (1999).

Viu-se, então, quando o estado de Pernambuco, em 1955, teve suas regiões divididas em Zonas Fisiográficas, como as teorias do Possibilismo (2º paradigma da geografia que surgiu no final do século XIX), que naturalmente emergiram, pois essa divisão “caminhava

para uma construção de que o homem, raciocinando, organiza o espaço de acordo com os seus interesses e com suas intenções, visando à melhor apropriação dos recursos renováveis e não renováveis” (IBGE, Item 7). Confirmando o que Corrêa (1991) declarou, “a visão possibilista focaliza as soluções entre o homem e o meio natural, mas não o fez considerando a natureza determinante do comportamento humano”.

Apesar de algumas divergências nessa divisão de regiões em Pernambuco, caracterizadas pelas diversas estruturas produtivas e, principalmente, por conta da capital do Recife, que se encontrava em plena área de expansão, essa divisão do estado permaneceu por 13 anos, até 1968, quando foi institucionalizado, para todo o país, as microrregiões homogêneas.

Observou-se, ao longo dos textos, a divisão do estado em 12 microrregiões homogêneas, teve-se como critérios utilizados para distinguir duas microrregiões, as condições climáticas, o processo de ocupação e a utilização do solo e, em função de Recife, o grau de urbanização.

Esses critérios pactuam com o método regional (3º paradigma da geografia) em que, conforme Corrêa (1991), “a diferenciação das áreas não é vista a partir das relações entre o homem e a natureza, mas sim, a partir da integração de fenômenos heterogêneos em uma dada superfície da terra”. Ainda observou-se, quando Haddad (1989) afirma sobre “espaço homogêneo”, que, segundo o autor, “o espaço se compõe de um conjunto de regiões e esse espaço é constituído por elementos que apresentam características semelhantes”, caracterizando as diversas formas de classificação de regiões, onde estas não passam, segundo Haddad, de simples variações de critérios de homogeneidade.

Entende-se, de acordo com o CONDEPE (1976), “que as regiões não podem permanecer estáticas, quando se sabe que os modos de produção são dinâmicos, que as formas de utilização e, conseqüentemente, de organização do espaço, estão em constantes modificações”. Emerge em Pernambuco, em 1989, outra forma de organização do espaço, as chamadas mesorregiões e microrregiões de desenvolvimento; reconhecendo-se que a vida econômica e política é comandada pelas cidades, e que a área de influência de cada cidade depende do seu poder de atração. Compactuando com outro paradigma da geografia, a Nova Geografia que “trata de uma mudança tanto no conteúdo como nos limites regionais, no arranjo espacial criado pelo homem”. Essas transformações, de acordo com Corrêa (1991), inviabilizavam os paradigmas tradicionais – o determinismo ambiental, o possibilismo e o método regional, suscitando um novo, calcado na abordagem locacional, ou seja, o espaço alterado resulta de um agregado de decisões locais.

Interessante observar que, apesar de muitas distorções, o governo de Pernambuco, em 1989, introduziu, na sua forma de planejar, uma alteração fundamental, criando mecanismos institucionais de participação descentralizada da sociedade na formulação de prioridades e programas, em que elaborou o Plano Plurianual (2000-2003), em um processo de consulta à sociedade pelo Programa de Governo nos Municípios: Orçamento Participativo, fundamentando-se na “descentralização e valorização do espaço local, pois estes são componentes centrais do Estado contemporâneo”. (PERNAMBUCO, 1999c).

Reportando-se novamente, aos “paradigmas da geografia”, notou-se como nem tudo ficou obsoleto, pois como bem afirmou Corrêa (1991), “a Nova Geografia trata de uma nova divisão social e territorial do trabalho, que é posta em ação, envolvendo a introdução e difusão de novas culturas, industrialização, urbanização e outras relações espaciais. [...] as regiões, elaboradas anteriormente à Segunda Guerra Mundial, são desfeitas, ao mesmo tempo em que a ação humana, sob a égide do grande capital, destrói e constrói novas formas especiais, reproduzindo outras”.

REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM PERNAMBUCO

De acordo com o PDR – PE/2004 (PERNAMBUCO, 2002), a distribuição da população no espaço geográfico do estado ocorreu de maneira bastante heterogênea, existindo maior concentração no litoral, em especial na Região Metropolitana (RMR - 42,7% da população), e até a VI Gerência Regional de Saúde (Arcoverde - 85,5% da população do estado).

O quadro sanitário de Pernambuco é caracterizado pela queda gradual e progressiva da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e pela ascensão das doenças crônicas degenerativas, em especial as enfermidades cardiovasculares. Isso vem aumentando significativamente a expectativa de vida ao nascer que, associada à redução da taxa de fecundidade, vem aumentando a esperança de vida das pessoas com maior envelhecimento da população (esperança de vida 62,7 anos). As principais causas de óbito são, respectivamente, as doenças do aparelho circulatório, mortes violentas e as neoplasias, superando as doenças infecciosas e parasitárias do passado.

Algumas intervenções específicas no setor saúde, como o incentivo ao aleitamento materno, uso da terapia da reidratação oral e a imunização vêm contribuindo para a redução da mortalidade infantil em todas as regiões do país, embora os valores médios dos indicadores ocultem grandes diferenças entre áreas urbanas e rurais e entre regiões e municípios de um mesmo estado.

Pernambuco apresenta taxa de analfabetismo de 26,4% na população acima de 15 anos, enquanto a média do país é de 14,7% neste mesmo grupo etário. O PIB atual do estado é de 20 bilhões de reais, representando cerca de 17% do Produto Regional e 2,7% do país. Dentre a população ocupada, 50,9% apresentam rendimentos de até um salário mínimo. A população de baixa renda é estimada em 3.721.231 pessoas, o que representa cerca de quase 50% da população do estado (PERNAMBUCO, 2002).

Embora o Coeficiente de Mortalidade Infantil tenha passado de 78/1.000 nascidos vivos, em 1990, para 62/1.000 nascidos vivos, em 1998, essa redução não ocorreu homogênea nas diferentes regiões do estado. Em 1998, o município de Recife apresentou um Coeficiente de Mortalidade Infantil (1.000 NV) de 39,34 enquanto, na mesma época, na Região do Brejo Pernambucano, esse coeficiente era de 98/1.000.

Quanto à rede assistencial, apesar de Pernambuco possuir uma das maiores redes públicas do país, tem uma distribuição heterogênea de serviços de saúde que

estão mais concentrados na RMR, contribuindo, assim, para uma maior dificuldade no acesso da população ao sistema. A rede básica é ainda ineficiente, os hospitais municipais e regionais são pouco resolutivos e agregam pouca tecnologia. Existe uma superposição de oferta de alguns serviços e deficiência quantitativa de profissionais em algumas regiões do estado.

Em dezembro de 2001, Pernambuco contava com 1.032 equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e 11.158 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Contudo, as supervisões realizadas demonstram dificuldade das equipes em cumprir os requisitos exigidos pelo Ministério da Saúde. A rede ambulatorial é composta por Unidades de Saúde, na sua maioria, com baixo poder resolutivo, concentrando o atendimento da média complexidade nas sedes das Regionais de Saúde.

Ainda de acordo com o PDR-PE 2004 (PERNAMBUCO, 2002), a rede hospitalar do estado, vinculada ao SUS, é composta de 250 estabelecimentos hospitalares, 171 (68%) públicos e 79 (31%) privados conveniados (filantrópicos e privados), correspondendo a 23.000 leitos hospitalares, com capacidade para 92.000 internações/mês. Do total dos leitos, 7.198 (31%) concentram-se no Recife que, somados aos 4.123 de sua Região Metropolitana, correspondem a 49% do total de leitos de estado. Das 10 Regionais de Saúde, apenas três oferecem serviços de Alta Complexidade (Recife, Caruaru e Petrolina).

Processo de regionalização da saúde em Pernambuco

Na IV Conferência Estadual de Saúde, em novembro de 2000, foi apresentado pelo gestor estadual o Plano Estadual para Pernambuco com as diretrizes para a reorganização do Sistema Estadual de Saúde, iniciando, assim, o processo de regionalização.

Para nortear esse processo, a SES instituiu o Programa Saúde da Gente, objetivando a pactuação coletiva das responsabilidades com os gestores municipais e a construção do processo de delineamento do desenho organizacional da regionalização do SUS/PE. Foram realizados seminários regionais, contemplando as 10 DARES no período de fevereiro a dezembro de 2001 com ampla participação dos gestores municipais.

O planejamento foi desenvolvido com uma metodologia participativa de forma ascendente, com a coordenação do estado. Partiu-se da definição prévia das macrorregiões, seguidas das delimitações e pactuação dos municípios em torno das regiões/microrregiões, nas quais foram identificados os municípios-polo e os municípios-sede de módulos assistenciais. Essas regiões ficaram responsáveis pela atenção mínima da média complexidade à população da sua área de abrangência.

Foram discutidas as referências intermunicipais dentro de cada microrregião (com a preocupação da garantia do acesso a serviços não disponíveis no município), o estabelecimento das referências para alta e média complexidade e o estabelecimento de referência com os hospitais regionais e hospitais conveniados sob gestão estadual.

Tomando como princípio que o processo de implantação da NOAS, no estado, somente efetivar-se-á com o desenvolvimento dos gestores municipal e estadual, promoveu-se a

participação dos Conselhos de Secretários Municipais de Saúde, em todas as etapas, em oficinas de trabalho e câmaras técnicas com representantes das secretarias municipais para discussão de temas específicos.

Foi oficializado o Comitê Estadual da Avaliação para a adequação de habilitação de cada município em Gestão Plena do Sistema Municipal de acordo com NOAS. (Portaria n.º 782 de 01/07/2001 do Secretário de Saúde do estado de Pernambuco).

Em síntese, o processo de desenvolvimento do Programa Saúde da Gente e da elaboração do PDR de Pernambuco foi realizado em dois Momentos:

Momento I:

Foram realizadas oficinas de trabalho nas 10 regionais de saúde, com a participação dos prefeitos e secretários municipais de saúde, em que o gestor estadual apresentou o Plano Estadual de Saúde, buscando a definição dos módulos assistenciais e perfil das regionais de saúde; criação de Câmaras Técnicas com a participação de secretários e técnicos das secretarias municipais para a discussão da Atenção Básica Ampliada em todos os municípios e com os Conselhos Municipais de Saúde para o fortalecimento do Controle Social; e oficinas de trabalho para discussão do desenho da regionalização. O produto final desses encontros regionais resultou no desenho preliminar da regionalização, com a definição dos módulos assistenciais, municípios-sede/polo e o levantamento da oferta de serviços por Regionais de Saúde.

Momento II:

Visita aos municípios sede/polo para a identificação das necessidades de investimentos, objetivando subsidiar a elaboração do Plano Diretor de Investimentos.

Diretrizes:

De acordo com Pernambuco (2000a), o novo modelo de atenção à saúde para Pernambuco prevê a reorganização dos serviços de saúde com base no conceito que contemple uma lógica de planejamento a qual envolva os municípios na definição de espaços regionais/microrregionais mediante a estruturação de subsistemas regionais que ofereçam, organizadamente, uma atenção integral e hierarquizada das ações e serviços de saúde.

Teve como diretrizes principais:

- a garantia efetiva da Descentralização da Atenção Básica para cada município por meio da estratégia do Programa de Saúde da Família;
- a descentralização para os municípios-sede de módulo, no mínimo, o primeiro nível da atenção e média complexidade e internação nas três clínicas básicas (clínica médica, pediatria e obstetrícia);
- assegurar, nas sedes das Regionais/Microrregionais de Saúde, toda a média complexidade, algumas especialidades estratégicas de acordo com o perfil epidemiológico de cada Regional de Saúde;

- estruturar Polos Descentralizados para atenção de alta complexidade nas macrorregionais de saúde;
- mobilizar a participação dos prefeitos e secretários municipais e técnicos de saúde nas dificuldades sobre regionalização da assistência, em cada Regional de Saúde pelo Programa Saúde da Gente;
- efetivar o Controle Social por meio de Oficinas de Sensibilização com os Conselheiros Municipais de Saúde para discussões sobre a regionalização da assistência e da importância do controle social.

