

RODRIGO CÉSAR FALEIRO DE LACERDA

**ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MUNICÍPIOS A
LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS**

BRASÍLIA, 2013

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

RODRIGO CÉSAR FALEIRO DE LACERDA

**ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MUNICÍPIOS A
LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre junto a Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Professor Dr. Rafael Mota Pinheiro

**BRASÍLIA
2013**

RODRIGO CÉSAR FALEIRO DE LACERDA

**ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MUNICÍPIOS A
LUZ DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS**

Dissertação apresentada à Universidade de Brasília, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, para obtenção do título de Mestre.

Aprovada em dia 01 de fevereiro de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Rafael Mota Pinheiro
(UNB)

Prof. Janeth de Oliveira Naves
(UNB)

Prof. Maria Fátima Souza
(UNB)

Prof. Noêmia Urruth Leão Tavares
(UNB)

Dedico este trabalho a minha esposa Fátima pelo apoio e dedicação dispensada em todos os momentos de minha vida e, em memória, ao meu pai que apesar de distante continua me incentivando e encorajando nos momentos mais difíceis.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por sua presença em mais uma realização em minha vida.

A minha esposa Fátima e aos meus filhos Júlia, Geovana e Vítor César, pelo apoio, colaboração e compreensão em todos os momentos que tive ausente.

A minha mãe que sempre me incentivou e deu força em todos os meus desafios.

Ao meu orientador professor Dr. Rafael Mota Pinheiro pelo apoio e dedicação dispensada para que eu pudesse encontrar o melhor caminho para a realização desse trabalho.

Ao Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde CONASEMS que possibilitou a realização deste mestrado.

Aos professores, Dr. Márcio Florentino Pereira e Dr. Gino Chaves Rocha pelo apoio e contribuição dispensada ao trabalho.

Aos ilustres professores do curso de saúde coletiva da UNB que muito contribuíram para o meu crescimento intelectual.

Aos amigos Nardi e Enio pelo apoio e compreensão que foi indispensável para que eu concluísse este projeto.

Aos colegas do CONASS, em especial a amiga Loren pelo apoio e colaboração dispensada.

Aos colegas de curso que compartilharam muitos momentos de aprendizagem.

Aos amigos do Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde DAF, que apoiaram e contribuíram na divulgação da pesquisa.

Aos entrevistados pelo tempo desprendido, e participação efetiva nesta pesquisa.

Enfim a todos que contribuíram para a conclusão desse estudo

RESUMO

Esta pesquisa descreve a organização da assistência farmacêutica nos municípios à luz da Política Nacional de Medicamentos. Devido a grande relevância do tema para o Sistema Único de Saúde, a expectativa deste projeto é descrever e analisar a percepção dos gestores municipais e as possíveis dificuldades na implantação da assistência farmacêutica nos municípios frente às responsabilidades municipais definidas na Política Nacional de Medicamentos (PNM). Utilizando o método quantitativo de investigação, a pesquisa foi realizada por meio de um questionário eletrônico com vinte e oito perguntas estruturadas, que foram aplicadas junto aos gestores ou responsáveis pela Assistência Farmacêutica nos municípios. Dos 5568 municípios brasileiros obtivemos um total de 954 respostas, desta forma, observou-se uma homogeneidade das respostas, tanto em relação ao porte dos municípios, quanto em relação às cinco regiões do país. Os dados foram tabulados segundo frequência em que aparecem, bem como a média relativa. Partindo de um referencial teórico que deram embasamento e sustentabilidade as discussões, ao analisar as respostas obtidas, concluiu-se que a maioria dos gestores compreende a importância de desenvolverem ações que promova e fortaleça a Política Nacional de Medicamentos, porém somente 3,6% consideraram a Assistência Farmacêutica totalmente estruturada em seus municípios. Os obstáculos apontados pelos gestores que participaram da pesquisa são muitos, como insuficiência de recurso financeiro, falta de estrutura adequadas das unidades, falta de apoio por parte de alguns estados, pouco empenho na promoção do uso racional, e a fragilidade na organização do ciclo e do sistema logístico em grande parte dos municípios, mostrando o quanto a assistência farmacêutica ainda é incipiente no Brasil no contexto da Política Nacional de Medicamentos. Frente aos grandes desafios que os gestores do Sistema Único da Saúde (SUS) tem tido para estruturação da Assistência Farmacêutica no Brasil, os dados obtidos nesta pesquisa vem reforçar a necessidade das três esferas de gestão empenhar para oferecer assistência farmacêutica de forma plena e com qualidade, sempre observando os princípios da Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica.

Palavras-chave: Uso de Medicamentos; Sistema Único de Saúde; Atenção Básica.

ABSTRACT

This research describes the organization of pharmaceutical services in cities according to the National Drug Policy. Due to the great importance of this subject for the Unified Health System, the expectation of this project is to describe and analyze the perceptions of city managers and the possible difficulties in the implementation of pharmaceutical care in the cities in front of the responsibilities defined by the National Drug Policy (PNM) for the cities.

Using the quantitative research method, this research was conducted through an electronic questionnaire with twenty-eight structured questions, which were applied to the managers or people in charge of Pharmaceutical Assistance in the cities. We have obtained 954 responses out of the 5.568 Brazilian cities; thus, it was observed homogeneity of responses related to both the size of the cities and the five regions of the country. The data was tabulated according to the frequency in which they appear and the relative average.

From a theoretical foundation giving basis and sustainability to the discussions, when analyzing the obtained responses, it was concluded that most managers understand the importance of developing actions to promote and strengthen the National Drug Policy, but only 3.6% considered Pharmaceutical Assistance totally structured in their cities. Many obstacles were mentioned by managers who participated in the survey, such as lack of financial resources, lack of adequate structure of units, lack of support from some states, little commitment with the promotion of rational use, and weakness in the organization of the cycle and logistic system in most cities, evidencing how pharmaceutical care is still incipient in Brazil in the context of the National Drug Policy. In front of the great challenges faced by the managers of the Unified Health System (SUS) to structure the Pharmaceutical Care in Brazil, the data obtained in this study reinforces the need for commitment, at the three levels of government, to a comprehensive and good quality pharmaceutical care, always observing the principles of the National Drug Policy and Pharmaceutical Care.

Keywords: Drug Use; Unified Health System; Primary Care.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Percentual dos entrevistados conforme ocupação..... | 42 |
| Figura 2 – Estruturação da assistência farmacêutica nos municípios..... | 43 |
| Figura 3 – Área da SMS responsável pelas atividades da AF | 44 |
| Figura 4 – Categoria profissional e a dispensação dos medicamentos..... | 45 |
| Figura 5 – Municípios e suas relações próprias de medicamento..... | 45 |
| Figura 6 – RENAME como referência para disponibilizar medicamentos | 46 |
| Figura 7 – Fatores na seleção de medicamentos do município. | 47 |
| Figura 8 – Padronização de outros medicamentos além da RENAME | 47 |
| Figura 9 – Fatores para escolha e aquisição dos medicamentos..... | 49 |
| Figura 10 – Fatores ligados a não disponibilidade de medicamentos..... | 50 |
| Figura 11 – Associação entre os municípios por intermédio de consórcio...51 | |
| Figura 12 – O porquê dos municípios não associarem ao consórcio..... | 52 |
| Figura 13 – A contribuição da descentralização dos recursos financeiros no processo de coordenação e execução da Assistência Farmacêutica | 53 |
| Figura 14 – Representa se o critério populacional como base de definição de valores a serem repassados aos municípios é o mais adequado | 53 |
| Figura 15 – Valor do incentivo financeiro e AF básica | 54 |
| Figura 16 – A participação do estado no aporte financeiro e técnico na garantia dos medicamentos essenciais da atenção básica..... | 55 |
| Figura 17 – O acompanhamento da política de AF nos municípios | 55 |
| Figura 18 – A utilização dos sistemas nacionais básicos no planejamento da assistência farmacêutica nos municípios. | 56 |
| Figura 19 – Disponibilidade de sistema de informação para o gerenciamento da assistência farmacêutica nos municípios..... | 56 |
| Figura 20 – Setores que o sistema de informação contempla..... | 57 |
| Figura 21 – Frequência de promoção do URM | 58 |
| Figura 22 – Formação profissional e dispensação de medicamentos..... | 58 |
| Figura 23 – Processo de capacitação continuada no município..... | 59 |
| Figura 24 – Ações de vigilância sanitária | 60 |
| Figura 25 – Laboratórios oficiais e medicamentos nos municípios | 60 |
| Figura 26 – Infraestrutura das centrais farmacêuticas e das farmácias | 61 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 – Número de municípios por região | 41 |
| Tabela 2 – Número de municípios por porte populacional | 41 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

AF – Assistência Farmacêutica

AFB – Assistência Farmacêutica Básica

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEME – Central de Medicamentos

CGR – Colegiados de Gestores Regionais

CIR – Comissões intergestores Regionais

CMED – Câmara Técnica de Medicamentos

COAP – Contrato Organizativo de Ação Pública

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

FNT – Formulário Terapêutico Nacional

GM – Gabinete do Ministro

HÓRUS – Sistema Nacional de Informação da Assistência Farmacêutica do SUS

INPI – Instituto Nacional da Propriedade Industrial

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Normas Operacionais de Assistência à Saúde

NOB – Normas Operacionais Básicas

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Mundial de Saúde

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

P&D – Pesquisa e Desenvolvimento

PPI – Programação Pactuada Integrada

QUALIFAR-SUS – Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no SUS

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RENASES – Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SINITOX – Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológica

SUS – Sistema Único de Saúde

UNB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 OBJETIVOS | 15 |
| 2.1 Objetivo Geral | 15 |
| 2.2 Objetivos específicos | 15 |
| 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 16 |
| 3.1 Reforma Sanitária Brasileira | 16 |
| 3.2 Política Nacional de Assistência Farmacêutica | 18 |
| 3.3 Política Nacional de Medicamentos | 19 |
| 3.3.1 Diretrizes da Política Nacional de Medicamentos | 21 |
| 3.3.1.1 Reorientação da Assistência Farmacêutica | 21 |
| 3.3.1.2 Regulamentação Sanitária de Medicamentos | 23 |
| 3.3.1.3 Garantia da segurança, eficácia e qualidade medicamentos... .. | 24 |
| 3.3.1.4 Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais | 25 |
| 3.3.1.5 Promoção do Uso Racional de Medicamentos | 29 |
| 3.3.1.6 Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos | 32 |
| 3.3.1.7 Promoção da Produção de Medicamentos | 35 |
| 3.3.1.8 Desenvolvimento científico e tecnológico | 38 |
| 4 MÉTODOS | 40 |
| 5 RESULTADOS | 41 |
| 6 DISCUSSÃO | 62 |
| 7 CONCLUSÃO | 68 |
| 8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 71 |
| 9 APÊNDICE | 77 |
| APÊNDICE I – Questionário | 86 |
| APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 73 |

1 INTRODUÇÃO

A estruturação da Assistência Farmacêutica (AF) tem tornado um grande desafio para os gestores do Sistema Único da Saúde (SUS) que buscam oferecer serviços de forma eficaz e eficientes no fornecimento dos medicamentos. O desenvolvimento de um planejamento estratégico da Assistência Farmacêutica com foco nas necessidades de saúde da população relaciona-se a oferta de serviços de melhor qualidade, com conseqüente estímulo a promoção do uso racional de medicamentos essenciais no SUS e não apenas à logística de adquirir, armazenar e distribuir medicamentos⁵⁶. Para se conseguir estruturar a Assistência Farmacêutica de forma sólida nos municípios é preciso agregar valores às ações e aos serviços de saúde, qualificando os profissionais e selecionando medicamentos mais seguros, eficazes e custo-efetivos.

A falta de um planejamento integrado com as demais áreas da saúde leva a uma fragmentação do sistema que acaba comprometendo a implementação da Assistência Farmacêutica em padrões aceitáveis de qualidade. O enfrentamento destes desafios requer ações articuladas dos gestores da saúde para que se possam aproximar os aspectos logístico-administrativos da Assistência Farmacêutica com os processos de atenção à saúde dos cidadãos. A Política Nacional de Assistência Farmacêutica do SUS é um dos principais pilares da Política de Saúde do Brasil, fato que se confirma pelo papel dos medicamentos no processo do cuidado à saúde e pela quantidade de recursos financeiros, materiais e de recursos humanos que são despendidos para a organização de todo o processo de aquisição, distribuição e organização. A saúde de uma população não depende apenas dos serviços de saúde e do uso dos medicamentos, entretanto, é inegável a contribuição dos medicamentos no cuidado à saúde.

As dimensões referidas se encontram intimamente relacionadas à Assistência Farmacêutica, que é entendida como parte do cuidado à saúde individual ou coletiva, tendo no medicamento o insumo essencial, cujo acesso deve ser garantido, na prerrogativa do uso racional.⁶²

A aquisição dos medicamentos e insumos deve ser programada adequadamente para garantir a qualidade dos medicamentos, como também disponibilizar protocolos clínicos, diretrizes de tratamento e formulários terapêuticos,

visando prescrição e dispensação mais responsável, com orientação de uso e monitoração de possíveis reações adversas.

Houve nos últimos tempos uma ampliação no acesso aos medicamentos, com grande aumento do recurso financeiro em Assistência Farmacêutica pelas três esferas de gestão, porém ainda assim é insuficiente, tanto pela quantidade de inovações tecnológicas que são incorporadas no mercado, pelo aumento da pressão da demanda decorrente do crescimento do país, quanto pela busca desenfreada pela população de medicamentos novos, às vezes com pouca inovação. Desta forma é necessário direcionar a estratégia da Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica no Brasil, enfocando o indivíduo, sua família e a comunidade com suas necessidades de saúde, buscando, assim, a garantia da atenção integral, unindo as demais necessidades e problemas de saúde da população, tanto individual quanto coletiva, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais e ampliando o acesso equitativo com o uso racional.

Para obter uma boa organização da Assistência Farmacêutica nos municípios, devemos envolver cada esfera de gestão do SUS com iniciativas que estimulam uma nova forma de organizar e adequar o modelo de atenção que melhor responde as necessidades de saúde da população, garantindo as responsabilidades definidas na Política Nacional de Medicamentos (PNM), o que contribui muito para o seu fortalecimento. Faz-se ainda necessário destacar que as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos a serem trabalhadas pelas três esferas de Governo e implementadas por ações específicas devem ser detalhadas nas diversas responsabilidades e metas a serem cumpridas por cada ente da federação, sempre observando a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME).