Para a reorganização da atenção à saúde, foram definidas as seguintes estratégias:

- Atenção Básica (Porta de Entrada do Sistema de responsabilidade municipal): centrada na estratégia da saúde da família, estimulando a ampliação da atenção básica em todos os municípios e estruturação de planos estratégicos.
- Atenção Secundária (Regionais/Microrregionais de Saúde): dar ênfase às 10 Regionais de Saúde para efetivar a descentralização do Sistema, dotando-se de condições para atender ao conjunto de Serviços e dos “leitos para as internações” na clínica médica, pediátrica, obstétrica, cirúrgica e ambulatorial.
- Atenção Terciária (Macrorregiões de Saúde): reorganização da assistência de alta complexidade no âmbito das macrorregiões, definindo a atenção a grupos populacionais específicos, redefinindo a política de recursos humanos e de medicamentos, vigilância sanitária e epidemiológica, a política de medicamentos e todas as ações necessárias ao atendimento da população.

Para conformação dos Módulos Assistenciais, Regiões e Microrregiões de Saúde, foram adotados os critérios em conformidade com a NOAS SUS-2001/2002.

Proposta de flexibilização da NOAS para Pernambuco

Ainda de acordo com Pernambuco (2002), o processo de descentralização político-administrativo da saúde em Pernambuco, no período do governo de 1999 até março de 2001, avançou de 7 para 19 municípios habilitados em Gestão Plena do Sistema Municipal conforme a NOB-SUS 01/96.

No entanto, essa evolução teve uma distribuição bastante heterogênea nas 10 regiões de saúde do estado, com 84% dos municípios habilitados na GPSM, localizados nas I e IV DIREs, permanecendo cinco DIREs sem nenhum município na GPSM. Entretanto, existem, apenas, três municípios-sede da região – Recife, Caruaru e Petrolina – habilitados na GPSM.

Os demais municípios-sede de região – Limoeiro, Palmares, Garanhuns, Arcoverde, Salgueiro, Ouricuri e Afogados da Ingazeira –, apesar da privilegiada capacidade instalada com hospitais de referência para as demais regiões, continuaram em Gestão Plena da Atenção Básica. Conclui-se, assim, que a cultura da NOB-SUS 01/96, desencadeou um processo de descentralização voltado prioritariamente ao interesse do gestor municipal.

A orientação da NOAS-SUS 01/01, ratificada pela NOAS-SUS 01/02, inverte completamente a lógica de municipalização a partir da motivação unilateral do município e transfere ao estado o papel de fomentar e estabelecer um ordenamento no processo de municipalização, compartilhado com os municípios, tendo, na regionalização da assistência, o carro-chefe para a conformação de sistemas funcionais de saúde com base territorial na garantia do acesso da população às ações e aos serviços de assistência médica, não se tratando de organizar, isoladamente, sistemas municipais de saúde, mas de estruturar redes regionalizadas, resolutivas e hierarquizadas.

O Programa de Saúde da Gente, estratégia desenvolvida pela SES/PE, para discussão da construção do processo de regionalização da assistência com todos os municípios do estado por meio das regiões de saúde, revelou:

- estágios diferenciados de entendimento do processo de regionalização da assistência, sendo frequentes as manifestações de municípios, desejando serem módulos de si próprios, como consequência da cultura implantada pela NOB/96;
- municípios em GPSM, inclusive os com população inferior a 20.000 habitantes, lutando para manter suas habilitações;
- resistência de alguns municípios-sede de regionais, que naturalmente são referência para os demais da área de abrangência da regional na habilitação em GPSM;
- recusa explícita por parte de alguns municípios de serem sede de módulos assistenciais.

A NOAS, na forma em que foi concebida originalmente, encontrou em Pernambuco obstáculos para a sua implantação, tendo em vista a peculiaridade do estado em ter uma das maiores redes públicas do país e o atual estágio de descentralização acima descrito.

A imaturidade dos Sistemas Municipais de Saúde, da maioria dos municípios identificados, principalmente daqueles que são sede de regionais de saúde, exigiu, por parte da Secretaria Estadual de Saúde, uma efetiva cooperação técnica para que esses municípios atinjam um patamar de estruturação que contemple a GPSM.

No entanto, o comando único ainda prevalece como ponto de divergência em ambas as versões da NOAS. A SES/PE concordava perfeitamente com o comando único municipal naqueles municípios com menor complexidade de rede assistencial, porém se pronunciou contrária aos municípios de maior porte, cuja rede assistencial era de referência regional ou estadual, pois considerava superdimensionado o papel do município na definição do atendimento à população de outros municípios.

O estado também discordava do comando único estadual, por significar um retrocesso nos avanços de descentralização político-administrativa alcançados, principalmente, nos municípios de maior porte, no qual se insere a capital.

Em síntese, a SES/PE defende o comando único municipal para os municípios que não dispõem, em sua rede, de serviços de saúde de abrangência regional ou estadual; e o comando duplo – estadual e municipal – para os municípios com rede assistencial complexa de referência regional e estadual.

O acompanhamento do comando, compartilhado entre os gestores estaduais e municipais, seria respaldado pela criação de Comitês Gerenciais de composição bipartite, a ser instalada em todos os hospitais de referência regional e estadual como estratégia de acompanhamento da garantia de acesso à assistência hospitalar, somando-se aos demais instrumentos de acompanhamento preconizados pela NOAS.

O comando único, em cada esfera de governo, conforme preconiza a Constituição Federal de 1988, é, sem dúvida, o passo mais ousado na implantação do Sistema Único de Saúde. Para tanto, reforça-se a necessidade de desenvolver processos intermediários transitórios que, respeitando as peculiaridades do estado, possam confirmar os mecanismos de Controle, Regulação e Avaliação inerentes ao novo papel.

Proposta de reorganização da rede assistencial

Pernambuco é constituído por 184 municípios e um Distrito (Fernando de Noronha) com uma população estimada, segundo o censo 2000, em 8.008.207 habitantes.

A Proposta de Pernambuco para o PDR, elaborada a partir de amplo processo que contou com a participação de todos os gestores dos 184 municípios, representando o consenso, teve como resultado a conformação das três Macrorregiões, 10 Regiões/Microrregiões e 56 Módulos Assistenciais (Figura 6 e Quadro 2).

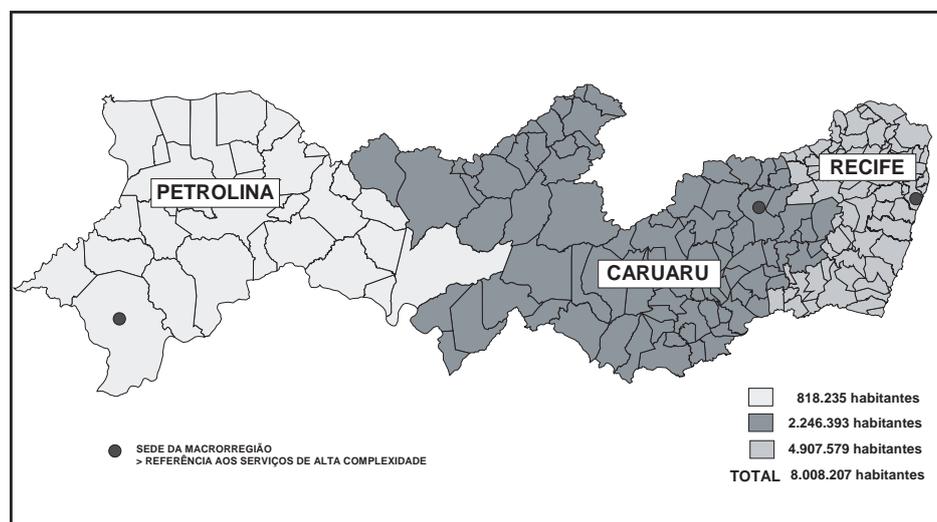


Figura 6: Macrorregiões de Saúde e Áreas de Abrangência

Fonte: PDR – PE (2004)

Quadro 2: Macrorregiões de saúde

MACRORREGIONAIS	REGIONAIS/ MICRORREGIONAIS	NÚMERO DE MUNICÍPIOS	NÚMERO DE MÓDULOS	POPULAÇÃO
Recife	Recife	21	11	3.621.739
	Limoeiro	30	06	832.186
	Palmares	19	03	453.654
	SUBTOTAL	70	20	4.907.579
Caruaru	Caruaru	33	11	1.102.252
	Geranhuns	22	10	507.091
	Arcoverde	13	03	332.685
	Afogados da Ingazeira	19	04	340.365
	SUBTOTAL	87	28	2.282.393
Petrolina	Petrolina	07	03	350.482
	Salgueiro	11	02	187.552
	Ouricuri	10	03	280.201
	SUBTOTAL	28	08	818.235
	TOTAL GERAL	185	56	8.008.207

Fonte: PDR (2002)

COMENTÁRIOS ANALÍTICOS SOBRE A REGIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM PERNAMBUCO

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS-SUS – visam equacionar a oferta de Serviços de Saúde à população, aperfeiçoar o processo de descentralização e organização do SUS em rede regionalizada e hierarquizada, ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica e estabelecer processo de regionalização na busca da equidade.

Um dos maiores desafios dessa norma, como foi visto, foi o de organizar um sistema de saúde que levasse em conta a grande heterogeneidade dos municípios e estados brasileiros tanto do ponto de vista de capacidade instalada em termos de prestação de serviços como na capacidade gerencial existente, que, a cada estado brasileiro, teve uma diferente forma de se desenvolver.

Contextualizando todos os temas já expostos neste trabalho, faz-se referência especificamente aos conceitos e às abordagens sobre as palavras “região e organização espacial” na geografia, apresentados no Item 2, em que, sem esses conceitos, ficaria difícil alcançar o entendimento até a questão da ocupação do território e regionalização da saúde. A NOAS-SUS 01/01 inverteu a lógica da municipalização a partir da motivação unilateral do município e transferiu ao estado o papel de fomentar o processo de municipalização compartilhada.

Nessa lógica, Pernambuco desenvolveu a sua estratégia para estruturar a sua rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde pelo Programa Saúde da Gente. Como todos os estados brasileiros, a lógica de territorialização da saúde não extrapolou os limites político-administrativos colocados pelas clássicas regiões de desenvolvimento do estado – regiões homogêneas, apresentadas no Item 7 –, contrapondo-se à NOAS-SUS 01/01, quando diz: “o processo de regionalização deveria contemplar uma lógica de planejamento integrado compreendendo as noções de territorialidade, [...] não necessariamente restritas à abrangência municipal...” Ora, de acordo com Rückert e Misoczky (apud MISOCZKY et. al., 2004, p. 12), “as clássicas divisões em regiões administrativas representam uma simplificação da noção de território. Elas ignoram que há uma ‘espacialidade’ contida na existência humana que está muito além do espaço banal (ou concreto) e do gerenciamento do poder pelas organizações governamentais”. Portanto, não surpreende o discurso dos gestores ao expressarem a insatisfação sobre a forma como foi conduzida a discussão.

É impossível estabelecer um processo de regionalização da saúde sem constituir uma base territorial onde exista uma rede de cooperação e solidariedade para que as ações e serviços da saúde possam estar articulados, a fim de propiciar resolatividade e garantia de acesso.

No entanto, de acordo com a proposta de flexibilização da NOAS para Pernambuco, apresentada neste Item, houve alguns obstáculos para sua implementação, tendo em vista a peculiaridade do estado em ter uma das maiores redes públicas do SUS, como também os estágios de descentralização em que se encontravam no momento de sua implantação.

Esses fatos dificultaram as atribuições de responsabilidades sobre as ações de saúde regionais, inclusive, aquelas prestadas por municípios com gestão plena, que são destinadas não só a seus municípios, mas também aos cidadãos dos municípios vizinhos.

Observou-se, ainda, no conteúdo deste Item, que houve um esforço da Secretaria Estadual junto com os municípios para se chegar a um consenso frente à gestão compartilhada, principalmente, quanto à questão do “comando único”; em que foi posição da SES/PE que o comando único municipal seria para os municípios que não dispunham, em sua rede, unidades públicas de saúde de abrangência regional ou estadual e o comando duplo, estadual e municipal, para os municípios com rede assistencial complexa de referência regional e estadual.

De acordo com a posição da SES/PE, a direção única não deve ser confundida com o comando único de todos os serviços de saúde que se encontram na área geográfica de um município, como, infelizmente, foi estabelecido na redação da NOAS-SUS 01.

Ser a sede geográfica do serviço não transforma necessariamente o município no melhor gestor para o serviço. Não há garantia de que o poder municipal se interesse em atender às demandas de cidadãos de outros municípios e regiões, ou mesmo facilite a participação destes na formulação ou no controle

da política regional de saúde; tampouco os municípios têm obrigação de possuir equipe técnica para o planejamento e gestão da atenção à saúde de alta complexidade/custo, voltada para uma região que transcende geograficamente os limites e as necessidades municipais (BARATA et al., 2003, p. 13-14).

Após amplo processo de discussão, somente em agosto de 2004, o estado de Pernambuco foi habilitado em Gestão Plena do Sistema Estadual, de acordo com o preconizado com a NOAS-SUS 01/02 pela Portaria 1582/GM de 02/08/2004 (BRASIL, 2005a).

A REGIONALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA VISÃO DOS GESTORES DA SAÚDE EM PERNAMBUCO

Neste item, são apresentados os dados referentes à representação social dos 48 gestores que participaram da pesquisa, sendo 18 Secretários Municipais de Saúde e 30 de outros gestores de saúde (coordenadores de programas de saúde, gestores estaduais, regionais e municipais). Por se tratar de um estudo que teve o seu referencial teórico construído à luz da Geografia Regional, foram considerados outros dados, como a distribuição geográfica desses gestores no território do estado, segundo as Regiões de Desenvolvimento. Essas representam, segundo o PPA 2000-2003, a regionalização do investimento e do orçamento do governo estadual. A pesquisa alcançou sete Microrregiões de Desenvolvimento, sendo 20 gestores na Região Metropolitana do Recife e 18 nas Microrregiões do Agreste. Considerando o critério regional, essas Microrregiões estão inseridas em todas as Mesorregiões de Desenvolvimento; demonstrando um alcance em todo território geográfico estadual. Ao mesmo tempo, os entrevistados se distribuíam em sete das 10 Gerências Regionais de Saúde (GERES).

Análise do Conteúdo dos Discursos

Dado o caráter qualitativo da pesquisa, foram considerados todos os depoimentos agrupados de acordo com a metodologia aplicada em Unidades de Registro dos Discursos, bem como os Conteúdos dos Discursos por Representação Social (Categorias). Os depoimentos dos Secretários Municipais de Saúde e os demais Coordenadores de Programa de Saúde foram separados, a fim de identificar as representações sociais entre os entrevistados e de buscar nesse recorte as peculiaridades das contribuições nesses dois grupos frente às duas perguntas a eles dirigidas.

1ª Pergunta: VOCÊ CONCORDA QUE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, EM PERNAMBUCO, DEVE SER REGIONALIZADA? POR QUÊ?

Na busca dos “porquês” de tal resposta, vários discursos foram expressos por meio de depoimentos individuais que permitiram levantar indícios concretos sobre como os gestores pensam, sentem e se relacionam com a operacionalização das ações de Assistência

Farmacêutica no processo da Regionalização da Saúde no estado; indícios que representam trechos ou transcrições literais dos discursos revelam a essência do depoimento em questão e conduziram, após a coleta de dados, a seis categorias, quais sejam:

- 1) A Assistência Farmacêutica deve ser regionalizada em todos os níveis de atenção à saúde, respeitando as especificidades loco-regionais

As expressões que remetem a essa ideia permitem apreender manifestações bastante consensuais entre os dois grupos de gestores, em que a frequência de significados semelhantes é expressiva.

Secretários Municipais de Saúde

S2- Eu sou a favor da regionalização; a saúde vem sendo regionalizada pela necessidade de se entender a situação de cada região, de cada município, com sua epidemiologia, de suas carências regionais.

S9 - Concordo, até porque a questão da regionalização possibilita você estar mais próximo e entender as dificuldades dos municípios e possibilita garantir uma melhor Assistência Farmacêutica.

S48 - Concordo. Assim como toda a assistência está sendo regionalizada, por que não a farmacêutica? Então a farmácia deve ser, assim como os serviços estão sendo, devagar; está muito difícil esta regionalização, porque é cultural, é uma questão de pessoal, de recursos que estão sendo repassados das esferas federais e estaduais para os municípios. Então é com dificuldades, mas a assistência farmacêutica não pode deixar de ser.

Outros Gestores de Saúde

S5 Concordo que a Assistência Farmacêutica deve ser regionalizada, vendo as necessidades do município.

S16 - Com certeza este é o caminho.

S17 - É uma boa oportunidade para um fortalecimento onde as características do município são mais acentuadas.

S24 - Sim... daí com a regionalização a gente vai poder ter um acesso melhor, já atendendo o município dentro de suas necessidades. Eu concordo plenamente.

S32 - Se viu que o processo evoluiu muito, quando era a CEME, mesmo com ampla garantia de medicamentos, observamos que faltavam critérios de programação, por isso havia o desperdício. Com a descentralização, isto melhorou muito, mas, na prática, esta regionalização dever ser realmente efetivada.

S36 - Sim, porque através do processo da regionalização seria possível direcionar melhor a assistência, no que resultaria em melhor resolutividade dos problemas de saúde que a população tem.

Percebe-se, na compreensão dos gestores entrevistados, que “regionalização e organização funcional” do sistema são elementos centrais da descentralização e da integração dos sistemas municipais de saúde. No entanto, na percepção do entrevistador, observou-se, na maioria das falas, que o processo de regionalização da saúde ora implantado no estado de Pernambuco não corresponde, a contento, às expectativas dos gestores municipais, frente às suas necessidades em saúde para a população.

De acordo com a NOAS-SUS 01/01, os modelos de regionalização adotados podem ser diferentes entre os estados brasileiros, porém a estratégia de elaboração do PDR, que deverá contemplar uma lógica de planejamento integrado entre o estado e os municípios é a mesma entre todas as unidades federadas. Isso leva a refletir se o modelo de “regionalização da saúde”, vigente no estado, atende às especificidades de cada região.

Segundo o PDR-PE 2004, Item 7, a população do estado está distribuída, de forma muito heterogênea no espaço geográfico, onde 42,7% da população concentra-se na região do litoral, e 85,53% até VI Gerência Regional de Saúde (Agreste); somando-se também a distribuição heterogênea dos serviços de saúde, que estão mais concentrados na RMR, contribuindo para uma maior dificuldade de acesso da população ao sistema.

Outros fatores, também observados no Item 7, como a rede básica de saúde que ainda é ineficiente, hospitais municipais e regionais pouco resolutivos, superposição de oferta de alguns serviços e deficiência quantitativa de profissionais em algumas regiões, comprometem, sem dúvida, o processo da regionalização, pactuando com as falas dos gestores ora apresentados.

A expressão dos gestores também é um reflexo do que Levcovitz (apud MISOCZKY, 2003) afirma quando se refere ao consenso da descentralização da saúde, que em todos os documentos oficiais “faltam construir instrumentos e mecanismos operacionais que induzam à descentralização, de forma simultânea, à rede regionalizada e hierarquizada”.

Tais fatores levam a confirmar a importância do tema para a pesquisa, frente à forma como foram colocados pelos gestores, pois entendendo-se a Assistência Farmacêutica como uma das estratégias de resolutividade das ações da saúde, cada vez mais tem-se a necessidade de sua efetiva regionalização.

No entanto, ainda concorda-se com Marin (2003), quando afirma que:

Ao refletirmos acerca da organização dos serviços, sob a ótica de uma concepção de modelo assistencial, identificamos a necessidade de situarmos, nos diversos níveis de atenção à saúde, o lugar da Assistência Farmacêutica,

compreendendo que, ao pensarmos o medicamento como um insumo básico, devemos considerar a relevância da terapêutica medicamentosa nas ações de recuperação da saúde.

Ainda ao se analisar essa categoria temática, percebem-se estágios diferenciados de entendimento sobre a regionalização da assistência com os gestores entrevistados, que apontam problemas consequentes da cultura implantada pela NOB/96 conforme revelou o Programa Saúde da Gente (Item 7).

Continuando a análise desses conteúdos, o sujeito (S1) do grupo dos “secretários municipais de saúde” e (S21) no grupo de “outros gestores da saúde”, em suas falas, Reportando-se ao que Corrêa (1991) aponta sobre o terceiro paradigma da Geografia – o Método Regional – ele focaliza que “as diferenciações das áreas não são vistas a partir das relações entre o homem e a natureza, mas, sim, a partir de integração de fenômenos heterogêneos em uma dada porção da terra”. Entende-se que esses fenômenos heterogêneos identificam as características loco-regionais que devem ser melhor observadas no processo da regionalização da saúde.

S1 - É fundamental, mas, do jeito que está sendo feita, com a metodologia que está sendo empregada atualmente, ela não está tendo o efeito que a gente quer, principalmente nas regiões mais carentes, onde existe uma especificidade a nível de demandas.

S21 - Acho que a regionalização deve acontecer; visto que nosso país é imenso e as características das regiões devem ser levadas em conta; como também os dados epidemiológicos que mudam de uma região para outra.

2) A Assistência Farmacêutica, em Pernambuco, é conduzida de forma verticalizada nos programas do Ministério da Saúde

Pode-se confirmar a presente categoria quando observamos as falas dos gestores: Secretários Municipais de Saúde

S1 -... porque do jeito que está sendo feito, com a metodologia que está sendo aplicada atualmente, ela não está tendo o efeito que a gente quer, principalmente nas regiões mais carentes, onde existe uma especificidade à nível de demandas. Nós recebemos os Kits já prontinhos, então acho que ela é fundamental, mas deve ser aperfeiçoada.

S46 - Porque o que a gente vê aí é uma coisa verticalizada, lá em cima ele traça as necessidades mas, quando chegam à base, é outra coisa. É isso que está acontecendo com a gente; na ponta, quem sabe dizer as necessidades é o gestor municipal.

Outros Gestores de Saúde

S3 -... pois é, uma coisa que vem de cima para baixo, verticalizada, não atende à demanda de cada região. Então concordo, porque o que acontece no sul, não é o que acontece no nordeste, então as coisas são diferentes.

S19 - Gostaria de acrescentar que estamos acostumados com este modelo de gestão do governo federal, onde as coisas vêm de cima para baixo; este modelo, quase sempre, não foca os problemas como eles devem ser enfocados; então ele deve reconhecer de região por região este processo de assistência.

Percebe-se claramente a insatisfação dos gestores em relação ao modelo verticalizado no âmbito da regionalização da saúde quanto à questão da Assistência Farmacêutica que, entende-se, ser um reflexo da história política dessa assistência no estado. Embora com muitos avanços, essa política ainda não conseguiu alcançar sua essência, ficando, por muitas vezes, embutida no modelo assistencial tutelado, atrelado, cada vez mais, aos programas do Ministério da Saúde.