Desde a constituição, que propõem a descentralização das ações e serviços de saúde, ela vem acontecendo de forma gradativa, mas nos últimos anos, este processo vem fortalecendo e os municípios, cada vez mais, estão assumindo mais responsabilidades, com isso aumentando sua força de trabalho e, conseqüentemente, os seus investimentos em saúde. Na assistência Farmacêutica não é diferente, por isso devemos analisar como esta acontecendo esta descentralização e se cada ente vem assumindo suas responsabilidades definidas na PNM.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

– Identificar as dificuldades na implantação da Assistência Farmacêutica nos municípios frente às responsabilidades municipais definidas na Política Nacional de Medicamentos (PNM).

Contribuir para o fortalecimento do Núcleo de Assistência Farmacêutica do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) junto aos gestores, sendo uma importante ferramenta para orientar o trabalho e as tomadas de decisões do CONASEMS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar as diretrizes e o cumprimento das responsabilidades previstas na Política Nacional de Medicamentos, mais especificamente referente às treze responsabilidades dos gestores municipais previstos na PNM.
- Descrever e analisar a implementação da Política Nacional de Medicamentos segundo percepção dos gestores municipais de saúde.

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

No Brasil uma das grandes mudanças no seu processo político, econômico e social, e uma das mais importantes, foi à Reforma Sanitária que deu início, na década de 70, com a luta contra a ditadura. O marco deste movimento ocorreu em 86, durante a VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília, cujas propostas foram defendidas na Assembleia Nacional Constituinte criada em 1987. A Nova Constituição Brasileira, promulgada em 1988, incorporou grande parte destas ideias e garantiu o direito à saúde para todo cidadão, transformando-a num dever do Estado, através da criação de um sistema de acesso universal e igualitário, com ações voltadas para sua promoção, proteção e recuperação.¹³

O movimento da Reforma Sanitária tinha como objetivo criar um sistema de saúde que fosse universal, que todos pudessem ter acesso, independente de terem contribuído. Outro pilar era sair de um sistema basicamente de ações curativas para um sistema que desenvolvesse ações preventivas e curativas, mas que, pra isso, fossem descentralizadas a gestão e o financiamento.

O fundamento legal do Sistema Único de Saúde (SUS) é a Constituição Federal de 1988, regulamentado na Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde; e da Lei Federal n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que trata do financiamento da saúde e da participação popular. A promulgação da Lei Orgânica da Saúde – Lei Federal n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.⁴

O processo de descentralização, próprio de um sistema hierarquizado e regionalizado, foi feito, em um primeiro momento, por meio da municipalização das ações de saúde regulamentada pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) de 1991, 1993 e 1996 – NOB/SUS 91 NOB/SUS 93 e NOB/SUS 96 – com papel primordial para essa última que, dentre outras coisas, instituiu mecanismos de repasses financeiros diretos da União para os Municípios, passo decisivo do processo.

Após as Leis Orgânicas da Saúde, houve a necessidade de regulamentar as leis publicadas, por isso foi elaborada a Norma Operacional da Saúde (NOB 91) que apontava para a descentralização, fato este que não aconteceu. Com a reedição da NOB 93 que teve como base a descentralização das ações e serviços de saúde, assumiu-se a prioridade de fazer cumprir a lei no quesito da descentralização, que implicava na redistribuição de poder e redefinição dos papéis dos gestores das três esferas de governo, estabelecendo também suas relações.

Em 2001, foi aprovada a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) que, dentre outras coisas, propôs a regulação de processos de articulação dos municípios e de regionalização, movimentos necessários para qualificar as bases da municipalização, evitar a pulverização das ações e recursos da saúde e garantir a equidade da saúde frente à grande heterogeneidade do território nacional. Com a implantação da NOAS a gestão municipal assume gradativamente a responsabilidade de organizar e gerir o Sistema Municipal de Saúde, com foco na Atenção Básica tanto no caráter coletivo quanto individual, com ações voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

Em 2006 com o propósito de consolidação do Sistema Único de Saúde, foi acordado entre os gestores do SUS, o Pacto Pela Saúde com suas três dimensões: Pacto de Gestão que abordou aspectos como descentralização; regionalização solidária; financiamento com integração das várias formas de repasse de recursos federais; planejamento e programação pactuada e integrada (PPI); regulação; controle social, gestão do trabalho e educação na Saúde; o Pacto pelo SUS abordou principalmente o fortalecimento e a consolidação do SUS, a partir do investimento em iniciativas que promoviam a repolitização do setor, a mobilização social, a cidadania e a saúde como direito, além de garantir o financiamento segundo as necessidades do sistema; o Pacto pela Vida firmou o compromisso dos gestores com as prioridades da saúde, sendo seis as eleitas por ocasião de sua divulgação: 1) Saúde do Idoso; 2) Controle do câncer do colo do útero e da mama; 3) Redução da mortalidade infantil e materna; 4) Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias (com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza); 5) Promoção da Saúde e 6) Fortalecimento da Atenção Básica.

Recentemente foi publicado o Decreto n. 7508/11, que regulamenta a lei 8080 e visa o fortalecimento e a consolidação das diretrizes e ações do Pacto pela Saúde; o fortalecimento das relações interfederativas por meio da regulamentação de várias

diretrizes, dentre elas, o pacto interfederativo que será consolidado através do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), e criação das Comissões Intergestores Regionais (CIR) em substituição aos antigos Colegiados de Gestores Regionais (CGR). Este decreto busca dar mais transparência as estruturas do sistema, com definições de responsabilidades aos entes federados aumentando, desta forma, a segurança jurídica.

O Decreto 7508 no seu capítulo IV trata da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) que compreende todas as ações e serviços que o Sistema Único de Saúde SUS irá oferecer aos usuários, e da relação Nacional de Medicamentos RENAME que compreende a seleção e a padronização de medicamentos no SUS e dispõe sobre Protocolos Clínicos e Diretrizes terapêuticas.

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) é parte integrante da Política Nacional de Saúde e, portanto, deve ser compreendida como uma política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais se destacam as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao sistema de saúde do país e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde.⁵

A PNAF está fundamentada na descentralização da gestão da Assistência Farmacêutica, na promoção do uso racional de medicamentos, na otimização, e na eficácia do sistema de abastecimento no setor público, envolve também 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, sempre com o objetivo de dar uma melhor qualidade de vida para a população.

A consolidação desse novo modelo origina desafios, como por exemplo: identificação da situação epidemiológica dos municípios, identificação dos pacientes em situação de esquemas terapêuticos crônicos, definição do perfil de consumo de medicamentos no município, identificação de pacientes com baixa adesão a terapias

prescritas, a fim de atuar no sentido de melhorar a efetividade dos tratamentos entre outros.⁴⁷

Esta política estabeleceu responsabilidades, inclusive de financiamento, para cada nível de gestão e é considerado o marco inicial de um conjunto de discussões na sociedade sobre a necessidade de uma Política de Assistência Farmacêutica de caráter sistêmico, multidisciplinar e definida como: grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade.²⁰

Como parte da Política, a portaria 4217 de Dezembro de 2010 regulamenta e aprova as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, as responsabilidades executivas dos entes, em especial da esfera municipal e define o Elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, considera-se um avanço, no seu artigo 5º, a possibilidade de utilizar 15% do recurso financeiro dos estados e municípios definidos para a assistência farmacêutica na sua estruturação.

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

A Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998, o Ministério da Saúde aprovou e homologou a Política Nacional de Medicamentos (PNM), a qual tem como objetivo *garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, além de promover o uso racional e dar acesso à população àqueles medicamentos considerados essenciais.*²⁰

Desde então, o Brasil vem passando por importantes transformações nesse aspecto, destacando-se entre elas a elaboração da PNM. Aprovada pela Comissão Intergestores e pelo Conselho Nacional de Saúde, a PNM é considerada o primeiro posicionamento formal e abrangente do governo brasileiro sobre a questão dos medicamentos no contexto da Reforma Sanitária. Formulada com base nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde, a PNM expressa às principais diretrizes para o setor com o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade desses produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.⁵²

A PNM reorienta um modelo de atenção e deve ser observada pelos gestores como uma prioridade do Sistema de Saúde, buscando o fortalecimento da Assistência Farmacêutica nos municípios, além de definir as responsabilidades de cada esfera de gestão do SUS, contribuindo muito para o seu desempenho.

O Uso Racional de Medicamentos é uma das diretrizes da Política Nacional de Medicamentos e define prioridades que é parte integrante da Política Nacional de Saúde, sendo amparada pela Lei n.º 8.080/90, a qual estabelece a “formulação da política de medicamentos [...] de interesse para a saúde” com campo de atuação do Sistema Único de Saúde.

Segundo a OMS, cerca de 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados e vendidos de forma inadequada, mostrando o quanto é importante à promoção do uso racional de medicamentos, com a qual iremos reforçar informações quanto às repercussões sociais e econômicas do receituário médico no tratamento de doenças, além dos riscos da automedicação, da interrupção ou da troca da medicação prescrita, bem como à necessidade da receita médica para a dispensação de medicamentos controlados, garantindo, assim, o acesso aos medicamentos com segurança, eficácia, qualidade.

Há ainda vários fatores que influenciam o consumo de medicamentos e que são importantes para a PNM, tais como: indicadores demográficos, o processo de envelhecimento populacional, além de novos procedimentos terapêuticos com utilização de produtos de alto custo, bem como o aumento da demanda por medicamentos de uso contínuo, em doenças cardiovasculares e reumáticas, por exemplo.

No Brasil a Assistência Farmacêutica é considerada como um dos componentes da promoção integral à saúde, partindo do pressuposto que o medicamento é instrumento para o aumento da resolutividade do atendimento ao usuário.³⁷

Para a obtenção dos objetivos estipulados na PNM, os gestores do SUS, nas três esferas de Governo, devem atuar em parceria e seguir as oito diretrizes: adoção de Relação de Medicamentos Essenciais; Regulamentação Sanitária de Medicamentos; reorientação da Assistência Farmacêutica; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; promoção do Uso Racional de Medicamentos; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos; e desenvolvimento e capacitação de Recursos Humanos.²⁴

A PNM deve ser gerida no Sistema Único de Saúde pelas três esferas do Governo e estar de acordo com as diretrizes fixadas:

3.3.1 Diretrizes da Política Nacional de Medicamentos

3.3.1.1 Reorientação da Assistência Farmacêutica

A regulamentação da Constituição Federal, específica para a área da saúde, foi estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90), que em seu Artigo 6º determina como campo de atuação do SUS, a formulação da política de medicamentos. Atribui, ainda, ao setor saúde a responsabilidade pela execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.¹⁴ Esta lei consagra os princípios de descentralização das ações e serviços de saúde e de municipalização da gestão, definindo papéis e atribuições dos gestores nas três esferas de gestão.

A estrutura organizacional responsável pela Assistência Farmacêutica deve estar inserida e formalizada no organograma das Secretarias Municipais para que se tenha visibilidade e seja garantida a execução da sua função, já que a subordinação desta área, quando informal, dificulta a concretização e dispersa as ações inerentes a ela.

Para tanto, uma das condições básicas para proporcionar a qualificação do acesso e promover o uso racional dos medicamentos é garantir, no conjunto do sistema de saúde, farmácias com serviços e ambientes adequados, onde as áreas físicas sejam planejadas e capazes de oferecer condições para acolher o usuário com dignidade e respeito; de facilitar o diálogo entre o farmacêutico e o usuário do medicamento; de garantir que os medicamentos mantenham sua integridade física e química; de proporcionar boas condições de trabalho àqueles que realizam o atendimento dos usuários do sistema. Enfim, o ambiente das farmácias deve proporcionar condições para que os serviços atendam as premissas da humanização, do uso racional dos medicamentos, da otimização dos recursos, da educação em saúde e da educação permanente dos profissionais de saúde.³³

Com a necessidade de se pensar em todas as atribuições voltadas ao desenvolvimento das atividades relacionadas à assistência farmacêutica, as

secretarias municipais de saúde, devem observar na sua gestão, a fundamental importância de cumprir o seu papel de comprar, distribuir, promover o uso racional e principalmente a eficiência do ciclo e do sistema logístico.

A seleção de medicamentos é o início do ciclo, e é essencial para a racionalização, onde a partir das necessidades apontadas nos indicadores de saúde, se definem o medicamento mais eficaz, seguro e o mais custo efetivo. A seleção dos medicamentos deve ser baseada nos critérios epidemiológicos e farmacoeconômicos, além de considerar a eficácia (evidências clínicas) e segurança dos medicamentos, evitando as pressões mercadológicas e de relações interpessoais, minimizando o modelo estruturado com base na consulta médica e no atendimento automático da demanda por ela gerada.

Uma das estratégias é trabalhar com conceito de lista de medicamentos, esta lista deve orientar e racionalizar o suprimento de medicamentos e as ações de assistência farmacêutica no setor público, sendo uma importante vertente para o uso racional de medicamentos. A adoção da lista de medicamentos essenciais com referência para seleção de medicamentos, como protocolos clínicos, formulário terapêutico influencia positivamente na prevenção e no tratamento de doenças prevalentes e relevantes para o país.⁴⁴

A seleção de medicamentos possibilita ganhos terapêuticos e econômicos, sendo os ganhos terapêuticos aqueles relacionados à promoção do uso racional e à melhoria da qualidade terapêutica, e os econômicos aqueles que se referem à racionalização dos custos dos tratamentos.⁴⁷ Dessa forma, uma lista padronizada de medicamentos é um instrumento que favorece a qualidade na assistência, produzindo resolutividade nas intervenções e desdobrando-se na incorporação de uma visão construtiva de sustentabilidade do sistema de atenção à saúde no nível municipal.