Esse modelo verticalizado da assistência leva a uma reflexão sobre o conceito de “região”, à luz da Geografia Crítica, em que o tema da região é retomado com uma visão dialética em que a organização espacial vai além da descrição dos padrões espaciais e incluem processos históricos que modelam os grupos sociais. Como também o tema “hierarquia dos lugares” apresentado no Item 2, em que Benko e Lipietz (apud MISOCZKY, 2003, p. 346) afirmam: “o tamanho do leque de atividades de um lugar central depende de seu lugar na rede urbana hierarquizada. Se existem cidades pequenas e pobres em atividades importantes, é porque o lugar para implantação dessas atividades é ocupado por uma cidade maior, em nível hierárquico superior”. A produção do território resultante é de um desenvolvimento espacial desigual “visto sob a máscara de uma complementariedade funcional hierárquica”, que contribui “para a manutenção do status quo de uma sociedade desequilibrada e desigual”. (GOMES apud MISOCZKY, 2003, p. 346)

Ainda no consenso da categoria 2, têm-se os depoimentos:

Secretários Municipais de Saúde

S30 -... até porque a gente tem muita dificuldade quanto à padronização de medicamentos que é feita a nível nacional, que é totalmente diferente da nossa realidade; cada região tem patologias diferentes, tem costumes diferentes e se a população aceita ou não determinado tipo de medicamento, então podem resolver este problema.

S45 -...quem está na ponta, nos municípios, cada vez mais tem dificuldades para dar continuidade aos programas, porque os programas são implantados, os pacientes são cadastrados, chega os primeiros lotes de medicamento de uso contínuo, e depois falta; não tem continuidade, e aí? Daí sobra para o

município e, muitas vezes, o município não tem condições de arcar com o custo daqueles medicamentos e o programa fica desacreditado.

Outros Gestores de Saúde

S20 - A Assistência Farmacêutica deve ser regionalizada porque os medicamentos não vêm a ser desperdiçados como está acontecendo hoje em dia.

S32 -... quando o Ministério da Saúde envia kits de medicamentos para a Farmácia Popular, não obedece a critérios epidemiológicos de cada região; manda um kit que é único para todos e por igual e, com isso, acaba se tendo excesso de medicamentos em uns municípios e falta em outro; quando este medicamento não é bem a realidade daquele local; por isso seria necessário que a Assistência Farmacêutica fosse efetivamente regionalizada.

Na visão dos gestores, percebe-se claramente como a questão “tomada de decisão” sobre os medicamentos a serem utilizados por cada município ainda é o maior impacto da ação verticalizada do governo federal, em que as decisões centralizadas, principalmente quanto ao aspecto “seleção de medicamentos”, deixam os municípios à margem do processo.

Ora, quando se observa Mayorga (2004), ao afirmar: “a cultura existente, focada apenas na aquisição e distribuição de medicamentos começou a ser declarada, oficialmente, como insuficiente para sustentar uma política de medicamentos”, percebe-se claramente o nível de insatisfação dos gestores, sobretudo, daqueles que, embora estejam à frente de municípios de pequeno porte, absorveram a nova forma de entender e gerenciar a Assistência Farmacêutica; uma vez que gostariam de participar efetivamente desse processo, no qual as características de cada região e cada município emergissem até o nível central. Pactuando com Lencioni (1999), sobre os seus conceitos sobre “região”, afirma:

à medida que a percepção do mundo se amplia e as diferenças emergem, são elaborados recortes sobre o mundo, e aí temos uma noção mais genérica de região, como parte de um todo. Esse todo poderia ser considerado o mundo conhecido que, por ser um conhecimento socialmente produzido, varia de limites segundo as civilizações.

Tais considerações remetem ao tema “Organização da Atenção à Saúde” e se insere em vários contextos, diante dos quais Righi (2002a) coloca que “estas formas de gestão aparecem como um problema para reflexão sobre como estão construídas, a partir das diretrizes do SUS e do entendimento de suas expressões nas organizações nos municípios, onde a relação entre política, modos e espaços de produção adquirem formas de gestão que se confundem em seus conceitos, dos mais simples aos mais complexos”.

Diante das considerações sobre as normatizações da regionalização da saúde e a Política de Assistência Farmacêutica, atribuiu-se o desconforto apresentado por esses gestores a dois fatores importantes: o primeiro fator deve-se a todo o arcabouço jurídico das normas operacionais, que reorienta e define ações, estruturas e funcionamento do SUS, que não absorveu a Política Nacional de Medicamentos como estratégia estruturante para a resolutividade do Sistema, deixando lacunas importantes para essas ações. Essas lacunas ficam bem claras quando o gestor (S37) aponta em seu discurso:

S37 - Na NOAS, há uma definição de medicamentos básicos, de alto custo, medicamentos que estão relacionados diretamente com algumas patologias, como os estratégicos, mas, tem um grande vazio onde não há definição de competências. O ministério da saúde não conseguiu definir ainda, de forma precisa, qual é a competência dele na média complexidade, qual é a competência do estado e do município. Enquanto esta definição não chega, a população fica penalizada.

Gerando, conseqüentemente, a fragmentação das ações na área da Assistência Farmacêutica, as diferentes logísticas de apoio, as superposições de serviços e a falta de racionalização político-administrativa que, entre outros fatores, atuam em sinergia com o desparelhamento administrativo e institucional dos órgãos federais, estaduais e municipais nesse campo, constituindo fatores que contribuem para um menor desempenho das políticas públicas de saúde.

O segundo fator considerado importante é o fato de que a Assistência Farmacêutica, em Pernambuco, ainda é incipiente no contexto da Política Nacional de Medicamentos, indicado na Categoria 3.

3) A Assistência Farmacêutica em Pernambuco ainda é incipiente no contexto da Política Nacional de Medicamentos

Apontada diante de alguns discursos, como observa-se:

Outros Gestores de Saúde

S3 - A Assistência Farmacêutica hoje, é muito precária.

S14 - No município... .. estamos identificando muitos problemas, exatamente por não termos uma política regionalizada; daí nós vamos tentar com luta, suprir esta necessidade, com implantação da REMUNE.

S31 - Dentro do que é a Política de AF no país, ainda continuamos com uma indústria farmacêutica que é químico-dependente de todo o mundo. Tem que haver uma coordenação política por parte do MS que comece com o desenvolvimento efetivo do papel dos laboratórios oficiais.

Quando o gestor (S4) refere no conteúdo do seu discurso para a questão, no Apêndice A:

S4 - Ainda temos uma política de assistência farmacêutica incipiente. Tem que se efetivar mais a Política de Assistência Farmacêutica em todas as diretrizes para que se tenha uma regionalização eficiente.

Observa-se como esse problema é mais identificado por coordenadores de programas de Assistência Farmacêutica do que por outros gestores de saúde. Pelo fato de muitos gestores não conhecerem o texto da Política Nacional de Medicamentos, aprovado pela Port. 3916 de outubro/98. Em consequência disso, por não conhecerem essas diretrizes e prioridades, ainda confundem muito o que expressam sobre a questão “medicamentos”, em que teve-se a oportunidade de presenciar, por muitas vezes, a presença forte do binômio “aquisição x distribuição” deixado pela CEME; muitos ainda não conseguem entender que a Assistência Farmacêutica é um conjunto de atividades que refletem “ações, insumos e serviços” como outras atividades importantes para assistência à saúde.

É preciso que se implemente a PNM em Pernambuco, mas, para isso, primeiro é necessário que a conheçam e entendam de fato o que significam as suas ações para conseguirem aplicar uma política de Assistência Farmacêutica Estadual que reflita as necessidades epidemiológicas e socioculturais do estado.

No âmbito da Secretaria Estadual, entende-se que a formulação dessa política deve desenvolver-se mediante a adoção de metodologia apropriada, com base em um processo que favoreça a construção de propostas de forma participativa.

Ao que parece, o estado como um todo não assumiu, de fato, o compromisso com os princípios democráticos que, no entendimento de Carneiro (apud AMANTINO-DE-ANDRADE e ARENHART, 2004, p.35) são necessários, para a consolidação da participação social como uma prática concreta, e não apenas possível, na gestão de políticas públicas. Se esses gestores são reprodutores de uma representação normativa sobre a participação, é importante considerar que eles refletem um condicionamento cultural do qual o estado e a sociedade não estão distanciados.

4) A Assistência Farmacêutica já está regionalizada em Pernambuco, porém deve melhorar a sua operacionalização

Afirmativa consensuada em algumas falas, como observa-se:

Outros Gestores de Saúde

S8 - Bem, regionalizada ela já está, não é? Até porque já existem as GERES, as 10 gerências, o estado está dividido em 10, então precisa que o estado melhore a questão da operacionalização.

S10 - No estado de Pernambuco, ela já está regionalizada, através das GERES e a questão é só implantação e organização do Serviço.

S11 - Concordo com os discursos anteriores na questão das GERES. Hoje a questão é estruturar, organizar, normatizar mais a questão da AF para os municípios.

Ao longo das análises do conteúdo dos discursos, interessante é observar, mais uma vez, o que Schwingel e Cavedon afirmam sobre Representações Sociais: “se está tratando de vidas individuais inseridas em um mundo social, vidas que são formadas e construídas em uma relação com a realidade social. Tanto a atividade social como a atividade do sujeito são determinantes para esta representação”, sendo assim, deixa mais claro quando alguns gestores, como os S8, S10 e S11 afirmam que a “Assistência Farmacêutica já está regionalizada em Pernambuco, porém deve melhorar sua operacionalização” presente nessa Categoria.

Quando se refere ao grupo de gestores, acredita-se, que no desenvolvimento de suas atividades não acompanhem de forma efetiva todo processo político-administrativo da regionalização da saúde, por desconhecerem alguns instrumentos importantes para sua implementação. Por exemplo, o PDR e a PPI, que, em Pernambuco, não garantem as ações da Assistência Farmacêutica no âmbito estadual.

Considerando o PDR-PE, observou-se:

De acordo com Pernambuco (2002a), sobre as “Diretrizes”, Item 7, chama-se atenção à expressão “atenção integral e hierarquizada” que deveria contemplar o acesso a medicamentos em todos os níveis de complexidade. No entanto, no âmbito da Assistência Farmacêutica, o próprio texto se contradiz quando não deixa claro, de forma pontual, em nenhuma de suas diretrizes, a garantia de fornecimento de medicamentos; em consequência, acredita-se, do texto da própria NOAS-SUS 01/01.

Ainda entre as estratégias para a regionalização da saúde, observa-se que, apenas, a Atenção Terciária faz referência à Política de Medicamentos. Atenção a qual se sabe, o seu financiamento, em nível ambulatorial, é de responsabilidade do Ministério da Saúde, pelo menos, formalmente.

Portanto, diante do exposto, discorda-se dessa afirmativa, uma vez que se entende que uma “ação ou grupo de ações” para que esteja inserida no processo de regionalização da saúde, precisa estar, de forma clara e contundente, em todos os instrumentos que garantam sua implementação e financiamento para todos os níveis de atenção à saúde. Pactuando com o discurso do gestor (S37), a seguir:

S37 - A regionalização deve ter como base o Plano Diretor do estado e nesse plano a gente prevê a criação de microrregionais de saúde, que nada mais é do que as próprias regionais de saúde existentes no estado; então,

em primeira mão, deveríamos fortalecer estas gerencias regionais e elas teriam um papel substancial, onde deveriam apontar as necessidades de cada município em medicamentos, na distribuição, no seu controle e em todas as ações que envolvem a sua dispensação.

5) A presença do farmacêutico é importante para os programas de saúde. Isso pode ser confirmado diante dos discursos:

Secretários Municipais de Saúde

S41 - Diante de tudo que foi implantado em termo de Atenção Básica, foi implantado um grupo imenso de Saúde da Família, e uma das grandes dificuldades é a AF; cada município deveria ter um farmacêutico, não específico para o PSF, aí se teria uma orientação melhor para estas medicações.

Outros Gestores de Saúde

S22 - Deve haver todo um trabalho da AF, até por uma forma de uma descentralização, de melhor divulgá-la nos municípios, para que os Secretários de Saúde fiquem mais próximos do departamento, para que eles se conscientizem da importância do papel do farmacêutico na AF; até porque na bipartite se fala enormemente na AF, mas não fala da presença do farmacêutico nesse papel, como coordenador.

S33 -...através da reorientação da AF, que isto poderá ser possível, o profissional farmacêutico capacitado para prestar esta assistência e, principalmente, que tenha conhecimentos epidemiológicos daquele local.

Chama-se a atenção, na fala de alguns entrevistados, a necessidade da presença do farmacêutico na implementação das ações, diante do perfil profissional que o sistema requer. Isso envolve todo o processo do ciclo da Assistência Farmacêutica, desde as etapas da seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição até a dispensação de medicamentos, com o acompanhamento efetivo da atenção farmacêutica.

Pactuando com Marin (2003, p. 129):

A portaria 176/99, ao promover a descentralização dos recursos destinados à aquisição dos medicamentos voltados à atenção básica, coloca estados e municípios em um novo papel diante da questão da organização da Assistência Farmacêutica. Ao refletirmos acerca da organização dos serviços, sob a ótica de uma concepção de modelo assistencial, identificamos a necessidade de situarmos, nos diversos níveis de atenção à saúde, o lugar da Assistência Farmacêutica, compreendendo que, ao pensarmos o

medicamento como um insumo básico, devemos considerar a relevância da terapêutica medicamentosa nas ações de recuperação da saúde, mas tendo em conta que, nos cuidados de saúde, a Assistência Farmacêutica contempla, também, as ações de prevenção de agravos, promoção e proteção da saúde.

Para isso, é imprescindível profissionais capacitados, faculdades que se preocupem em formar uma massa crítica de profissionais voltados para a Saúde Pública, gestores que olhem todos os focos de cada ação de saúde que estão executando, assim como indivíduo e sociedade cientes de seus direitos à saúde. Como se vê, é uma questão cultural que envolve vários segmentos da sociedade e, principalmente, vontade política e profissionais que abracem tal processo como uma causa maior.

- 6) A Política de Fitoterápicos deve ser considerada no processo de regionalização observando as peculiaridades regionais
Categoria está apontada pelos presentes discursos:

Secretários Municipais de Saúde

S16 - Com a regionalização, nós poderíamos até aumentar a produção de fitoterápicos, pois com o medicamento a baixo custo, entre chás, xaropes, cápsulas, além de tudo comprovar a eficiência e eficácia destes medicamentos produzidos com ervas de nossa própria região.

S20 - Hoje o governo pensa na fitoterapia para os grandes laboratórios, onde ele vê a mesma fitoterapia do Rio Grande do Sul até o Amazonas; isto eu não concordo, pois em cada região a uma grande diversidade de plantas, só que cada planta tem suas peculiaridades, de acordo com cada região; então o clima, a terra, tudo isto interfere na fabricação de medicamentos. Então, a planta que é utilizada no Rio Grande do Sul, ela não vai ter a mesma atividade quando utilizada aqui no nordeste, portanto, ela deve ser regionalizada também.

Quanto à Política de Fitoterápicos, é interessante perceber como esse tema, nos últimos dois anos, vem ocupando o seu espaço no contexto da Assistência Farmacêutica, diante de tantas iniciativas para essa prática no país. Atualmente, encontra-se em fase de aprovação no Ministério da Saúde a proposta da Política de Medicamentos Fitoterápicos e Plantas Medicinais.

Em Pernambuco, no desenvolvimento das entrevistas, percebeu-se, de forma muito acentuada, a discussão dos fitoterápicos quase que exclusivamente na “Região do Agreste”; confirmando o que se viu sobre os paradigmas da Geografia, no Item 2, em que as

questões geográficas da região influenciam, de forma pontual, o uso de medicamentos na população. Pactuando ainda com Santos (2002), quando analisa sobre o Determinismo e o Possibilismo:

Determinismo é causalidade natural. Entre as causas que na natureza determinou os fenômenos, algumas são contingentes [...] algumas são geográficas. O problema reside em saber se existem necessidades geográficas e se os fenômenos naturais podem agir como causas necessárias sobre a humanidade 'puramente receptiva'. Quando LA BLACHE escreve que não existem necessidades, mas, em toda parte, existem possibilidades, trata-se de uma verdade banal. O reino do possível não é o mesmo do aleatório, mas o da conjunção de determinações que, juntas, se realizam a um dado tempo e lugar.

2ª Pergunta: NA SUA VISÃO, COMO PODERIA SER ORGANIZADA ESSA REGIONALIZAÇÃO?

Essa pergunta, nas entrevistas, foi direcionada aos gestores que concordaram com a regionalização da Assistência Farmacêutica; considerando, também, aqueles que expressaram que, em primeiro momento, deveria ser municipalizada. Apenas três gestores não concordaram com a pergunta anterior, em consequência da forma de como está sendo implementado o processo da Regionalização no estado.

Diante das falas colocadas, apresentadas na Unidade de Registro dos Discursos, após a coleta de dados, foram geradas quatro categorias, que expressam como os gestores acreditam que se possa efetivar a regionalização das ações da Assistência Farmacêutica para o estado:

- 1) As ações da Assistência Farmacêutica devem ser organizadas e estruturadas nas GERES, de forma ascendente no sistema – a partir dos municípios – com a presença do farmacêutico.

Observa-se nos discursos a seguir, que as expressões referentes a essa ideia também são consensuais dentre os dois grupos de gestores.

Secretários Municipais de Saúde

S2 -...aproveitando a estrutura que já está sendo montada nas regionais, através também dos municípios sedes de módulos, que já teriam regionalização maior. Então acredito que esta é a maneira mais rápida de entender qual é o perfil da Assistência Farmacêutica no Brasil, principalmente no nosso agreste e no nordeste.

S9 - Aproveitar a estrutura das GERES que já existem no estado de Pernambuco; aproveitando esta estrutura, distribuído em 10 GERES, onde

tendo cada Gerência uma estrutura mínima de organização em cada GERES; dependendo da extensão da GERES, você teria uma equipe mínima, comandada por um farmacêutico.

S23 - Eu acho que deve ser de acordo com as microrregionais. O Estado está dividido em 10 regiões, mas eu acho ele grande demais para este tipo de assistência. Mesmo o estado da gente dividido em 10 microrregiões, acho que é grande demais, deveria ser menor ainda .

S29 - Estruturar as regionais de saúde é uma estratégia para a regionalização da AF.

Outros Gestores de Saúde

S5 - Através das regionais, de acordo com as necessidades locais.

S7 -...então eu acho que para organizar, tem que fazer a regional cumprir o seu papel.

S22- Olha, eu acho que depende da estrutura, não sei se a gente teria teto para fazer algo independente ou seria no contexto da GERES, fortalecendo o perfil do farmacêutico nas GERES – aproveitando os recursos das GERES; a gente poderia focalizar melhor, uma vez que já existe toda estrutura.

S25 - Através de subdivisões, por regiões, macro e micro.

S36 – Acredito que através do Sistema de micro e macrorregionais.

S37 -...então, em primeira mão, deveríamos fortalecer estas gerências regionais e elas teriam um papel substancial, onde deveriam apontar as necessidades de cada município destes medicamentos, na distribuição, no seu controle e em todas as ações que envolvem a dispensação de medicamentos; vale registrar ainda que há uma lacuna muito grande no que se refere a medicamento para a média complexidade. Há uma definição de medicamentos básicos, de alto custo, medicamentos que estão relacionados diretamente com algumas patologias, como os estratégicos, mas tem um grande vazio onde não há definição de competências. O ministério da saúde não conseguiu definir ainda, de forma precisa, qual é a competência dele na média complexidade, qual é a competência do estado e do município.

Sob a visão desses gestores, pode-se analisar cada etapa que expressa a categoria em questão; primeiro, que “A Assistência Farmacêutica deva ser organizada nas GERES”.

Pensar em organizar essas ações nas GERES, significa estruturar serviços, com recursos humanos suficientes e capacitados, com instalações físicas apropriadas e, principalmente, com ações descritas, normatizadas e regulamentadas com estruturas organizacionais definidas.

Tais ações reportam-se ao que foi apresentado, no Item 6, na Proposta de Reorganização de Gestão da Assistência Farmacêutica, no âmbito da SES-PE, em 2002, que, até a presente data, não foi implementada.

Porém, pergunta-se: por que a Assistência Farmacêutica tem que ser inserida nas estruturas das GERES? Será que essa assistência não teria um outro desenho intersetorial e interorganizacional que melhor atendesse às necessidades dos municípios? Será que a distribuição das GERES condiz com a realidade da economia espacial do território? São muitas dúvidas que parecem estar bem claras nos discursos dos entrevistados, no entanto, quando se volta para o referencial teórico, percebe-se que muitos equívocos, entre o entrevistador e os entrevistados, começam a emergir. Poderíamos citar alguns, dentre eles, apontamos a “economia espacial” e perguntamos: o que tem a ver com a organização da regionalização da Assistência Farmacêutica?

Segundo Hoover (apud HADDAD), Item 2, “a economia espacial se refere à análise da questão “o que” está “onde” e “por quê”. Assim, pensar em estruturar serviços de Assistência Farmacêutica em seus diferentes níveis de atenção, por exemplo, a média e alta complexidade não poderiam estar desvinculadas da economia espacial do território, frente aos investimentos financeiros que a área requer. No entanto, concorda-se parcialmente com os discursos apresentados, em que estruturas mínimas de Assistência Farmacêutica deveriam estar inseridas em todas as regionais de saúde, de acordo com o seu porte e área de abrangência. Para as estruturas macro, deve-se levar em consideração as atividades econômicas da região, concentração e dispersão dessas atividades, principalmente, as semelhanças ou diferenças de padrões de distribuição geográfica, que levam ao questionamento anterior, ou seja, se as ações de Assistência Farmacêutica devem seguir os modelos das regionais de saúde.

Algumas experiências já existem em alguns estados brasileiros, como os “consórcios intermunicipais”, para a compra de medicamentos na região sudeste, que não são, necessariamente, entre municípios de uma mesma regional de saúde, mas aqueles que identificarem entre si, padrões semelhantes no aspecto econômico e na distribuição geográfica.

Outro aspecto seria pensar na organização da Assistência Farmacêutica em uma região por meio de “Redes Sociais” que, segundo Junqueira, Item 2, “são formas de agir que privilegiam os sujeitos, cujos objetivos são definidos coletivamente, articulam pessoas e organizações que se comprometem a superar, de maneira integrada, os problemas sociais, respeitando, principalmente, as diferenças de cada membro”. Organizações que, no entendimento do SUS, poderiam ser os serviços de saúde, no caso aqui colocado, “serviços de Assistência Farmacêutica”, respeitando o saber e a autonomia de cada município, otimizando os recursos disponíveis.

Esse modelo de organização faz refletir sobre o modelo ora institucionalizado no SUS em que, conforme Misoczky, Item 2, “a organização da atenção à saúde por níveis de complexidade localizados em regiões e microrregiões com municípios-sede e municípios-polo representa a ‘hierarquia dos lugares’. Essa concepção despreza a capacidade de os atores sociais imprimirem novos usos do território, de reestruturá-lo de modo dinâmico” [...] “nega a possibilidade de reconstrução da malha territorial de acordo com as aspirações dos que nela vivem”. (RAFFESTIN apud MISOCZKY)

Continuando a análise dos depoimentos, as ações da Assistência Farmacêutica devem ser organizadas nas GERES, de forma ascendente no sistema – a partir dos municípios– com a presença do farmacêutico.

S13 - Não somente a Assistência Farmacêutica, mas, todas as outras áreas técnicas há esta necessidade, nós temos a necessidade de efetivamente consolidar o SUS. Precisa ser entendido a partir de uma organização que tenha como alicerce a realidade local; então esta organização precisa ser entendida no inverso do modelo verticalizado, que a gente já avançou na questão da descentralização, que no arcabouço jurídico legal, então está no papel, está no discurso, mas, que na questão da operacionalização, nós ainda temos várias lacunas que elas vão precisar de uma resposta e, estas respostas, vão precisar ser entendidas numa lógica de organização ascendente, a partir das necessidades que a população apresenta aos gestores; é preciso ter além da decisão, de fato, a questão do direito, exercer a coerência que falta do discurso para a ação, apresentar uma proposta que realmente remeta para as outras esferas do poder uma necessidade de organizar a assistência a partir de uma realidade local peculiar.

S47 - Deveria ser organizado dentro do município, que tivesse um farmacêutico na localidade, prestando assistência a todas essas ações, e tendo o suporte muito importante do Ministério da Saúde, do estado, da FUNASA, a regional de saúde também dando o suporte através da II GERES a qual nós pertencemos.