No âmbito específico, é fundamental que os gestores racionalizem a utilização dos medicamentos desde a prescrição até a utilização por parte do usuário. Uma alternativa seria estimular a criação de Comissões Municipais de Farmácia e Terapêutica que promovam a confecção de protocolos clínicos no tratamento das principais patologias crônicas, propondo desde a padronização racional dos medicamentos até a prescrição destes. Além disso, os gestores municipais poderiam gerar informações sobre a utilização correta dos medicamentos junto aos usuários da rede, promovendo a implantação de um serviço de atenção farmacêutica

centrado no seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico, buscando melhorar a adesão ao tratamento prescrito e a identificação e prevenção de problemas relacionados aos medicamentos. Entretanto, torna-se necessário desenvolver modelos que atendam a demanda infinitamente crescente e, ao mesmo tempo, não desumanizar o serviço.²

3.3.1.2 Regulamentação Sanitária de Medicamentos

Em 1999, o Ministério da Saúde (MS) criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), uma autarquia caracterizada pela missão de proteger e promover a saúde. Nesse contexto, no tocante aos medicamentos, a ANVISA tornou-se o órgão responsável pela fiscalização do controle de qualidade na fabricação dos medicamentos.^{52,55} No mesmo ano ocorreu a regulamentação da Lei dos Genéricos, contribuindo para a garantia do acesso da população brasileira aos medicamentos essenciais por um preço reduzido e ao mesmo tempo com suas necessárias segurança e eficácia, possibilitando seu intercâmbio com o medicamento de referência.³⁷

A regulamentação sanitária de medicamentos deve enfatizar os aspectos relativos ao registro de medicamentos e autorização de funcionamento de empresas, bem como as restrições daqueles sujeitos a controle especial e tem como objetivo garantir *eficácia, segurança, qualidade e custo* aos produtos farmacêuticos.²⁰

No Brasil, em um contexto federal, a ANVISA tem demonstrado muita responsabilidade em seu trabalho de fiscalizar o registro de medicamentos e garantir que chegue até o paciente/população um medicamento de qualidade, segurança e eficácia.

Os estudos clínicos dos medicamentos de referência, a bioequivalência ou biodisponibilidade relativa e testes de equivalência dos medicamentos similares e genéricos são meios de avaliar a *eficácia* e a *segurança*. A qualidade é garantida lote a lote pelas Boas Práticas de Fabricação e Controle dos produtos farmacêuticos e a certificação da empresa pela ANVISA⁴⁸, enquanto o *custo* é garantido por meio da câmara técnica de medicamento (CMED) que estabelece os critérios para fixação e ajuste de preços dos produtos farmacêuticos.

No pós-registro, a *efetividade, segurança e qualidade* dos produtos são avaliadas por meio das comprovações exigidas na renovação do registro e, principalmente, pelo programa de farmacovigilância.⁴⁸

De Seta (2007) afirma sobre a Vigilância Sanitária e depois estende para a Vigilância Epidemiológica que ela é um bem público dotado de alta externalidade. Isso significa que: seu consumo por parte do cidadão não gera custos adicionais e que todos podem dela se beneficiar; não deve ser exercida por particulares; e pela sua atuação ou omissão, existem efeitos, prejuízos ou benefícios para outros que não os diretamente envolvidos.³⁹

O gestor municipal tem por obrigação exigir na compra/licitação de medicamentos das Indústrias farmacêuticas que estejam adequadas e certificadas pela ANVISA e a responsabilidade de produzir medicamentos conforme as Boas Práticas de Fabricação e Controle podem ser exigidas em edital de licitação. Ele é responsável pela inspeção de fabricantes, pelo controle de qualidade dos medicamentos, realizando, assim, a vigilância pós-comercialização, além de ações de farmacovigilância e a regulação da promoção de medicamentos. Está encarregado, ainda, de analisar pedidos de patentes relacionados a produtos e processos farmacêuticos, em atribuição conjunta com o Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI) e com a finalidade de incorporar aspectos da saúde pública ao processo.

Os municípios são responsáveis pela gestão e execução das ações básicas em saúde, com objetivo de minimizar os riscos a saúde é prioritário para o ente municipal assumir o papel preponderante na operacionalização das ações em vigilância em saúde, assim, em municípios de pequeno porte onde não existem equipes multiprofissionais essas ações de vigilância são compartilhadas e devem ser pactuadas entre os gestores municipais e estaduais, o fato é que não pode haver omissão dos gestores que possam prejudicar o bem comum.

3.3.1.3 *Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos*

Esta diretriz é complemento da anterior regulamentação sanitária de medicamentos, a questão de segurança e eficácia de medicamentos está diretamente ligada a Vigilância em Saúde, pois é através desta que ocorre o

monitoramento de fábricas e indústrias que produzem medicamentos. Segundo a Portaria GM/MS n. 399³⁰, de 22 de fevereiro de 2006 deve ocorrer o compromisso mútuo entre Estado e Município para regulamentar as Vigilâncias em Saúde.

Outro fator importante é tomar decisões com base nas informações obtidas pela Vigilância em Saúde torna a política mais segura, eficaz e econômica, principalmente no quesito aquisição de medicamentos eficazes e de qualidade. Além disso, conhecer as condições e os problemas de saúde da população exige observar a desigual distribuição do risco e do adoecer, contextualizando-os por meio de indicadores demográficos, socioeconômicos, ambientais ou de outra ordem. Não sendo diferente na política de Assistência farmacêutica, temos que saber e monitorar de que e como a população adoecer, possibilitando um melhor planejamento para compra de medicamentos ideais para as patologias mais evidenciadas.

O Ministério da Saúde em conjunto com os estados e municípios vem trabalhando no desenvolvimento e implantação de um sistema de informação para a assistência farmacêutica (HÓRUS). Esta ferramenta está contribuindo para a melhoria da gestão e da Atenção Farmacêutica e ao mesmo tempo está produzindo informações importantes sobre a Assistência Farmacêutica, o que possibilitará um monitoramento e avaliação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, além do seu fortalecimento.

3.3.1.4 Adoção de relação de medicamentos essenciais

A produção de medicamentos sintéticos teve início com a revolução tecnológica. Com isso, houve um grande desenvolvimento das indústrias farmacêuticas, e a partir deste momento, observou-se o crescimento da importância da distribuição e do acesso da população a esses medicamentos.¹⁰

Em 1964 foi estabelecida a primeira lista de medicamentos essenciais no Brasil – Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário – através do Decreto n. 53.612. Entretanto, a ideia de uma política pública de Assistência Farmacêutica teve início com a criação da Central de Medicamentos (CEME) em 1971.⁵⁷

A CEME tinha como objetivo a fiscalização da produção de medicamentos e a distribuição destes para a população de baixo poder aquisitivo. Com o Decreto n. 72.552 de 30 de julho de 1973, o Plano Diretor de Medicamentos foi oficializado. Por meio deste, foram definidas a adoção de medidas para a produção, a comercialização e a diversificação de medicamentos, bem como a capacitação de recursos humanos e apoio ao desenvolvimento da pesquisa científica e tecnológica. Dentre as políticas do Plano Diretor de Medicamento, a principal delas foi o estabelecimento e a oficialização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, que foi padronizada e conhecida como RENAME através da Portaria MPAS n. 233 de 08 de julho de 1975.^{11,58}

Apesar da literatura disponível não citar, foi através da Portaria MPAS/GM n. 514, de 18 de outubro de 1976, que se deu a primeira homologação da Relação Nacional de Medicamentos Básicos (RMB), aprovada pelo Conselho Diretor da CEME conforme Resolução n. 92 de 29/09/1976, medicamentos estes a serem utilizados, na rede própria de assistência à saúde, com recursos financeiros do governo federal. Esta RMB é constituída de 300 substâncias, em 535 apresentações.¹²

Em 1987, entrou em operacionalização a Farmácia Básica, que foi uma proposta governamental para racionalizar o fornecimento de medicamentos para a Atenção Básica de Saúde.⁸ Foi idealizada como um módulo-padrão de suprimento de medicamentos selecionados da RENAME, que permitiam o tratamento das doenças mais comuns da população brasileira. Os módulos-padrões foram planejados para atender as necessidades de três mil pessoas por um período de seis meses, constando de 48 medicamentos. Posteriormente, foram acrescentados à Farmácia Básica medicamentos de uso contínuo, totalizando 60 medicamentos considerados de maior demanda na rede pública de saúde.^{49,7}

Durante 1993 a CEME fez uma revisão da RENAME, incorporou novos medicamentos, chegando a cerca de 420 produtos. Por problemas financeiros do Ministério da Saúde (MS), neste mesmo ano, foi feita atualização da relação de medicamentos utilizados em programas de saúde sob responsabilidade desse Ministério, cuja aquisição seria feita pela CEME. A RENAME seria, então, um instrumento de racionalização de recursos financeiros das Secretarias de Saúde, representando uma responsabilidade compartilhada das três esferas de governo na Assistência Farmacêutica.⁷ Em 1997 a CEME por problemas na funcionalidade,

escassez ou excesso de alguns medicamentos, através do Decreto n. 2283, de 24 de julho foi desativada.^{18,42}

Após 15 anos da última revisão publicada no país, a RENAME foi finalmente atualizada em 1998, seguindo diretrizes recomendadas pela OMS, tendo por base a revisão feita em 1993 pela CEME, mas não divulgada, além de revisão da literatura mundial recente. Nesta nova edição, conferiu-se ênfase à avaliação de segurança e eficácia, além de se considerar a respeito da disponibilidade dos produtos no mercado interno. A nova lista continha 303 princípios ativos em 545 apresentações destinadas a atender as principais nosologias prevalentes no Brasil.²¹

Adoção de relação de medicamentos essenciais é definida pela OMS como “aqueles que satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população, os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade”. Os fármacos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) devem ser atualizados continuamente para acompanhar as mudanças nos perfis epidemiológicos das diversas regiões brasileiras. A nova RENAME, modificada no final de 2006, seguia as recomendações da OMS, que é revisão a cada dois anos, além de se firmar como ferramenta importante para o uso racional dos medicamentos e para organização da Assistência Farmacêutica.³¹

Logo após a desativação da CEME, a Portaria GM/MS n. 3.916 de 30 de outubro de 1998 definiu a Política Nacional de Medicamentos (PNM), este histórico acima citado nos faz referência ao modelo de política adotada no Brasil, tendo como diretrizes a igualdade, universalidade e gratuidade dos serviços em saúde e da entrega de medicamentos essenciais.

Assim, constituir listas de medicamentos essenciais pode ajudar o país racionalizar a compra e a distribuição de medicamentos, reduzindo custo e garantindo apropriada qualidade de atendimento.⁴⁴

A RENAME para o gestor municipal representa a diretriz principal para a Assistência Farmacêutica e para a promoção do uso racional de medicamentos. Esta relação de medicamentos servirá de base ao desenvolvimento tecnológico e científico à produção de medicamentos a serem utilizadas nos níveis estaduais e municipais de atenção à saúde. Esta é, ainda, a base fundamental para orientação da prescrição e abastecimento da rede do SUS, com redução de custo, porém, um grande desafio para a sua efetiva implementação é a sua ampla divulgação, abrangendo todos os níveis do setor público de saúde, os profissionais prescritores,

os acadêmicos da área da saúde que irão prescrever, bem como os serviços de saúde.

Recente foi publicado o decreto 7.508, de junho de 2011 que regulamenta a lei 8080/90 que traz no capítulo da Assistência à Saúde uma seção sobre Relação Nacional de Medicamentos RENAME e define no seu Art. 25: A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A RENAME será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional – FTN, protocolos clínicos e terapêuticos que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos, e serão publicados a cada dois anos.

Apesar desta terminologia, da RENAME ser a mesma preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o entendimento não é o mesmo quando se trata de medicamentos essenciais, que está voltado a assistir as necessidades de saúde da população. Tudo isso regulamentado pela Lei 12401, de 28 de abril de 2001, que altera a Lei 8080/90 para dispor sobre a Assistência Terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS, reforçando a adoção dos protocolos clínicos e formulários terapêuticos. No seu Art. 19 define que a incorporação, a exclusão ou a alteração pelo SUS de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou a alteração de protocolo clínico ou de diretriz terapêutica são atribuições do Ministério da Saúde, assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, os quais levarão em consideração, necessariamente, as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade, a segurança do medicamento, além do fator econômico. Esta alteração foi regulamentada pelo decreto presidencial 7646, de 21 de dezembro de 2001.

Outro marco legal que o decreto 7508, de 28 de junho de 2011 traz é no seu artigo Art. 27, onde o Estado, o Distrito Federal e o Município poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, e Art. 28. § 1º, onde os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à Assistência Farmacêutica, desde que questões de saúde pública o justifiquem. Isso vem de encontro com uma das responsabilidades dos municípios definida na PNM: adquirir,

além dos produtos destinados a Atenção Básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município.

É importante que haja ações que harmonizem às listas estaduais, com as municipais tendo a RENAME como referência para instituir guias e protocolos clínicos.

Neste processo de implementação destas listas é fundamental que haja adesão dos profissionais prescritores, entendendo que a RENAME é fundamentada em estudos realizados pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia e são respaldadas nos critérios de segurança, eficácia, e custo-efetividade, e que tudo isso proporciona mais segurança para quem prescreve.

3.3.1.5 *Promoção do Uso Racional de Medicamentos*

O Uso Racional de Medicamentos é uma das diretrizes da Política Nacional de Medicamentos que define prioridades como parte integrante da Política Nacional de Saúde, sendo amparada pela Lei n.º 8.080/90, a qual estabelece a “formulação da política de medicamentos [...] de interesse para a saúde” com campo de atuação no Sistema Único de Saúde.

No Brasil, o Uso Racional de Medicamentos deve ser visto como uma das prioridades do Sistema de Saúde, visto que, 50 a 70% das consultas geram uma prescrição medicamentosa. Segundo Lipton e colaboradores, “os esforços para a readequação de atividades e práticas farmacêuticas objetivando o uso racional dos medicamentos é essencial numa sociedade que os fármacos constituem o arsenal terapêutico mais utilizado” nos mostrando que há uma grande necessidade de medicamentos e da oferta deles.⁴⁶ Desta forma, atenção especial deve ser voltada às informações relativas às repercussões sociais e econômicas da prescrição de medicamentos, bem como ao processo educativo de profissionais de saúde e dos usuários.

Embora o modelo de atenção preconizado pelo SUS explicita a necessidade da promoção do uso racional de medicamentos, com certeza, o acesso aos medicamentos é importante alvo de preocupação para todos os gestores do serviço de saúde, cada um, segundo seu papel e responsabilidades, dá maior ou menor

importância às diferentes ações para garantir esse acesso^{20,28}, demonstrando assim a importância desses atores no fortalecimento da Assistência Farmacêutica.

As definições do Uso Racional de Medicamento na Política Nacional de Medicamentos envolvem ações voltadas ao desincentivo à automedicação, evitar a troca de medicamentos prescritos, à formação dos profissionais, ao combate a propaganda indiscriminada de medicamentos, ao incentivo aos genéricos e até ações intersetoriais abrangendo outros ministérios e esferas de governo.