S28 - Não globalizar a regional como um todo e considerar as particularidades; porque hoje quando se fala em regionalização, se há um município pequeno como é o nosso, ele não está considerado para a média complexidade. Não somos contemplados com os procedimentos de AIH.

No mesmo grupo, também, aparecem expressões com o mesmo enfoque:

Secretários Municipais de Saúde

S31 - Então esta questão de AF me preocupa muito, porque os municípios, na sua grande maioria, não exercem o seu papel – o papel de suprir.

S42 - Cada município tem suas especificidades, na verdade o termo não é regionalizado, e sim municipalizado mesmo; daí a gente vai dentro de cada município para ver como se trata...

S43 - Se o Ministério da Saúde sentasse com as duas esferas do governo, sentasse com o município para que cada um mostrasse a sua maneira e o seu jeito de trabalhar diante da sua necessidade efetiva.

S48 - Em primeiro lugar, as regionais de saúde devem dispor de farmacêutico se o município é realmente o executor das ações e quando ele tem dificuldades ele tem de recorrer ao nível regional; se o município é obrigado a ter farmacêutico, por que não a regional? Ele também deve estar com suas condições, com seus instrumentos para orientar a Assistência Farmacêutica municipal.

Outros Gestores de Saúde

S12 - Eu acredito que os municípios têm que ter uma participação muito efetiva sobre a regionalização; ela tem que concentrar os interesses de cada um deles, a partir daí, a região e em seguida a macrorregião que seria o estado.

S14 - Uma das formas é através da Remune, com uma equipe multidisciplinar, inclusive com o ACS, que está diretamente ligado com o paciente na atenção básica, então o povo tem que ser ouvido nas suas necessidades e é importante se ter um trabalho contínuo para se identificar as necessidades reais do município.

Para esses gestores, percebe-se quanto menor o município, mais distante ele está da esfera de “decisão”, e vê-se como desacreditam do discurso ora institucionalizado pelo SUS, confirmando o que Misoczky, no Item 2, afirma: “De modo autoritário e centralizador, o governo federal impõe às populações locais e aos seus governantes uma estratégia de estruturação territorial que terá conseqüências que excedem o campo de atenção à saúde e se estendem ao desenvolvimento econômico e social, com impactos negativos sobre a equidade, nos termos adotados como referência para esta reflexão”.

Pactuando com tudo o que foi apresentado, ainda concorda-se quando Brasil (2004), afirma:

apesar de inovadora, essa concepção federativa precisa ser aperfeiçoada, uma vez que permanecem ainda sem regramento e dependentes de iniciativas setoriais a regulamentação de mecanismos e instrumentos de coordenação e cooperação, fundamentais para a ação intergovernamental na implantação de políticas públicas.

- 2) A regionalização da Assistência Farmacêutica otimiza a distribuição de medicamentos e promove o seu uso racional

Os discursos que remetem à categoria em apreço levam novamente a refletir sobre Brasil (2004) em que afirma, no Item 6: A Assistência Farmacêutica no Brasil, a partir da Constituição de 1988 e da Lei Orgânica de Saúde (LOS), que começou a ser vista, do ponto de vista jurídico, com um novo olhar, não significando apenas a lógica de “aquisição e distribuição” de medicamentos, onde, suas ações começavam em um gabinete e terminavam quando saíam dos almoxarifados.

Para tanto, pode-se observar nas falas dos gestores:

Outros Gestores de Saúde

S7 - O nível central da Assistência Farmacêutica do estado não conhece a realidade dos municípios; então eu acho que para organizar tem que fazer a Regional de Saúde cumprir o seu papel.

S15 - Acho que precisamos de mais capacitação, aqui no nosso município funciona direitinho, mas acredito que com a regionalização ficaria mais fácil.

S33 - Aconselhando o uso correto de medicamentos, primando pelo uso racional, para que você poupe recursos, em que os insumos farmacêuticos são os maiores gastos na saúde.

Isso nos remete, também, ao Item 6, quando concorda-se com Marin (2003) que, do ponto de vista da organização de serviços de atenção primária, uma tarefa prioritária para a organização da Assistência Farmacêutica consiste no resgate das atividades pertinentes à área que se encontram dispersas. Essa dispersão está relacionada a razões históricas, entre outras, à lógica verticalista do Ministério da Saúde na fragmentação de suas ações, em distintos programas, aliado ao desvirtuamento do ensino farmacêutico quanto à questão do medicamento.

Ao pontuar-se a afirmativa da Categoria 2, associa-se à afirmativa da Categoria 3:

- 3) Investimentos em programas de informática, capacitação de Recursos Humanos e sistemas de informação epidemiológica são ferramentas importantes para a regionalização da Assistência Farmacêutica

Ora, sem os investimentos necessários, não alcançaremos o “uso racional” de medicamentos, o que, conseqüentemente, pactua com os discursos:

S31 - Primeiro a gente tem que ter um sistema de informação que permeasse, desde o município até o Ministério da Saúde para que você obtenha relatórios conclusivos para as necessidades dos programas de saúde

S32 - Hoje nós sabemos que a AF é carente de recursos humanos capacitados tanto nas capitais como no interior. Há uma carência de RH para prestar assistência à farmácia; com isso, acaba gerando problemas, como paciente de municípios menores que voltam à região metropolitana, indo em busca de medicamentos nos municípios vizinhos; daí há falta da garantia de medicamentos, perdas por vencimento, porque ainda não se tem um trabalho efetivo de programação, isto também devido a falta de informatização [...] pois, à medida que vai informatizando, vai acompanhando toda esta questão, ou seja, o paciente atendido gera uma prescrição e esta prescrição vai poder realmente programar bem, pois vai também fornecer subsídios para uma programação realmente baseada nas características de cada local.

S33 - Aconselhando no uso correto de medicamentos, primando pelo uso racional, para que você poupe recursos, onde os insumos farmacêuticos são os maiores gastos na saúde.

Vê-se, então, que o contraditório dessas expressões se revela nas questões político-administrativas das normatizações de saúde quando alcançam os municípios, porém, surpreende-se, quando, apesar de todos esses equívocos, encontram-se gestores que querem, de fato, “fazer o processo dar certo”, como expressa o discurso:

S26 – ... mas já posso perceber que tem que se dar ouvido ao povo da terra. Estamos lutando por acertos e acredito que se houver capacitação para este povo que veio aqui para o alto sertão para trabalhar, eu acredito que dá certo; agora vamos capacitar, pois a falta maior é de recursos humanos, talvez até o financeiro, porque pode ter tudo, mas, se não tem um profissional à altura para desempenhar a profissão que tenha o perfil não adianta nada; no PSF mesmo, nem todos tem o perfil, mas, a gente não pode dispensar; mas se houvesse capacitação, eles iam melhorando, fazendo tudo dentro das normas do PSF. E a Farmácia mesmo é muito importante, pois a gente dá o remédio e não vê o retorno. E acontece muito por falta de farmacêutico; mas agora nós já temos um, daí a coisa está andando.

O contexto dos discursos e os referenciais teóricos apresentados nesta análise, expressam de forma clara o sentimento dos gestores que participaram da pesquisa.

- 4) A Assistência Farmacêutica deve ser inserida de forma pontual na NOAS, no PDR e no PPI do estado.

Confirmando o que foi colocado na análise da pergunta 1, na qual é possível perceber que alguns gestores da saúde não conhecem o texto da PNM, identificou-se, no desenvolvimento das entrevistas, que outros também desconhecem as normatizações importantes que orientam e definem a operacionalização do SUS.

Apenas dois, dos gestores entrevistados, apontam que o fato da não inserção de forma pontual da Assistência Farmacêutica na NOAS, no PDR e na PPI, comprometem a sua operacionalização no sistema. Por não estar definido de quem é a responsabilidade da média complexidade, no âmbito dessa assistência, sem dúvida nenhuma, aponta para um grande vazio, gerando, conseqüentemente, sérios problemas, sobretudo, para os gestores municipais como se pode observar nos depoimentos a seguir:

S35 - Essa regionalização deveria ser organizada junto à NOAS, já que não fomos contemplados; ela verificaria a necessidade do medicamento em cada região, fazendo com o que o paciente tivesse acesso direto a esse medicamento. Esse é um de nossos grandes problemas; atualmente, a Assistência Farmacêutica é direcionada direto do Ministério da Saúde ao município fazendo com que haja perda de medicamentos.

S37 - Esta regionalização deve ter como base o Plano Diretor do Estado e nesse plano a gente prevê a criação de microrregionais de saúde, que nada mais é do que as próprias regionais de saúde existentes no estado. [...] O Ministério da Saúde não conseguiu definir ainda, de forma precisa, qual é a competência dele na média complexidade, qual é a competência do estado e do município. Enquanto essa definição não chega, a população fica penalizada, sem ter o acesso que, de direito, deveria ter a esses medicamentos.

A NOAS, que enfatiza a regionalização de ações e serviços de saúde por níveis hierarquizados de complexidade; o PDR, que, em consonância com o Plano Estadual de Saúde e com a participação das Secretarias Municipais de Saúde, serve como instrumento de orientação da regionalização com o enfoque territorial/populacional; e a PPI, que define os investimentos financeiros frente às ações a serem pactuadas e executadas são instrumentos importantes para a operacionalização de qualquer atividade do sistema.

No entanto, como já foi colocado, no Item 6, a Norma Operacional Básica, NOB-SUS/01/96, no processo da descentralização das ações de saúde, redefiniu os papéis de cada esfera do governo e, no que tange à Assistência Farmacêutica, explicita que cabe ao gestor federal a reorientação e

implementação de suas ações. Porém, de acordo com Mayorga e colaboradores (2004, p. 202), “ainda persiste a indefinição do termo assistência farmacêutica e sua preocupação com o binômio produção/controle de qualidade. Carecendo, assim, de uma visão mais ampla da mesma”.

O que se leva a afirmar que reorganizar e rearticular todas as formas de seleção, programação, aquisição e distribuição de medicamentos, atualmente utilizadas pelos diferentes gestores do SUS, são ações importantes que precisam ser articuladas e pactuadas para otimizar os recursos e a integração gradativa das ações de Assistência Farmacêutica, de forma coerente não só com a estratégia de regionalização e hierarquização dos serviços e ações de saúde proposta pela NOAS; como também com estratégias intrasetoriais e interorganizacionais que contemplem as especificidades loco-regionais.

Outro aspecto importante, na percepção do entrevistador frente aos entrevistados, sobre o problema em questão, é que parece faltar abertura para a discussão política, presente nas falas, a qual parece demonstrar que os gestores compreendem o problema como um conflito de interesses político-partidário, e não como um posicionamento de diferentes visões de mundo e projetos que precisam ser negociados para efetuar uma pactuação coletiva para a melhoria da gestão, no âmbito não só da assistência farmacêutica, como das outras atividades de assistência à saúde.

CONCLUSÕES

A análise dos dados obviamente não esgota o tema “regionalização da Assistência Farmacêutica para Pernambuco”, porém permite algumas conclusões importantes para a sua organização nas suas diversas etapas e interfaces apontando, conseqüentemente, para novos questionamentos.

Nesse sentido, o estudo delimitou-se a compreender pela pesquisa bibliográfica e concepção de gestores estaduais e municipais de saúde, as diferentes formas de regionalização do estado, bem como a identificar qual a concepção desses gestores sobre o processo da regionalização da Assistência Farmacêutica para Pernambuco.

Na pesquisa bibliográfica, observou-se que, Pernambuco, como os demais estados brasileiros, teve a sua trajetória de regionalização iniciada à luz da Geografia Física e Humana. A cada estudo que se avançava, naturalmente, refletiam-se os paradigmas da Geografia, caracterizando as diversas formas de classificação de regiões; desde as simples variações de critério de homogeneidade até a instituição de mecanismos de descentralização e valorização do espaço local, alcançado pela divisão político-administrativa do estado em 10 Microrregiões de Desenvolvimento.