O Uso Racional de Medicamentos, segundo a Organização Mundial da Saúde, consiste em oferecer ao paciente a medicação adequada a suas necessidades clínicas, nas doses correspondentes, por tempo adequado e ao menor custo possível para si e para a comunidade.⁶³

Os medicamentos são fundamentais para a melhoria das condições de saúde das pessoas, mas não podem ser usados de forma indiscriminada. Partindo dessa premissa é importante considerar que o acesso aos medicamentos envolve uma série de fatores, mas podemos dizer que dois fatores relacionados ao Uso Racional de Medicamentos são bastantes relevantes: o primeiro é a prescrição dos medicamentos por parte dos profissionais que, às vezes, não levam em consideração o custo, a efetividade, a segurança, a eficácia, mas sim sua preferência particular ou até mesmo influenciado por diversos aspectos; o segundo é a automedicação, necessitando de medidas de promoção e orientação a fim de diminuí-las. Atualmente, no país, o uso irracional de medicamentos está relacionado ao *Marketing* agressivo da indústria farmacêutica; pela prescrição irracional; pela venda indiscriminada de fármacos sem receita médica, que estimulam a automedicação; o incentivo ao uso de fármacos de recente comercialização e o processo da judicialização da saúde; o uso abusivo de anabolizantes, abortivos, psicotrópicos, fármacos para tratar a disfunção erétil e as pílulas do dia seguinte.³

A OMS refere à automedicação como um dos graves problemas de saúde pública e para isso temos que desenvolver ações de conscientização, junto à população, mostrando-as do risco que correm, com efeitos indesejáveis como interações medicamentosas que podem levar ao óbito.

A automedicação é um fenômeno preocupante no Brasil, aproximadamente 35% dos medicamentos consumidos no Brasil são feitos por meio da automedicação.^{6,51} Dentre as razões que levam o indivíduo à automedicação podemos destacar a dificuldade para conseguir consulta médica e de outros

profissionais de saúde e o custo dela, a limitação do poder prescritivo relacionado aos poucos profissionais de saúde, a falta de fiscalização daqueles que administram o medicamento, a influência pelos veículos de comunicação, aos fatores socioeconômico-culturais e profissionais quando são observadas as condições de trabalho.⁶

Outro fator importante é o número de intoxicações que ocorrem por medicamentos, de acordo com o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), só em 2010, os medicamentos foram responsáveis por 27,75% dos casos de intoxicações registrados no país, e por 67 óbitos; e este número pode ser ainda mais expressivo, já que há uma subnotificação em todo o Brasil.

Partindo da premissa que a maioria dos atendimentos realizados no sistema de saúde brasileiro origina prescrições de fármacos, contudo apresenta uma disponibilidade dificultada destas substâncias nas unidades, assim quando se tem acesso, acaba gerando uma preocupação da utilização correta dos medicamentos.⁵⁹ É também preocupante a não adesão ao tratamento prescrito ou seu uso em desacordo com a prescrição, além dos problemas na qualidade dos produtos, portanto, devemos ter uma atenção especial voltada às ações de promoção do Uso Racional aos prescritores, bem como ao processo educativo dos usuários.

O acesso aos medicamentos envolve uma série de fatores, dentre eles, o econômico, o político e o social. E, para o cumprimento deste direito é necessária ainda, a provisão de serviços e financiamentos públicos e privados, o que leva à promoção do uso racional de medicamentos, uma das estratégias da Organização Mundial de Saúde.⁶³

Além disso, também são objeto desse processo os profissionais prescritores dos produtos e a adoção de medicamentos genéricos, envolvendo outras esferas do Governo e a sociedade como um todo, principalmente no que diz respeito à propaganda de remédios levando a automedicação.

Sendo assim, a distribuição adequada de medicamentos no país deve ter uma política farmacêutica que respeite os regulamentos, ficando alerta para os problemas isolados.

Isso mostra o quanto é importante à promoção do uso racional de medicamentos conforme rege a Constituição Federal em seus artigos 196, 197 e 200 dando legítimo direito a todos sem discriminação à saúde e dando ao governo e

ao poder público a responsabilidade de prover o gozo desse direito. Fica estabelecida ainda a competência exclusiva do Estado nas atribuições e responsabilidades de legislação sobre produtos farmacêuticos.

A atenção farmacêutica contribui para o uso racional de medicamentos, na medida em que desenvolve um acompanhamento sistemático da terapia medicamentosa utilizada pelo indivíduo buscando avaliar e garantir a necessidade, a segurança e a efetividade no processo de utilização de medicamentos. Satisfaz as necessidades sociais ajudando os indivíduos a obter melhores resultados durante a farmacoterapia.⁴⁰

Os esforços para a readequação de atividades e práticas farmacêuticas objetivando o uso racional dos medicamentos é essencial numa sociedade que os fármacos constituem o arsenal terapêutico mais utilizado.⁴⁶

3.3.1.6 Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos

Dentre todas as diretrizes apresentadas na PNM, o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos é uma das mais importantes, pois, sem ela, o processo de operacionalização da PNM fica comprometido. Em quase todas as diretrizes apresentadas, como também nas prioridades contidas no documento, enfatiza-se a importância dos recursos humanos. O desenvolvimento e a capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programas e atividades que operacionalizam a PNM configuram mecanismos privilegiados de articulação intersetorial.²⁶

A qualificação dos serviços somente é alcançada através da capacitação permanente dos trabalhadores da Assistência Farmacêutica em curto, médio e longo prazo. A maioria das Secretarias Estaduais de Saúde (SES) conta com uma escola de saúde pública que pode, em conjunto com a instância responsável pela Assistência Farmacêutica, desenvolver e implantar um projeto específico para este fim. A organização de fóruns, seminários ou oficinas de gestão, envolvendo servidores estaduais e municipais, exercem um relevante papel como fomentador de capacitação e de apropriação de conhecimentos por parte dos técnicos que atuam na área.

Os conhecimentos técnicos e científicos para o desenvolvimento organizacional da Assistência Farmacêutica são fundamentais para uma perfeita condução da estratégia proposta, dando uma sequência lógica ao processo.

Considerando que a Assistência Farmacêutica possui um caráter sistêmico e multiprofissional, não estando restrita ao simples abastecimento de medicamentos, dependemos, essencialmente, da elaboração de diretrizes claras por parte do gestor envolvido e da capacidade de gerenciamento entre os diferentes níveis dentro do sistema, sendo, portanto, o tradutor das diretrizes em ações concretas. Há exigência de formação de profissionais capacitados e comprometidos com as necessidades da sociedade, especialmente no que se refere ao estabelecimento de uma relação adequada entre o usuário e o farmacêutico, na qual este último realiza as funções de controle do uso de medicamentos (com conhecimentos e experiência adequados), de forma comprometida com os interesses do primeiro. Assim entendido, é importante que sejam aprofundadas as reflexões sobre a ocorrência ou não desse processo no Brasil. Isto deve ser verificado tanto em relação à forma sob a qual porventura se desenvolve em nosso país, quanto sobre as possíveis estratégias que poderiam ser adotadas para que tal prática seja desenvolvida de forma harmônica e sustentada pelos compromissos exigidos pela atenção à saúde dos indivíduos e da comunidade.⁴³

De importância cada vez mais reconhecida, as questões inerentes à capacitação de Recursos Humanos ocupam um lugar de destaque nas estratégias do Plano de Ação.

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 – cujo provimento, adequado e oportuno, é de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS.⁵⁶

Pela primeira vez, desde 1999 quando iniciou descentralização dos recursos da Assistência Farmacêutica Básica – AFB, a nova portaria publicada pelo Ministério da Saúde em 1º de dezembro de 2009. Portaria GM/MS n. 2.982, de 26/11/09 autoriza os gestores estaduais e municipais a utilizarem até 15% dos recursos de suas contrapartidas em ações de estruturação e qualificação da Assistência Farmacêutica relacionada à Atenção Básica. É facultado aos gestores optarem por utilizar o percentual supracitado em conformidade com os objetivos definidos no Art. 5º da portaria, como segue:

*Art. 5º As Secretarias Municipais de Saúde, anualmente, poderão utilizar um percentual de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores dos recursos financeiros estaduais, municipais e do Distrito Federal, definidos no art. 2º desta Portaria, para atividades destinadas a adequação de espaço físico das Farmácias do SUS relacionadas à Atenção Básica, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de Assistência Farmacêutica, e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade.*³³

Também em 2009 é aprovada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, onde cabe ao município formular e promover a gestão da educação permanente em saúde e processos relativos à mesma, orientados pela integralidade da atenção à saúde, criando, quando for o caso, estruturas de coordenação e de execução da política de formação e desenvolvimento, participando do seu financiamento.³²

A Educação Permanente em Saúde propõe a implementação pelos municípios de uma série de estratégias educacionais, das simples reuniões de equipe aos processos formais por meio de instituições de ensino, sendo o “apoio institucional” a principal delas. O “apoio institucional” aproxima a gestão do cotidiano das equipes, como consequência do processo de educação permanente. É importante que a gestão enfrente os problemas identificados nas conversas, legitimando o espaço e aumentando a confiança dos trabalhadores.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a Portaria GM/MS n. 2.982, de 26/11/09 são de grande importância para a qualificação e a educação continuada para os servidores que atuam na Assistência Farmacêutica. Com o apoio financeiro da Portaria e com a obrigação imposta à gestão municipal pela Política Nacional é reconhecidamente relevante à qualificação para um trabalho eficiente.

Considerando ainda a necessidade de qualificar a Assistência Farmacêutica, com ênfase na inserção das Redes de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE/MS) apresenta o QUALIFAR-SUS – Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica.³⁴

O Programa foi pactuado na Comissão Intergestores Tripartite em abril de 2012. Em 13 de junho de 2012, foi publicada a Portaria nº1.214/GM/MS, que institui o QUALIFAR-SUS, este tem por finalidade contribuir um processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e serviços de saúde, visando uma atenção contínua,

integral, segura e humanizada. Possui como uma de suas diretrizes promover a educação permanente e fortalecer a capacitação para os profissionais de saúde em todos os âmbitos da atenção, visando ao desenvolvimento das ações da Assistência Farmacêutica no SUS.

O programa Qualifar–SUS está estruturado em quatro eixos: Eixo Estrutura, Eixo Educação, Eixo Informação e Eixo Cuidado e esta sendo implementado por etapa, porém, este programa ainda não é uma realidade em todos os municípios brasileiros, no ano de 2012 foram priorizados apenas 400 municípios.

A priorização da capacitação de Recursos Humanos possibilita a adoção e sustentação de estratégias frente às exigências da nova lógica de gestão e do novo modelo descentralizado de Assistência Farmacêutica. Reconhecendo e buscando responder a este desafio, o departamento de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde vem desenvolvendo cursos de capacitação e aperfeiçoamento dos Recursos Humanos envolvidos com medicamento, visando a ampliar a capacidade gerencial, qualificar, humanizar a assistência, e inserir estes profissionais no processo de construção e formulação de estratégias que viabilizem a implementação da PNM, com ênfase na Reorientação da Assistência Farmacêutica.

3.3.1.7 *Promoção da produção de medicamentos*

Um fato importante proporcionou um grande avanço para o desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional foi à criação da lei dos genéricos com a expiração das patentes e a conseqüente diminuição dos preços de medicamentos. Sem dúvida nenhuma, esse fato foi um grande estímulo para o desenvolvimento da indústria farmacêutica nacional, permitindo a partir daí, o surgimento de grandes empresas nacionais dedicadas quase que exclusivamente a comercialização dessa classe de medicamentos. Ainda decorrente da aprovação da lei de genéricos no Brasil, foi à necessidade premente de apoiar à criação de centros dedicados a pesquisa clínica, especialmente aqueles voltados para o desenvolvimento de estudos de bioequivalência, muitos deles apoiados pelo Ministério da Saúde.

A política de produção e comercialização de medicamentos genéricos no Brasil foi uma das prioridades da Administração Federal no período compreendido entre 1998 e 2002. Esta administração tinha como objetivo não só ampliar o acesso a

medicamentos por parte população não assistida, como, em paralelo, ampliar o mercado de medicamentos no Brasil.

A criação da Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos, através da publicação da Portaria n. 2.438 de 7 de dezembro de 2005, foi um instrumento utilizado pelo Ministério da Saúde no sentido de melhor estruturar essa produção.²⁹ Esta portaria teve como um de seus principais objetivos o desenvolvimento de ações que visassem à reorganização do sistema oficial de produção de medicamentos (o que inclui matérias-primas e insumos), garantindo o suprimento regular e adequado de medicamentos demandados pelo SUS, com ênfase nos medicamentos estratégicos, produzidos exclusivamente pelo parque fabril oficial. Quanto ao suprimento da demanda de medicamentos pelo SUS, é estimuladas medidas de apoio ao desenvolvimento de tecnologia de produção de fármacos constantes da RENAME para fornecimento regular do mercado interno, formada por laboratórios de âmbito federal e estadual, cuja produção é voltada para o atendimento dos programas do Ministério da Saúde (MS) e das Secretarias de Saúde. A maioria dos laboratórios possui linha de produção pouco diversificada, concentrando-se em medicamentos de custo mais baixo.

O papel desses laboratórios é especialmente importante no que tange ao domínio tecnológico de processos de produção de medicamentos de interesse em saúde pública e esta produção visa dar suporte às políticas nacionais de saúde de combate e controle de doenças, e de promoção do acesso a medicamentos pela população, principalmente a de baixa renda.⁵³ Com isso, essa produção contribui para minorar o problema de suprimento de determinadas drogas e reduzir os custos dos programas públicos de saúde, seja pela oferta de medicamentos a preços mais baixos ou pelo efeito indutor e regulatório que exercem sobre os preços privados.

A promoção do uso de medicamentos, principalmente os genéricos, deve ser objeto de atenção especial entre todas as esferas de governo, principalmente ao ente municipal que é responsável pela operacionalização de distribuição e dispensação. Cabe ao gestor identificar mecanismos que favoreçam a consolidação do uso destes produtos, tais como: a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nos editais, propostas, contratos e notas fiscais bem como de exigências sobre requisitos de qualidade dos produtos e a obrigatoriedade da adoção da denominação genérica nas compras e licitações públicas realizadas pela administração pública.

Muitas vezes, os fundos do SUS não são suficientes para cobrir os gastos, sendo necessários, assim, sistemas alternativos de compra e/ou financiamentos por consórcios, que trazem agilidade no processo de aquisição com economia.

Nesse sentido, para cumprir sua função social e garantir os direitos da população, impõe-se que se desenvolvam novas modalidades na Assistência Farmacêutica, contando com a participação de instituições científicas, associações de profissionais de saúde e até mesmo de associações de consumidores.

Os consórcios intermunicipais são uma prática antiga de gestão citada na Constituição paulista de 1891, na legislação federal em 1937, novamente em 1967 e suprimida por emenda constitucional em 1969.^{58,60} São melhores detalhados pelo Direito Administrativo e definidos por Torres, 1995.⁶¹

A instituição dos consórcios de saúde foi citada na Lei Orgânica da Saúde, a 8080/90 e na Lei no 8.142/90, como uma alternativa para os municípios desenvolverem as ações de saúde dentro do processo de municipalização.¹⁵

As necessidades e carências apresentadas pelos municípios de pequeno porte para a implementação de ações de saúde como otimização de estrutura física, falta de recursos materiais, apoio diagnóstico deficiente, acesso a novas tecnologias médicas, somadas à escassez de recursos humanos especializados, principalmente pela baixa remuneração – aliadas às deficiências peculiares ao interior do país, têm levado a busca de parcerias para o processo de gestão e organização dos sistemas de saúde.¹

Com a publicação da Norma Operacional Básica do Ministério da Saúde em 1996¹⁸, os Consórcios Intermunicipais de Saúde passaram a ser considerados, no contexto da regionalização e hierarquização da rede de serviços, como sendo estratégias para articulação e mobilização dos municípios, com coordenação estadual, de acordo com características geográficas, demanda, perfil epidemiológico, oferta de serviços e, principalmente, a vontade política expressa pelos diversos municípios de constituírem um consórcio ou estabelecer qualquer outra relação de caráter cooperativo.¹⁷

A formação dos consórcios tem criado modelos que são ajustados às realidades e possibilidades de oferta de serviços regionais. Muitos interesses estão em jogo na complexa conjuntura de um significativo e emergente quadro de novos consórcios que estão tendo incentivos governamentais para sua implantação. Trata-se de uma prática inovadora de gestão, que cumpre uma etapa importante no

processo de implementação do SUS e que necessita ser acompanhada pelos conselhos municipais de saúde para que funcionem efetivamente na prática cotidiana, atendendo à necessidade da população.¹

3.3.1.8 *Desenvolvimento científico e tecnológico*

A partir da Segunda Guerra Mundial, surge a indústria farmacêutica em vários países da Europa e, sobretudo, nos Estados Unidos. A indústria farmacêutica passa a utilizar os recursos da química sintética para aumentar o arsenal terapêutico. Surgem as grandes corporações farmacêuticas multinacionais, sediadas em poucos países, principalmente nos Estados Unidos, Japão, Alemanha, Suíça, Inglaterra e França.

A indústria farmacêutica pode ser caracterizada como um oligopólio diferenciado baseado nas ciências, integrando a taxonomia usual de organização industrial com a taxonomia dos processos de inovação.⁴¹

Nos últimos anos, o mercado mundial vem passando por um processo acelerado de concentração, em grande medida, a partir de uma série de fusões entre os grandes grupos, ocorridas na década de 1990 e que tem continuado no período recente. Segundo Gadelha et al. 2001, esta crescente concentração do mercado tem sido justificada principalmente em virtude das estratégias de Pesquisa e desenvolvimento (P&D), considerando os elevados gastos requeridos para o desenvolvimento e lançamento no mercado de um novo princípio ativo.⁴¹

Em virtude da intensidade de conhecimentos científicos e tecnológicos que a indústria possui, as condições locais de infraestrutura de P&D são determinantes para a estratégia de configuração global das empresas líderes. As atividades de maior densidade tecnológica associadas ao processo de P&D e à produção de princípios ativos tendem a se concentrar nos países desenvolvidos, ficando para as filiais dos países menos desenvolvidos a produção (formulação) de medicamentos, nos casos justificados pelo tamanho e dinamismo do mercado.

No Brasil, as empresas estrangeiras e nacionais, operam nos últimos estágios do processo produtivo (formulação e comercialização), porém, a articulação com outros estágios é elemento explícito no processo de competição, refletindo nas táticas e no desempenho do setor. Embora com uma infraestrutura científica

razoavelmente consolidada, o desenvolvimento tecnológico realizado no Brasil é mínimo, restrito a algumas poucas empresas privadas nacionais e a algumas organizações públicas, chamando a atenção para a desproporção do esforço de desenvolvimento tecnológico realizado em relação ao tamanho do mercado.

Em 1997, o Brasil passou a reconhecer a Lei das Patentes (Lei n. 9.279) que de um modo primitivo passou a incentivar a Pesquisa e Desenvolvimento na Indústria nacional, porém não houve nenhuma política de incentivo para isso. O Estado brasileiro, buscando fortalecer e compensar o modo primitivo de instalação da Lei das Patentes perante a indústria nacional de medicamentos implantou a Lei dos Genéricos em fevereiro de 1999 Lei 9.787. Esta buscou aumentar a capacidade de vendas de medicamentos das indústrias nacionais e com isso fortalecer também o ramo de Pesquisa e Desenvolvimento das mesmas.

4. MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa de investigação transversal no período de outubro a novembro de 2013, com abordagem metodológica quantitativa. O gestor de saúde municipal (ou coordenador da Assistência Farmacêutica) foi considerado como a unidade de análise e convidado a responder um questionário eletrônico com 28 perguntas estruturadas, onde a estratégia de organização da Assistência Farmacêutica Básica nos municípios foi considerada o objeto de estudo (apêndice I).

As respostas foram tabuladas e descritas segundo frequência ou média de avaliação e abordaram temas relacionados às diretrizes e responsabilidades atribuídas ao gestor municipal de saúde à luz da Política Nacional de Medicamentos.

Considerando o número de 5568 municípios brasileiros foi calculado que para um erro amostral tolerável de 3% seriam necessárias respostas de 926 municípios. Nessa pesquisa, obteve-se um total de 954 respostas referentes a 954 diferentes municípios, sendo excluídos todos os questionários que tinham respostas parciais. Foi observada uma homogeneidade das respostas tanto em relação ao porte dos municípios quanto em relação às cinco regiões do país, assegurando a representatividade necessária conforme os recortes propostos na pesquisa.

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e está registrado com o número de protocolo 129/12. A participação foi voluntária, mediante leitura e concordância do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE II).

A limitação do projeto está no fato de que as respostas podem estar sendo influenciado pela interpretação pessoal do profissional que as respondeu, o que pode não condizer com a realidade local, porém, com isso, analisamos como os profissionais estão enxergando a sua própria assistência farmacêutica à luz da política nacional de medicamentos?

5- RESULTADOS

O Brasil, segundo dados do IBGE, conta com um total de 5568 municípios, Nessa pesquisa, obteve-se um total de 954 respostas referentes a 954 diferentes municípios (17,15% do total), sendo excluídos todos os questionários que tinham respostas parciais. Foi observada uma homogeneidade das respostas tanto em relação ao porte dos municípios quanto em relação às cinco regiões do país, sendo 16,7% das respostas provenientes de municípios que compõem a Região Norte, 16,62% da Região Nordeste, 16,31% da Região Centro-Oeste, 13,13% da Região Sul e 20,92% da Região Sudeste (Tabela 1).

Tabela 1 – Número de municípios por região

| Região | Número de Municípios | N. de Respondentes | % |
|--------------|----------------------|--------------------|-------|
| Norte | 449 | 75 | 16,70 |
| Nordeste | 1793 | 298 | 16,62 |
| Centro-Oeste | 466 | 76 | 16,31 |
| Sul | 1188 | 156 | 13,13 |
| Sudeste | 1668 | 349 | 20,92 |
| Brasil | 5564 | 954 | 17,15 |

Segundo o porte de municípios que compuseram a amostra (ver Tabela 2), observou-se que 13,84% dos municípios brasileiros com até 10.000 habitantes estavam representados no estudo (n=354), 18,26% de municípios entre 10 e 30.000 habitantes (n=357), 21,63% dos entre 30 e 100.000 habitantes (n=170), 25,95% de 100 a 300.000 habitantes (n=48) e 30,86% dos municípios brasileiros com mais de 300.000 habitantes (n=25).

Tabela 2 – Número de municípios por porte populacional

| Faixa (habitantes) | Número de Municípios | N. de Respondentes | % |
|--------------------|----------------------|--------------------|-------|
| Até 10.000 | 2557 | 354 | 13,84 |
| 10-30.000 | 1955 | 357 | 18,26 |
| 30-100.000 | 786 | 170 | 21,63 |
| 100-300.000 | 185 | 48 | 25,95 |
| >300.000 | 81 | 25 | 30,86 |

No estudo 33,8% das respostas foram preenchidas por Secretários Municipais de Saúde (n=322), 47,7% das respostas foram preenchidas por Coordenadores ou Responsáveis pela Assistência Farmacêutica Municipal (n=455) e 177 questionários (18,6%) foram respondidos por outros profissionais designados provavelmente pelo Secretário de Saúde (Figura 1).

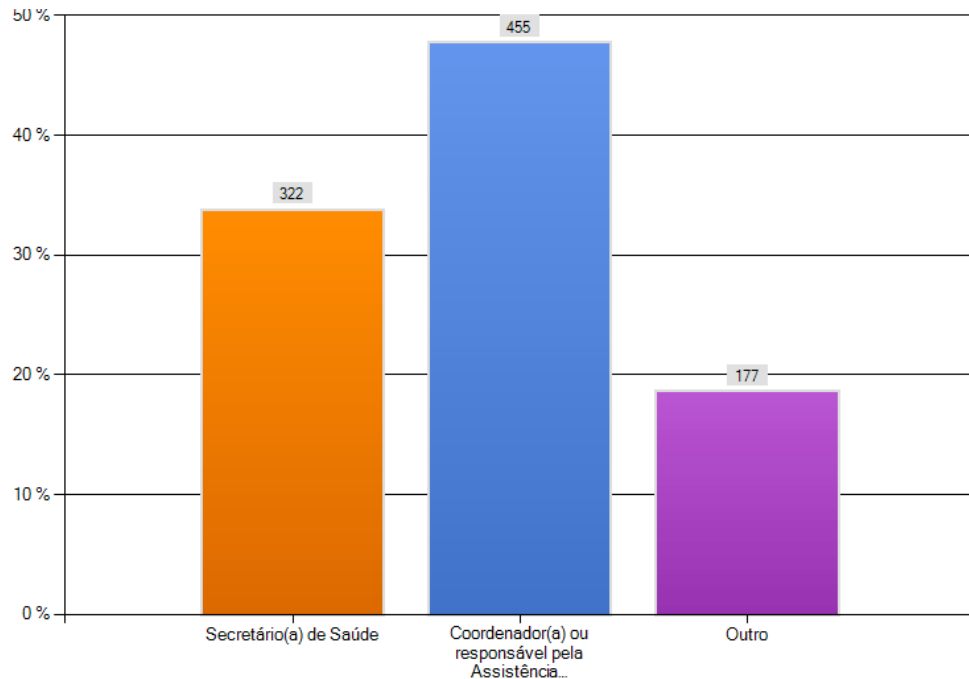


Figura 1 – Percentual dos entrevistados conforme ocupação.

Quando questionados sobre a estruturação da Assistência Farmacêutica no seu município, somente 3,6% das respostas apontaram para “totalmente estruturada” (n=34), 25,3% consideraram como “estruturada” (n=241), 39,8% como “medianamente estruturada” (n=380), 25,1% como “pouco estruturada” (n=239) e 60 municípios apontaram que a Assistência Farmacêutica em seu município não estava estruturada (6,3%) (figura 2).

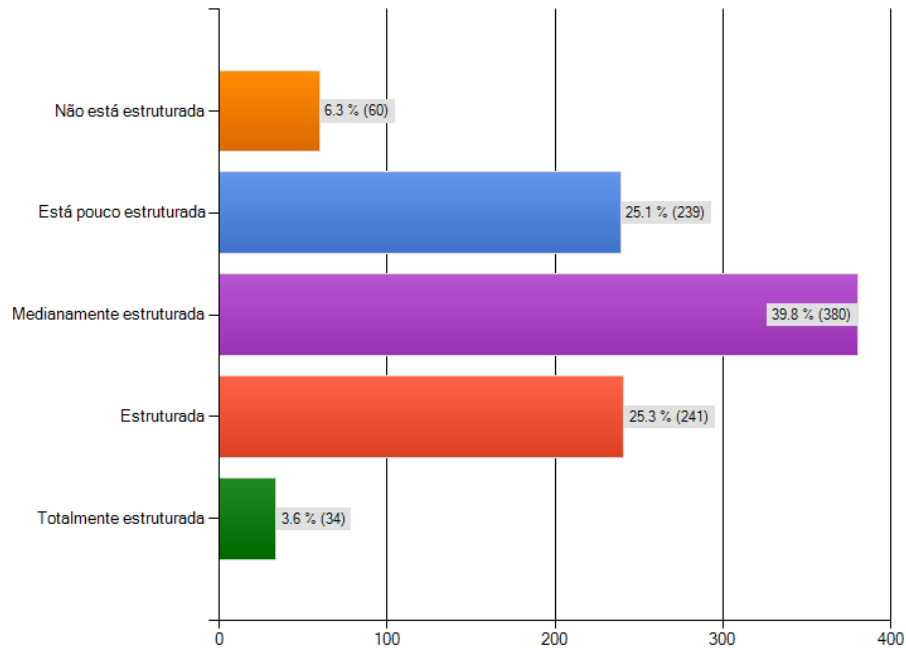


Figura 2 – Representa a estruturação da assistência farmacêutica nos municípios.