No modelo de organização do Sistema Estadual de Saúde de Pernambuco, iniciado em 2000, observou-se a construção de um desenho organizacional de rede regionalizada e hierarquizada na perspectiva da NOAS-01/01, partindo da definição prévia das macrorregiões, seguidas das delimitações e pactuação dos municípios em torno das regiões/microrregiões, nas quais identificou-se os municípios-sede/polo de módulos assistenciais.

Entretanto, a lógica da territorialização da saúde não extrapolou os limites político-

administrativos colocados pelas clássicas regiões de desenvolvimento do estado e, nesse território, identificou-se, ao longo deste estudo, que no espaço das ações da Assistência Farmacêutica existe uma grande lacuna frente ao modelo verticalizado, implantado pelo Ministério da Saúde, e as necessidades locais de cada região.

Espaço que está indo de encontro a um dos principais pressupostos da regionalização, a subsidiariedade, em que as instâncias federativas mais amplas não devem realizar aquilo que pode ser exercido pelas instâncias federativas menores.

Na análise documental do material bibliográfico, referente à Trajetória da Assistência Farmacêutica de Pernambuco e às normatizações da regionalização da saúde no SUS, confirmou-se nas falas dos entrevistados que, no arcabouço jurídico das normas operacionais e assistenciais do SUS, não definem nem garantem as ações da Assistência Farmacêutica apontadas pela Política Nacional de Medicamentos. Refletindo-se, conseqüentemente, na esfera regional. Percebe-se uma dissociação no princípio da hierarquização e da rede regionalizada para as ações da Assistência Farmacêutica, tendo em vista a forma fragmentada na distribuição de medicamentos junto com programas ministeriais que, sem dúvida, comprometem, em nível municipal, a efetiva “reorientação” dessa assistência.

Observa-se ainda que no estado existe uma necessidade de adotar novas estratégias no processo da regionalização não apenas da Assistência Farmacêutica, mas também de todas as outras ações. Estratégias que induzam a formação de sistemas de saúde mais funcionais e relações intergovernamentais mais cooperativas, evitando, dessa forma, que este processo não se reduza a um complexo conjunto de normas e se sobreponha a um processo político de negociação e pactuação, quando estão presentes inúmeros interesses que dividem iniciativas de concertação social.

Outro fator importante identificado, durante as entrevistas, é que muitos gestores desconhecem o conteúdo da Política Nacional de Medicamentos, os seus objetivos, as diretrizes e prioridades; entretanto, entendem que são ações importantes com um alto impacto na resolutividade da atenção à saúde em seus municípios.

O processo da regionalização da saúde, para Pernambuco, necessita alcançar, por muitos gestores, o entendimento integral do que representa uma “região” dentre os seus conceitos mais clássicos para o território da saúde. Observa-se, que apenas compreendem como “regionalização de serviços hierarquizados”, não identificando que um território de saúde tem um contexto mais amplo, que vai além dessas fronteiras.

Diante do contexto do estudo, na concepção dos gestores entrevistados, é possível remeter às seguintes conclusões:

De acordo com as “categorias de análises” contextualizadas na pergunta I, “Você concorda que a Assistência Farmacêutica, em Pernambuco, deve ser regionalizada?”, observa-se:

Dentre os 48 gestores que concordaram em participar da pesquisa, direta ou indiretamente, 45 concordaram que a Assistência Farmacêutica deva ser regionalizada em Pernambuco e em todos os níveis de atenção à saúde, respeitando as especificidades dos municípios

e das características loco-regionais. Pactuando com um dos princípios operacionais do SUS, que aponta a necessidade da descentralização e racionalização dos serviços como elementos desencadeadores do processo de fortalecimento de gestão e da demanda em saúde.

Essa regionalização, no entanto, pode estar imbricada dentre alguns fatores apontados nas falas dos gestores, categorizadas na pergunta 1, em que a forma verticalizada nos programas ministeriais que a Secretaria Estadual da Saúde conduz à Assistência Farmacêutica, além de refletir o grau de insatisfação quanto aos municípios, demonstra o modelo tutelado que engessa as suas ações a políticas centrais. Isso acontece porque a Política de Assistência Farmacêutica Estadual ainda não foi formalizada e efetivamente implantada, em consonância com a Política Nacional de Medicamentos, para redimensionar o perfil do gestor estadual e municipal.

No contexto da pergunta 2 da pesquisa, “Na sua visão como poderia ser organizada essa regionalização?”, algumas conclusões foram tiradas:

As ações da Assistência Farmacêutica devem ser organizadas e estruturadas nas Gerências Regionais de Saúde – GERES – já existentes no estado; essa organização deve ser feita de forma ascendente no sistema, a partir dos municípios, com a participação do farmacêutico.

Alguns fatores, também identificados nas falas dos gestores interferem, sobremaneira, na efetivação desse processo. Dentre eles, o fato dessas ações da Assistência Farmacêutica não estarem contempladas de modo integral nas normas operacionais e assistenciais do SUS que, para Pernambuco, deixam sequelas importantes em relação à inserção dessas atividades no Plano Diretor de Regionalização – PDR – e na Programação Pactuada Integrada – PPI – em função de não garantir financiamento para a implementação e desenvolvimento de suas ações.

Observa-se ainda, de acordo com Brasil (2005c),

Existe um consenso de que as regiões devem expressar o “encontro das identidades e coerências de um espaço territorial com o exercício do poder político-institucional”. Assim, as regiões de saúde são recortes territoriais, com o fim de assegurar o cumprimento dos princípios constitucionais de universalidade, equidade e integralidade das ações e serviços de saúde.

No entanto, permanece o questionamento apontado no Item 8: será que as ações de Assistência Farmacêutica devem ser inseridas, integralmente, nas estruturas das GERES? Será que essa assistência não teria um outro desenho interorganizacional e intersetorial, que melhor atendesse às necessidades do município? Que ações do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica devem ser regionalizadas?

Questionamentos que se remetem às sugestões, foram expressos no item 10.

O grande desafio para um processo de regionalização da Assistência Farmacêutica para Pernambuco seria buscar um desenho organizacional que permita, efetivamente,

construir estratégias de planejamento no âmbito de uma assistência regionalizada, considerando:

- A reorientação e implementação de uma Política de Assistência Farmacêutica Estadual para Pernambuco em consonância com a Política Nacional de Medicamentos.
- Os pressupostos da regionalização, tais como: a subsidiariedade, a cogestão, o financiamento solidário, a participação social e, principalmente a territorialização. Esses pressupostos são imprescindíveis para o desenvolvimento de todo ciclo logístico de Assistência Farmacêutica.
- Ênfase na importância das localidades, adequando definições sobre competências das três esferas do governo, definindo responsabilidades de cada ente federado.
- É preciso considerar a necessária conformação de uma rede solidária, concretizada em criativos arranjos político-institucionais e sólidas relações contratuais ao exercício conjunto de competências e funções, que exigem cooperação intergovernamental, planos integrados e gestão compartilhada dos serviços de abrangência regional, entre eles a Assistência Farmacêutica.
- Na busca desse novo arranjo institucional, é importante identificar instrumentos que atuam de forma conjunta possibilitando o estabelecimento de relações de cooperação segura, por meio de consórcios intermunicipais, para aquisição de medicamentos, já apontados no Art. 241 da Constituição de 1988, e hoje em processo de discussão no governo federal como Lei de Consórcios Públicos.
- Elaboração e análise da política, de planos e prioridades que considerem as ações da Assistência Farmacêutica em sua diversidade cultural, de interações sociais e de construção subjetiva.

Diante de todas as considerações apresentadas, conclui-se, que esse processo de construção da Assistência Farmacêutica não acabou aqui, pois novos desdobramentos poderão ser realizados a partir deste pretenso estudo, ao qual pactua-se com Serafini (2004) quando indaga: se a regionalização, prevista na Constituição de 1988, deve ser “ascendente”, por que desprezar a capacidade dos atores sociais de imprimirem novos usos e novas estruturas de acordo com as peculiaridades, necessidades e aspirações dos que vivem em um determinado território?

REFERÊNCIAS

AMANTINO-DE-ANDRADE, J. ARENHART, A. J. Participação social no Sistema Único de Saúde: uma utopia por ser concretizar em municípios de pequeno porte do Vale do Taquari. In: MISOCZKY, M. C; BORDIN, R. (Org.). Gestão local em saúde: práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa, 2004. p. 35-54.

- ANDRADE, M. C. O planejamento regional e o problema agrário no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1976. 180 p.
- BARATA, L. R. B.; TANAKA, O. Y.; MENDES, J. D. V. O papel do gestor estadual no Sistema Único de Saúde. São Paulo: Secretaria Estadual de Saúde, 2003. 25 p.
- BENKO, G.; LIPIETZ, A. (Org.). As regiões ganhadoras: distritos e redes: os novos paradigmas da geografia econômica. Oeiras: Celta, 1994, 275 p.
- BERMUDEZ, J. Remédios: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1992.
- BERMUDEZ, J. A. Z. Indústria Farmacêutica estado e sociedade: crítica da política de medicamentos no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995. 204 p.
- BONFIM, J. R. A.; MERCUCCHI, V. L. (Org.). A construção da política de medicamentos. São Paulo: Hucitec, 1997. 383 p.
- BRASIL. Senado Federal. Constituição: República Federativa do Brasil. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção I. n.º 182 p. 18055-18059.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 545, de 20 de maio de 1993. Aprova a Norma Operacional Básica 01/93. NOB/93. Diário Oficial da União, Brasília, DF, p. 696 I, 24 maio. 1993a. Seção I.
- _____. Sistema Único de Saúde/SUS: descentralização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. Brasília, DF, 1993b.
- BRASIL. Sub-chefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.º 8.689, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 jul. 1993c. p. 1-4.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde 01/96. NOB/SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 6 nov. 1996. Seção I.
- _____. Portaria GM/MS n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1998.
- _____. Política nacional de medicamentos. Brasília, DF: Secretaria de Políticas de Saúde, 1999a. 39 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Considerações sobre as Portarias do Ministério da Saúde que Modificam e Regulamentam a NOB/96. MS/CONASS. Informe, Brasília, DF, n.º 15, 1999b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 176, de 8 de março de 1990. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 mar. 1999c.
- _____. Portaria n.º 956, de 25 de agosto de 2000. Regulamenta a Portaria GM n.º 176, de 8/3/99, que estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 ago. 2000. Seção I.

_____. Portaria GM/MS n.º 95 de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/2001. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jan. 2001a, Seção I. p. 23

_____. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.º 95, de 26 de janeiro de 2001 e Regulamentação Complementar: Brasília: Secretaria de Assistência à Saúde, 2001b. p. 9-18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para a sua organização. Brasília: Departamento de atenção básica, 2001c.

_____. Considerações, Críticas e Sugestões do CONASS para o Aperfeiçoamento da Política de Assistência Farmacêutica no Âmbito do SUS - Nota Técnica CONASS, Brasília, DF, 2002a. (Cadernos: CONASS; n.º 21).

_____. Norma Operacional de Assistência Farmacêutica (versão preliminar). Brasília, DF: Secretaria de Políticas à Saúde; Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica, 2002b.

_____. Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002. Brasília, DF, 2002c. 44 p.

_____. Portaria GM/MS n.º 373 de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde. NOAS-SUS 01/2002. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 28 fev. 2002d. Seção I, p. 52.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto REFORSUS-CNPq. Fortalecimento e apoio ao Desenvolvimento Institucional das Secretarias Estaduais de Saúde: produto 10: Reorganização da Gestão de Assistência Farmacêutica no Âmbito da Secretaria do Estado de Saúde de Pernambuco. Recife: SES/PE; FGV-EPOS, 2002e. 57 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informações atualizadas sobre medicamentos de dispensação em caráter excepcional – Nota Técnica CONASS, Brasília, DF, 2003. (Cadernos: CONASS; n.º 2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. A regionalização da saúde: (versão preliminar para discussão interna). [Brasília]: Departamento de Apoio à Descentralização, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1582/GM, de 2 de agosto de 2004. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1582.htm>>. Acesso em: 9 jun. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n.º 204, de 06 de novembro de 1996. Regulamenta o Programa de Medicamentos Excepcionais. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-1582.htm>>. Acesso em: 9 jun. 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Pacto de Gestão: garantindo saúde para todos (versão preliminar). Brasília: Departamento de Apoio à Descentralização, 2005c.