Com relação à área da Secretaria Municipal de Saúde responsável por algumas das atividades da Assistência farmacêutica, obtiveram-se as seguintes respostas (figura 3):

a) A seleção de medicamentos: 83,9% responderam que é de responsabilidade da Assistência Farmacêutica, 10,2% da Área Administrativa, 9,8% do Gabinete do Secretário, 10,1% do Comitê de Farmácia e Terapêutica e 5,8% de outras áreas;

b) A programação das necessidades: 82,5% responderam que é de responsabilidade da Assistência Farmacêutica, 17,0% da Área Administrativa, 14,3% do Gabinete do Secretário, 3,2% do Comitê de Farmácia e Terapêutica e 7,2% de outras áreas;

c) A aquisição de medicamentos: 61,6% responderam que é de responsabilidade da Assistência Farmacêutica, 40,5% da Área Administrativa, 21,6% do Gabinete do Secretário, 1,5% do Comitê de Farmácia e Terapêutica e 8,9% de outras áreas;

d) O recebimento, armazenamento e distribuição (logística): 88,7%% responderam que é de responsabilidade da Assistência Farmacêutica, 13,8% da Área

Administrativa, 2,9% do Gabinete do Secretário, 0,8% do Comitê de Farmácia e Terapêutica e 9,4% de outras áreas;

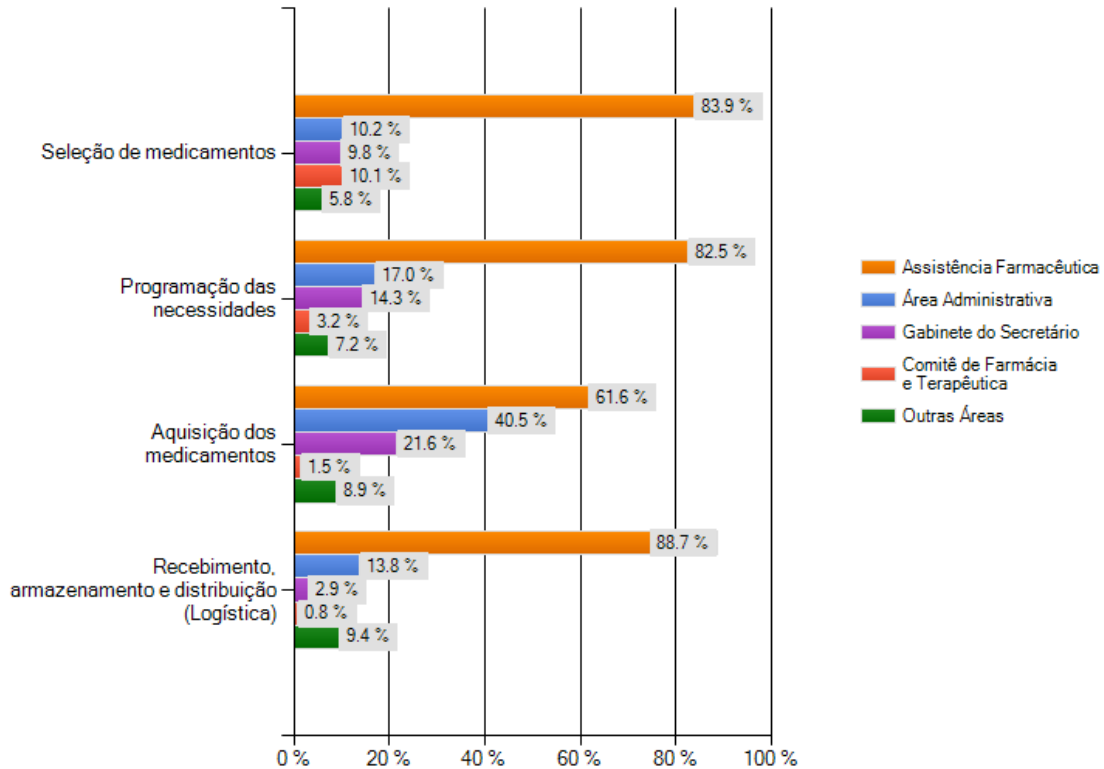


Figura 3 – Representa a área da Secretaria Municipal de Saúde responsável pelas atividades da Assistência Farmacêutica.

Segundo dados da pesquisa, 72,2% dos respondentes apontaram os farmacêuticos como responsáveis pela dispensação dos medicamentos (n=689) em seus municípios. Além desse profissional, foi citado por 64,4% da amostra o profissional “auxiliar de farmácia” como responsável pela entrega dos medicamentos no município (n=614). Os técnicos de enfermagem (n=289) e enfermeiros (n=155) aparecem como responsáveis pela entrega de medicamentos em 30,3% e 16,2% dos municípios, respectivamente. Para 22,7%, são “outros” profissionais encarregados dessa atividade (n=217) (Figura 4).

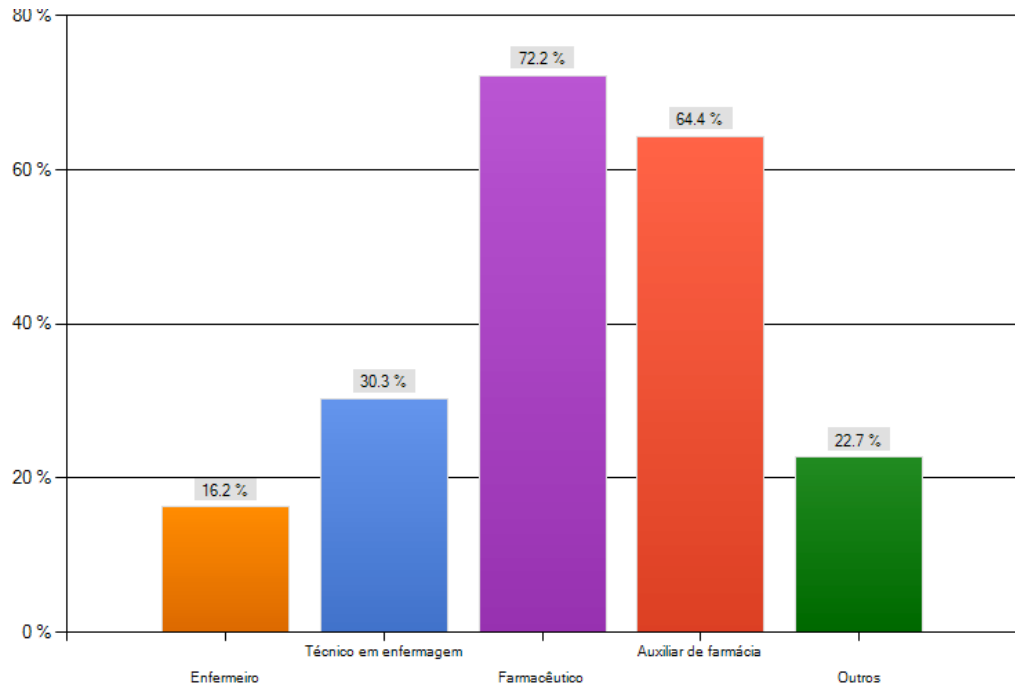


Figura 4 – Representa a categoria profissional que faz a entrega/dispensação dos medicamentos

Quando perguntado se o município tem relação própria de medicamentos, 58,9% dos municípios apontaram ter uma relação municipal de medicamentos essenciais (REMUME) (n=562), 38,9% responderam “não” (n=371), e 21 municípios apontaram não saber (2,2%) (Figura 5).

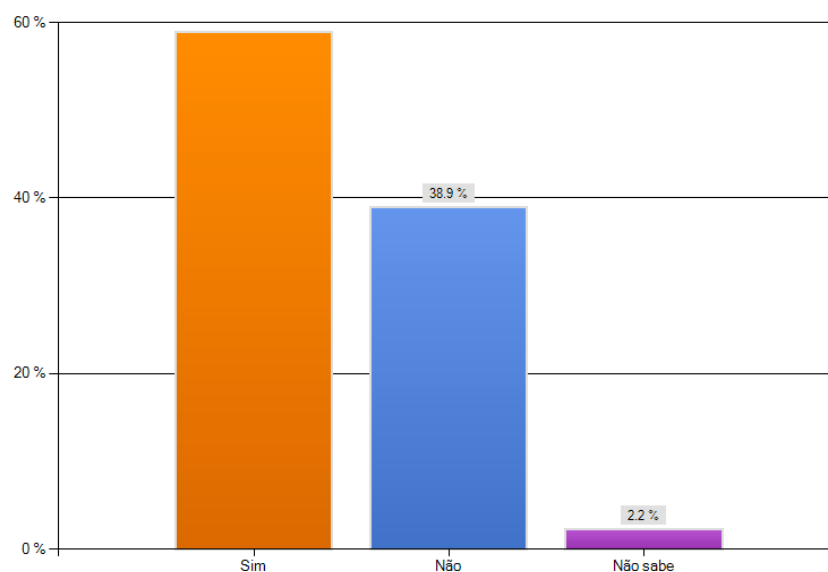


Figura 5 – Representa se os municípios têm relação própria de medicamento.

Quando questionados se os gestores adotam a RENAME como referência para disponibilizar medicamentos em seu município 88,3% responderam que “sim” (n=842), somente 8,9% que “não” (n=85) e 2,8% (apontaram) que “não sabe” (n=27) (figura 6).

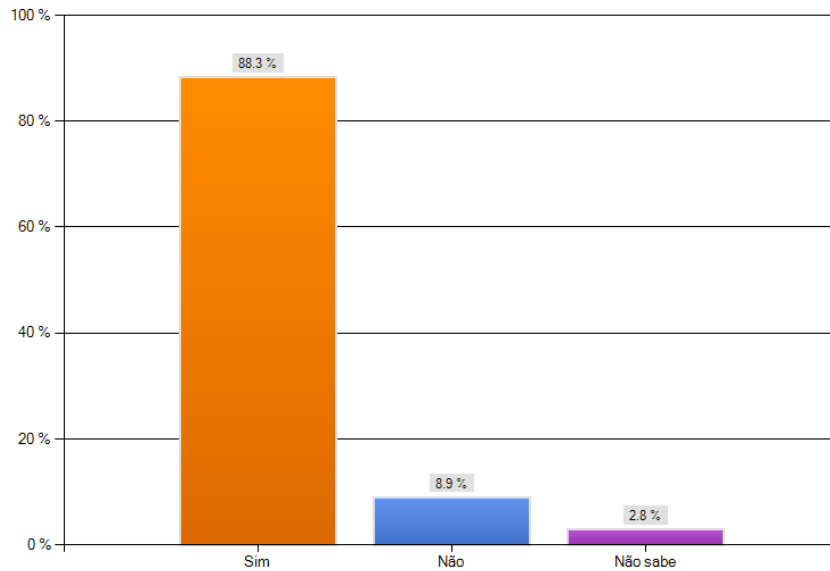


Figura 6 – Adoção da RENAME como referência para disponibilizar medicamentos

Nas respostas referentes a próxima questão (figura 7), foram utilizados 7 fatores (a-g) e apresentados em 5 níveis crescentes de importância (1-5) para o município realizar a sua seleção dos medicamentos. As médias de avaliação, sendo considerado 1 como “nenhuma importância” até 5 com uma importância “muito grande” para os 5 fatores foram as seguintes: a) perfil epidemiológico do município obteve uma média de avaliação de 3,64; b) preferência/prescrição dos médicos do SUS no município, 3,68; c) atender a demanda da rede de serviços de saúde instalado no município obteve média de 3,99; d) contemplar os programas prioritários de saúde do município 4,06; e) relação custo/efetividade 3,57; constarem na Relação Nacional de Medicamentos RENAME 3,98 e; custo do medicamento obteve uma média de 3,47 (Figura 7).

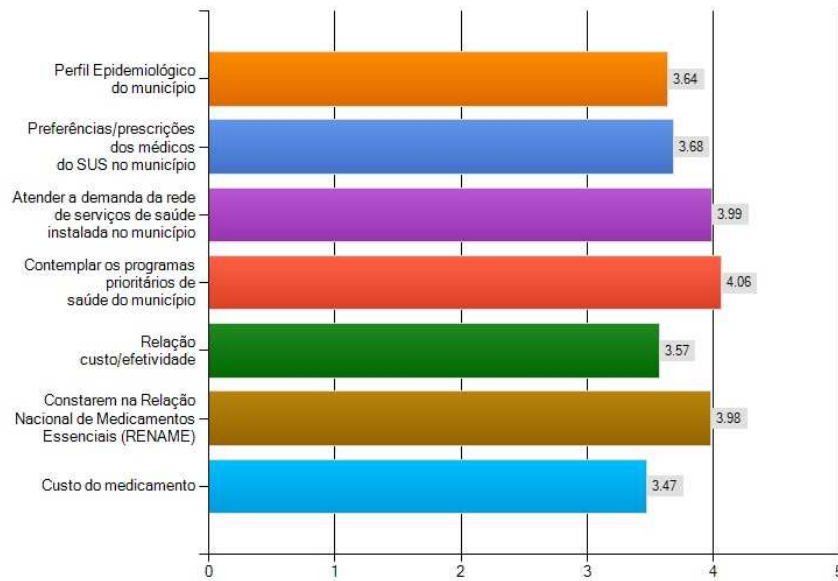


Figura 7 – Importância de alguns fatores na seleção de medicamentos do município.

Quando questionados se o município padroniza outros medicamentos que não constam na RENAME, 65,9% responderam que “sim” padronizam (n=629), 29,2% que “não” (n=279), e 46 municípios responderam “não sabe” (6,3%) (Figura 8)

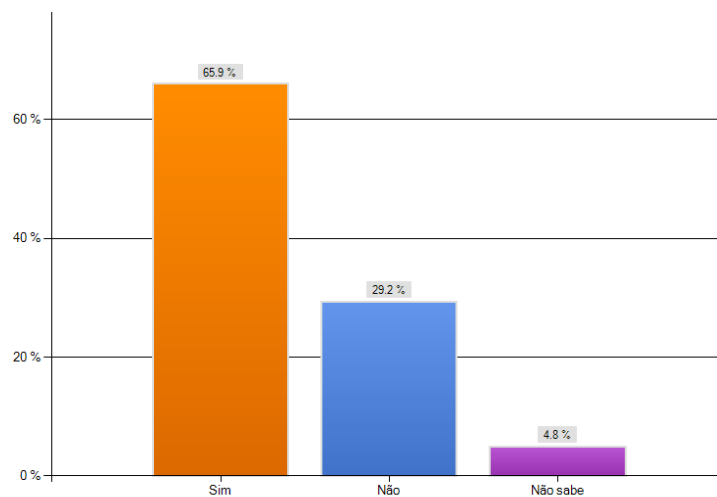


Figura 8 – Padronização de outros medicamentos além da RENAME pelos municípios.

A pesquisa mostrou, com relação à importância na escolha e aquisição dos medicamentos, que:

- Constar do elenco padronizado pela RENAME é: de “grande” importância para 37,7% os municípios, de “muito grande” importância para 41,5%, de “média”

importância para 13,5%, de “pequena” importância para 2,6% e consideram sem “nenhuma” importância para 4,6%.

- b) Contemplar o perfil epidemiológico do município é: de “grande” importância para 43,2 % os municípios, de muito “grande importância” para 27,6%, de “média” importância para 29%, de “pequena” importância para 7,5% e sem consideram “nenhuma” importância para 2,7%.
- c) Aceitação dos medicamentos pelos médicos é: de “grande” importância para 43,9% os municípios, de “muito grande” importância para 18,4%, de “média” importância para 27,9%, de “pequena” importância para 6,9% e consideram sem “nenhuma” importância para 2,8%.
- d) Relação custo/efetividade dos medicamentos é: de “grande” importância para 43,7% os municípios, de “muito grande” importância para 21,6%, de “média” importância para 23,4%, de “pequena” importância para 8,4% e consideram sem “nenhuma” importância para 2,9%.
- e) Adequação da escolha ao recurso financeiro disponibilizado pelo incentivo à Assistência Farmacêutica Básica é: de “grande” importância para 41,6% os municípios, de “muito grande” importância para 26,3%, de “média” importância para 21,4%, de “pequena” importância para 7,9% e consideram sem “nenhuma” importância para 2,8%. (gráfico 9)

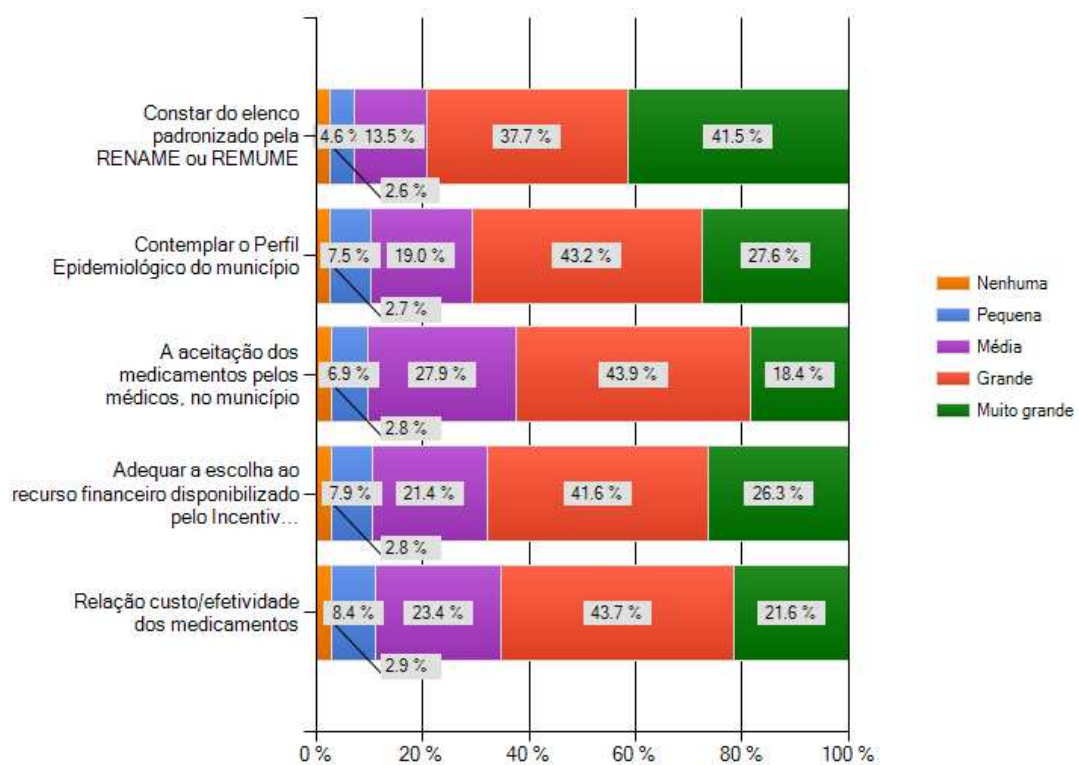


Figura 9 – Importância dos fatores para escolha e aquisição dos medicamentos nos municípios

Com relação à importância dos seguintes fatores quando os municípios não conseguem disponibilizar a totalidade dos medicamentos básicos, responderam que:

- A disponibilidade de recursos financeiros é de “grande” importância para 29,2%, de “muito” grande importância para 31,4%, de “média” importância para 19,3%, de “pequena” importância para 14,8% e sem “nenhuma” importância para 5,2% dos municípios.
- A dificuldade nos processos de compra é de “grande” importância para 30,5%, de “muito grande” importância para 17,5%, de “média” importância para 27,2%, de “pequena” importância para 17,5% e sem “nenhuma” importância para 7,2% dos municípios.
- As prescrições não respeitarem a padronização ou elenco disponível de “grande” importância para 22,1%, de “muito grande” importância para 15,2%, de “média” importância para 25,3%, de “pequena” importância para 28,2% e sem “nenhuma” importância para 9,2% dos municípios.

- d) A inexistência de fornecedores na região: de “grande” importância para 17%, de “muito grande” importância para 10%, de “média” importância para 21,6%, de “pequena” importância para 29,7% e sem “nenhuma” importância para 21,7% dos municípios.
- e) A dificuldade em estabelecer as necessidades reais dos medicamentos é de “grande” importância para 14,7%, de “muito grande” importância para 6,1%, de “média importância” para 25,3%, de “pequena” importância para 34,7% e sem “nenhuma” importância para 19,2% dos municípios. (Gráfico 10)

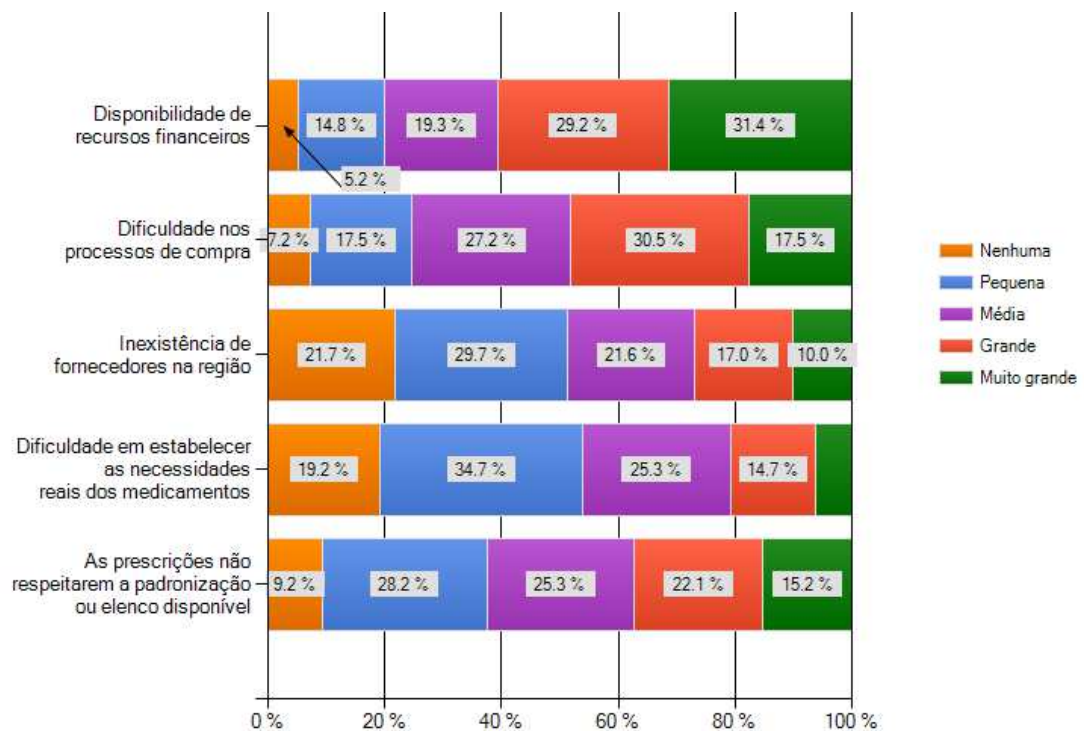


Figura 10 – Importância dos fatores quando não consegue disponibilizar os medicamentos.

No estudo 79,9% dos gestores responderam “não” associar-se a outro município por intermédio de consórcio (n=760), 15,4% dos entrevistados disseram “sim” associam-se (n=147) e 47 (4,9%) responderam “não saber” (Figura 11)

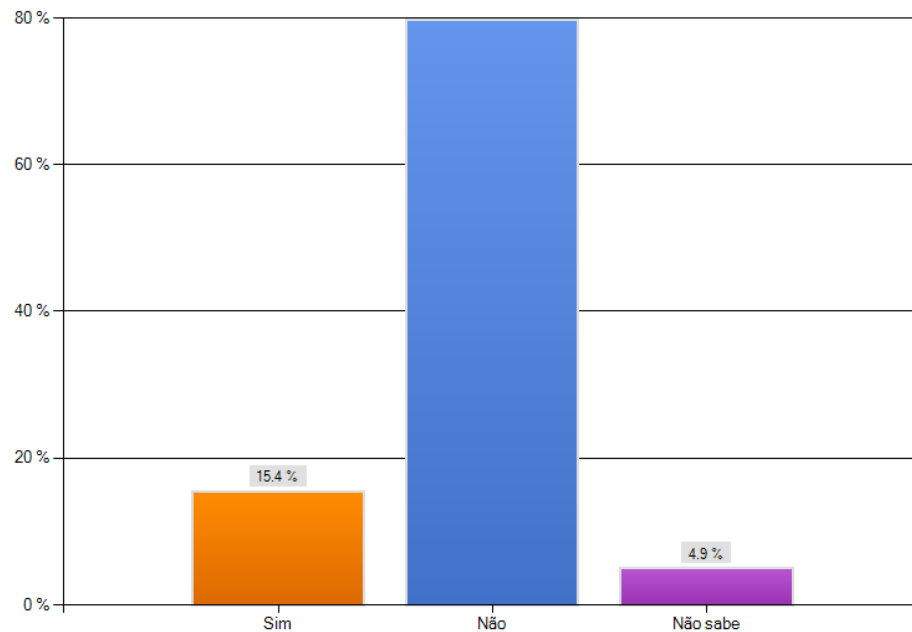


Figura 11 – Associação entre os municípios por intermédio de consórcio.

Foram utilizados 3 fatores (a-c) e 3 situações (1-3) para avaliar o porquê da não associação a outros municípios por intermédio de consórcio. A situação “é o caso” para os 3 fatores foram as seguintes: a) tem pouco conhecimento desta forma de organização através de consórcio obteve uma avaliação de 44,3% (n=340); b) Não acredita que o consórcio contribui para organização da assistência farmacêutica obteve uma avaliação de 12,0% (n=87) e, a burocracia para se construir um consórcio é grande obteve foi apontado como sendo o caso da não associação para 41,4% (n=308) dos municípios respondentes (Figura 12)

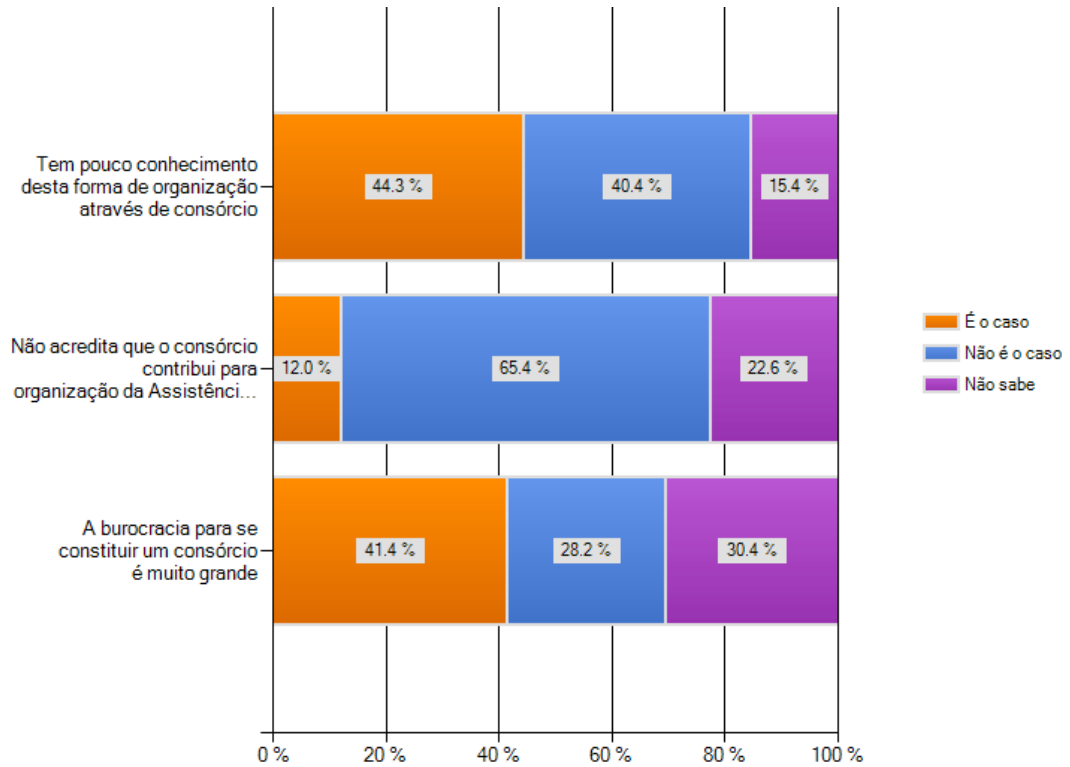


Figura 12 – O porquê dos municípios não associarem ao consórcio.

Ao serem perguntados se concordam que a descentralização dos recursos financeiros aos municípios contribui no processo de coordenação e execução da Assistência Farmacêutica, 436 municípios “concordam totalmente” (45,7%); 41,4% (n=395) afirmaram que “concordam parcialmente”; 4,4% (n=42) “não concordam totalmente”; 4,5% (n=43) não concordam parcialmente e; 4,0% (n=38) responderam ser “indiferente” (Figura 13).

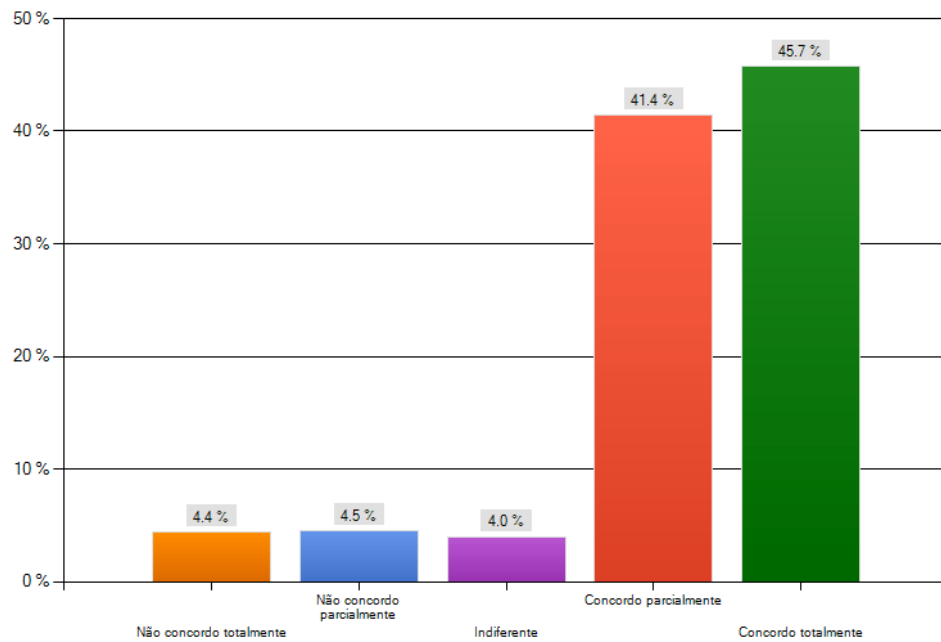


Figura 13 – A contribuição da descentralização dos recursos financeiros no processo de coordenação e execução da Assistência Farmacêutica.