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. Ciência & Saúde coletiva, Brasília, v. 6, n.º 2, p. 435-444, 2001.

CASTRO, I. E. de; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (Org.). Geografia: conceitos e temas. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2001. 352 p.

CECÍLIO, L. C. de O. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 13, n.º 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

CONDEPE. O espaço pernambucano e os estudos regionais – Versão Preliminar do Projeto de Regionalização do Estado. Recife: Departamento de Planejamento Espacial; Divisão de Desenvolvimento Regional, 1976.

_____. Pernambuco em dados: ano 2002. Recife, 2002. 68 p.

CONFERÊNCIA ESTADUAL DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DE PERNAMBUCO, I., 2003, Olinda. Relatório Final. Olinda: Secretaria de Saúde, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, I., 2003, Brasília. Relatório Final. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

CORRÊA, R. L. Região e organização espacial. São Paulo: Ática, 1991. 89 p.

DEMO, P. Metodologia científica em Ciências Sociais. 3. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1995. 293p.

FERRAES, A. M. B. Política de medicamentos na atenção básica e a assistência farmacêutica no Paraná. 2002. 262f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.

FERREIRA, A. B. de H. Mini Aurélio. Século XXI: o minidicionário da língua portuguesa. 4. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000. p. 592.

FLEURY, Sonia. El desafío de la gestión de las redes de políticas. Disponível em: <http://www.iigov.org/revista/12/12_09.pdf>. Acesso em: 14/03/2004.

GOMES, P. C. da C. O conceito de região e sua discursão. In: CASTRO, I. E. de.; GOMES, P. C. da C.; CORRÊA, R. L. (Org.). Geografia: conceitos e temas. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001. p. 49-76.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 22. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

HADDAD, P. R. (Org.) Economia regional: teorias e métodos da análise. Fortaleza: BNB; ETENE, 1989. 694 p.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n.º 6, p. 35-45, nov./dez. 2000.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul, RS: EDUCS, 2003. 256 p.

LENCIONI, S. Região e geografia. São Paulo: Edusp, 1999. 214 p.

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

MAYORGA, P. et al. Assistência farmacêutica no SUS: quando se efetivará? In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Org.). Gestão em saúde: práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa, 2004. p. 197-215.

MARIN. N (Org.). Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS; OMS, 2003. 373 p.

MISOCZKY, M. C. A. O campo da atenção à saúde após a constituição de 1988: uma narrativa de sua produção social. Porto Alegre: Dacasa, 2002. 191 p. Originalmente apresentada como tese de doutorado, Universidade do Rio Grande do Sul. [200-].

- MISOCZKY, M. C. A. Redes e hierarquias: uma reflexão sobre arranjos de gestão na busca da equidade em saúde. *RAP*, Rio de Janeiro, v. 37, n.º 2, mar./abr. 2003.
- MISOCZKY, M. C.; BASTOS, F. A. Avançando na implementação do SUS: consórcios intermunicipais de saúde. Porto Alegre: Dacasa, 1997. p. 9-25.
- MISOCZKY, M. C. A.; BECH, J. (Org.) Estratégias de organização da atenção à saúde. Porto Alegre: Dacasa; PDG Saúde, 2002. 104 p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Pautas para estabelecer políticas farmacêuticas nacionais. Genebra: Gráficas Reunidas, 1988. 639 p.
- PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Diretoria de assistência a saúde. Assistência farmacêutica no Estado de Pernambuco. Recife: Diretoria Executiva de Assistência Farmacêutica, 1998.
- PERNAMBUCO. Diretoria de Assistência à saúde. Plano Estadual de Assistência Farmacêutica/1999. Recife: Assistência Farmacêutica, 1999a.
- PERNAMBUCO. Diretoria de Planejamento em Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde Mental. Plano de assistência ambulatorial e farmacêutico de saúde mental em PE/1999. Recife: SES, 1999b.
- PERNAMBUCO. Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento Social. Projeto de Lei do Plano Plurianual 2002-2003. Mudança e desenvolvimento: governo nos municípios – planejamento e orçamento participativo. Recife: CONDEPE; FIDEN, 1999c.
- PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. Resolução n.º 322, de 03 de maio de 1999. Recife, 1999d.
- PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Plano de saúde para Pernambuco. Recife, 2000a.
- PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. Departamento de Normatização, Padronização e Assistência Farmacêutica. Plano estadual de assistência farmacêutica de Pernambuco/2000. Recife, 2000b.
- _____. Plano estadual de assistência farmacêutica de Pernambuco 2001/2002 – Recife: Diretoria de Planejamento em Saúde, 2001.
- PERNAMBUCO. Secretária de Saúde. Plano diretor de regionalização SUS/PE. Recife, 2002. 48 p.
- PERNAMBUCO. Unidade Gerencial de Atenção à Tuberculose, Hanseníase, DST/AIDS e Hepatites. Boletim Informativo DST,AIDS. Recife, a. 4, n.º 1, ago. 2004.
- RIGHI, L. B. Pirâmides, círculos e redes: modos de produzir a atenção em saúde. p. 29-46. In: MISOCZKY, M. C. A.; BECH, J. (Org.). Estratégias de organização da atenção à saúde. Porto Alegre: Dacasa, 2002a. p. 29-46.
- _____. A estratégia do programa de saúde da família: reflexões sobre algumas de suas implicações. p. 47-51. In: MISOCZKY, M. C. A.; BECH, J. (Org.). Estratégias de organização da atenção à saúde. Porto Alegre: Dacasa, 2002b. p. 47-51.
- RÜCKERT, A. A. Multidimensionalidade do poder e gestão. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Curso de Especialização de Equipes Gestoras de Sistemas e Serviços de Saúde. Disciplina Realidade Municipal. Ênfase em aspectos de territorialidade local-regional e das inovações nas estratégias. Porto Alegre, 2003a.
- _____. Territorialidade e a gestão republicana da saúde. In: _____. _____. Porto Alegre, 2003b.
- _____. Reforma do Estado, atores e a escala regional local. In: _____. _____. Porto Alegre, 2003c.

RÜCKERT, A. A.; MISOCZKY, M. C. A. Território vivido, território em mutação. In: MISOCZKY, M. C. A.; BECH, J. (Org.). Estratégias de organização da atenção à saúde. Porto Alegre, Dacasa; PDGsaúde, 2002. p. 67-76.

SÁ, C. P. de. A construção do objeto e pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.

SANTOS, M. Por uma geografia nova: da crítica da geografia a uma geografia crítica. São Paulo: Edusp, 2002. 285 p.

SCHWINGEL, B.; CAVEDON, N. R. As representações sociais dos médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas de equipes de saúde da família sobre educação em saúde. In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Org.). Gestão local em saúde: práticas e reflexões. Porto Alegre: Dacasa, 2004. p. 147-169.

SCOTTI, R. F. "Para entender a NOB-96": informações sintéticas sobre a Norma Operacional Básica 01/96 – versão de 27/08/96, aprovada pelo C.N.S. [Brasília]: Ministério da Saúde, 1996.

SERAFINI, J. M. da S. Construção de indicadores para institucionalizar-se parcerias e incrementar o SUS regional. 2004. 89f. Dissertação (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Ijuí, 2004.

VIANNA, S. M. Descentralização tutelada. Saúde em Debate. Brasília, n.º 35, 2003.

WEBER, Max. Economia y sociedad. 11. ed. México: Fondo de Cultura Económica, 1997.

WILKEN, P. R. C.; BERMUDEZ, J. A. Z. A farmácia no hospital: como avaliar? Rio de Janeiro: Agora da Ilha, 1999. 170 p.

OS ORGANIZADORES

Maria Ceci Misoczky

Graduada em Medicina (1978) com mestrado em Planejamento Urbano e Regional pela Faculdade de Arquitetura (1990) e doutorado em Administração (2002), pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atualmente, é professora adjunta do Departamento de Ciências Administrativas, coordenadora da Linha de Pesquisa Gestão em Saúde e da Área de Organizações no Programa de Pós-graduação em Administração – PGA/UFRGS. Tem experiência na área de Administração, com ênfase em Administração Pública e Estudos Organizacionais, atuando principalmente nos seguintes temas: administração pública, análise de políticas públicas, teorias organizacionais, gestão em saúde.

Paulo Eduardo Mayorga Borges

Graduado em Farmácia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1990), tem mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1993) e doutorado em Ciências Farmacêuticas pela Université de Paris XI (Paris-Sud) (1997). Hoje, é Diretor e Professor Adjunto da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e é membro de corpo editorial da Gestão, Ciência e Saúde. Tem experiência na área de Farmácia, com ênfase em Farmacotecnia e atua principalmente nos seguintes temas: primaquina, sistemas transdérmicos, absorção cutânea, pele, malária e antimalárico.

Ronaldo Bordin

Graduado em Medicina (1983), com mestrado em Educação (1989) e doutorado em Administração (1999) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Hoje, é professor associado do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, membro do Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) e vinculado ao PPG Epidemiologia. Tem experiência na área de saúde coletiva (ênfase: gestão em saúde), atuando nas linhas de sistemas de informação e apoio à decisão, tecnologias de gestão em saúde e gestão do trabalho e educação na saúde.

OS AUTORES

Cristina Maria Maués da Costa

Graduada em Farmácia (1989) pela Universidade Federal do Pará com especialização em Medicamentos pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (1992) e em Atenção Básica à Saúde pela Universidade Estadual do Pará (2002), mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2005).

Maria Ceci Araujo Misoczky

Graduada em Medicina (1978) com mestrado em Planejamento Urbano e Regional pela Faculdade de Arquitetura (1990) e doutorado em Administração (2002), pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atualmente, é professora adjunta do Departamento de Ciências Administrativas, coordenadora da Linha de Pesquisa Gestão em Saúde e da Área de Organizações no Programa de Pós-graduação em Administração – PGA/UFRGS. Tem experiência na área de Administração, com ênfase em Administração Pública e Estudos Organizacionais, atuando principalmente nos seguintes temas: administração pública, análise de políticas públicas, teorias organizacionais, gestão em saúde.

Mary Jane Limeira de Oliveira

Graduada em Bioquímica pela Universidade Federal do Maranhão (1984), com especialização em Assistência Farmacêutica pela Escola de Saúde Pública do Ceará (2002) e mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2005). Atuou como supervisora de Assistência Farmacêutica da Gerência de Estado de Qualidade de Vida (1996 a 2002), Subgerente de Desenvolvimento do Sistema de Saúde (2002 a 2004) e atual Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Maranhão. (2006-2009).

Mônica Maria Henrique dos Santos

Graduada em Farmácia e Bioquímica (1980) com habilitação em Farmácia Industrial (1984) pela Universidade Federal de Pernambuco, tem especialização em Administração Hospitalar (1999), MBA Gestão em Organização de Hospitais (2001) pela Faculdade de Ciências da Administração – FCAP/UFPE e mestrado em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2005). Atuou como gerente do Departamento de Normatização, Padronização e Assistência Farmacêutica (2001-2004), é atual Coordenadora da Área de Assistência Farmacêutica à Saúde Indígena no Distrito Sanitário Indígena de Pernambuco – DESEI-PE e do Departamento de Saúde Indígena DESAI/Fundação Nacional de Saúde.

Ronaldo Bordin

Graduado em Medicina (1983), com mestrado em Educação (1989) e doutorado em Administração (1999) pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atualmente, é professor associado do Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, membro do Conselho Estadual de Saúde (CES/RS) e vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Além disso, tem experiência na área de saúde coletiva, com ênfase em Gestão em Saúde, atuando nas linhas de sistemas de informação e apoio à decisão, tecnologias de gestão em saúde e gestão do trabalho e educação na saúde.