Quando questionados se o critério populacional como base de definição de valores a serem repassados aos municípios tem-se mostrado adequados, 59,5% (n=568) responderam não ser adequados; 34,2% (n=326) que são adequados e 60 municípios que “não sabem” (6,3%) (figura 14).

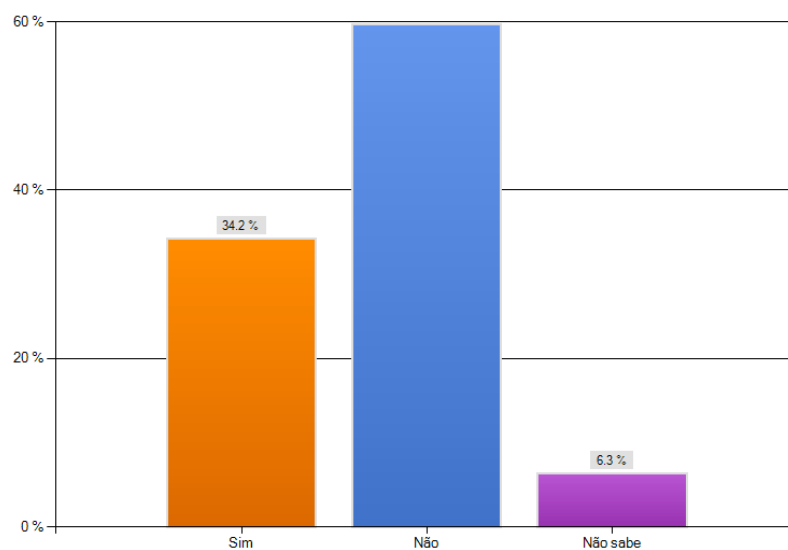


Figura 14 – Representa se o critério populacional como base de definição de valores a serem repassados aos municípios é o mais adequado.

Ao serem perguntados se o incentivo financeiro destinado à aquisição dos medicamentos do componente básico (R\$8,82 per capita/ano) era suficiente para atender as necessidades do município; 30 municípios não souberam responder (3,1%) e somente 12,2% (n=116) afirmaram que “sim”, o valor era suficiente. A maioria das respostas da amostra, 84,7% (n=808) assinalou que o valor “não” era suficiente para atender as necessidades do município (Figura 15).

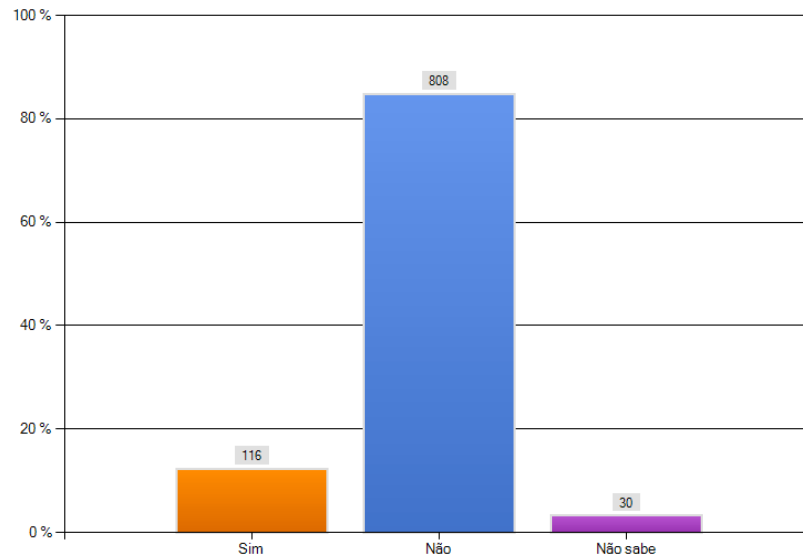


Figura 15 – Suficiência do valor do incentivo financeiro destinado à assistência farmacêutica básica

No estudo, 47,5% dos entrevistados relatam que o seu respectivo estado da federação “não” tem participado de forma integrada com os municípios com vistas a garantir os medicamentos na atenção básica (n=453), 46% responderam “sim” (têm participado) (n=439) e 62 municípios disseram “não saber” (6,5%) (Figura 16).

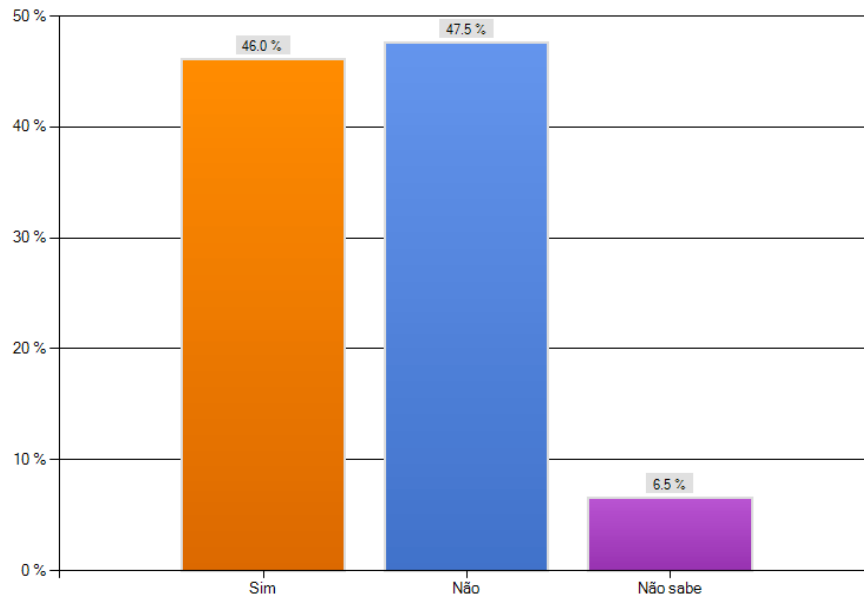


Figura 16 – A participação do estado no aporte financeiro e técnico na garantia dos medicamentos essenciais da atenção básica.

O estudo aponta que 63,4% dos municípios mantêm um processo de acompanhamento da Política de Assistência Farmacêutica (n=605), 28,9% (n=276) “não” mantêm e 7,7% não sabem se é realizado esse processo de acompanhamento da PNM (Figura 17).

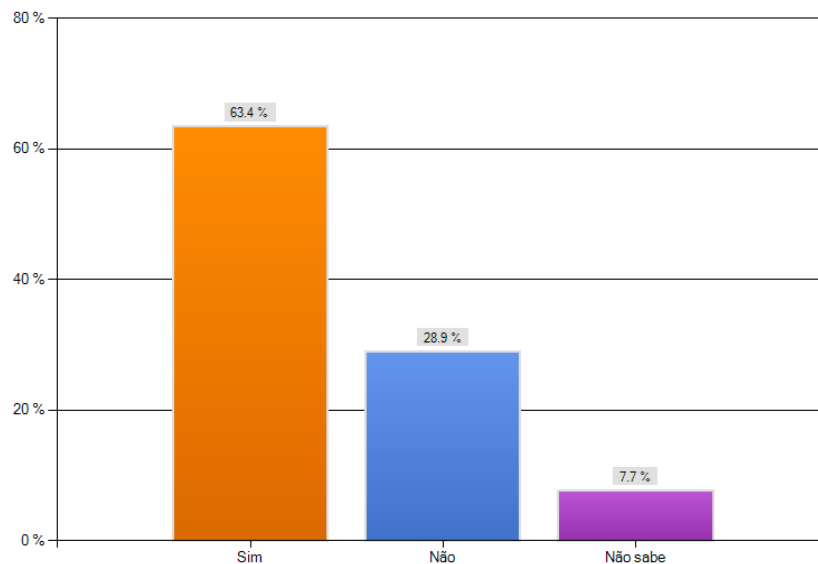


Figura 17– O acompanhamento da política de assistência farmacêutica nos municípios.

O próximo gráfico (figura 18) contempla a resposta de 55,0% (n=525) dos municípios que afirmaram utilizam sistemas nacionais básicos para planejar e/ou organizar a Assistência Farmacêutica. No entanto, 40,3% (n=384) “não” utilizam nenhum e 45 municípios (4,7%) não souberam responder a questão.

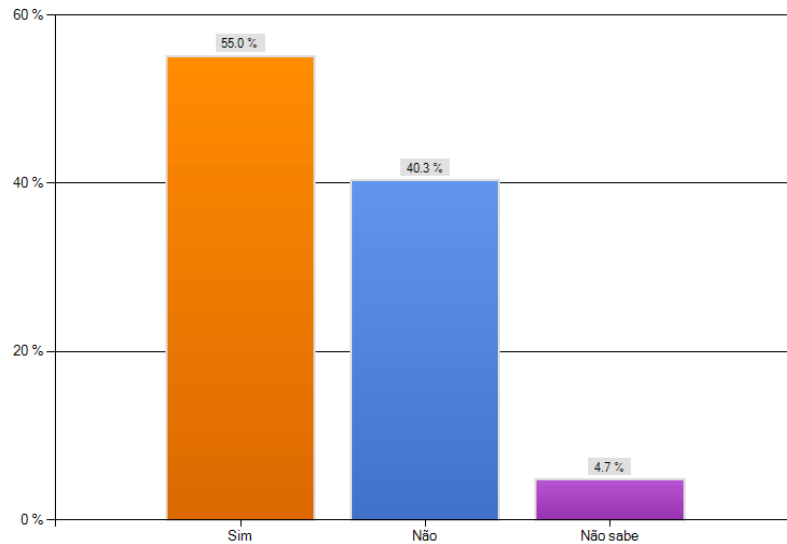


Figura 18 – A utilização dos sistemas nacionais básicos no planejamento da assistência farmacêutica nos municípios.

No estudo, 52,7% dos entrevistados responderam ter “sistema próprio” para o gerenciamento da Assistência Farmacêutica (n=503), 31,6% relatam não ter sistema (n=301) e 195 questionários (20,4%) disseram utilizar o sistema “HÓRUS” (Figura 19).

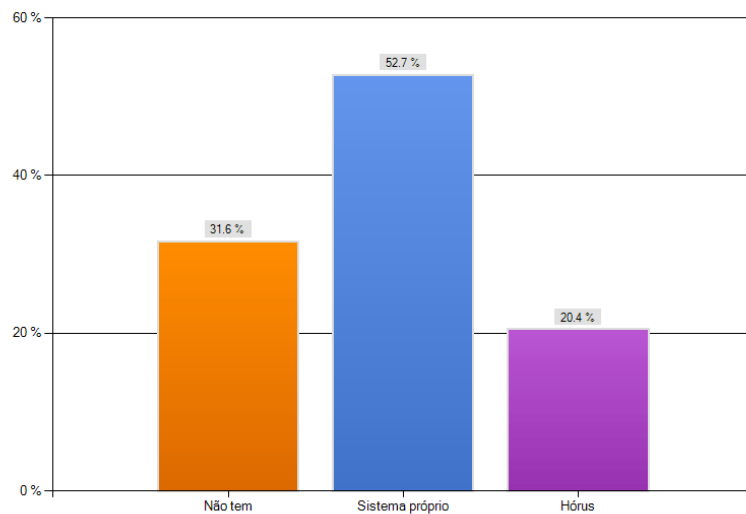


Figura 19 – Disponibilidade de sistema de informação para o gerenciamento da assistência farmacêutica nos municípios

Ao serem questionados sobre os setores que estavam contemplados em seus sistemas de informação, 61,8% das responderam que contemplava o “almojarifado” (n= 579), a “dispensação” em 59,3% (n=556), 50,4% responderam contemplar a “aquisição” (n=472), e 260 (27,7%) dos entrevistados disseram não tinha nenhum dos itens elencados com opções de resposta em seu sistema de informação (Figura 20).

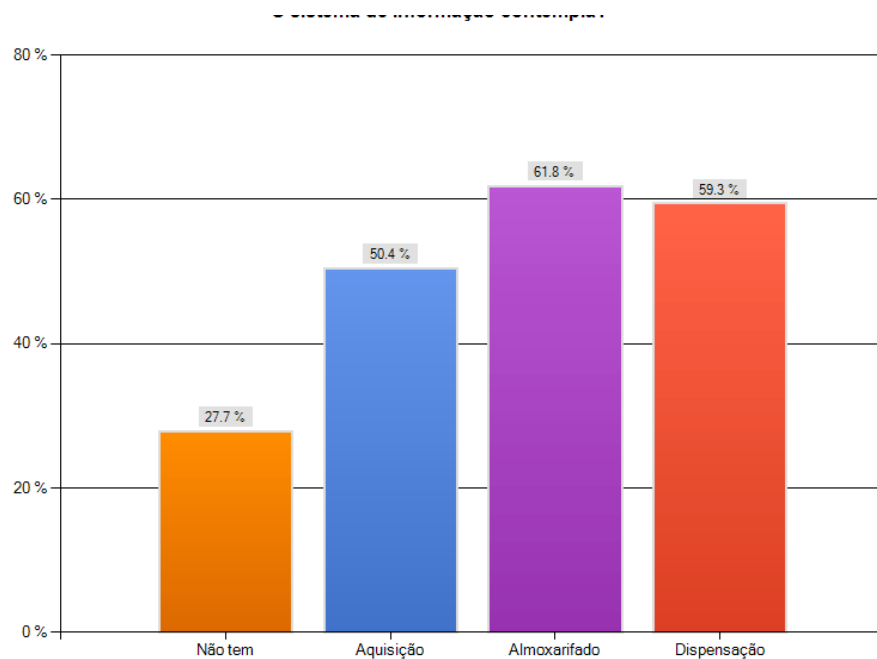


Figura 20 – Representa os setores que o sistema de informação contempla.

A promoção do uso racional de medicamentos foi demonstrada, pela pesquisa, como obrigatória em 15% dos municípios (n=143), frequente em 454 dos municípios (47,6%), rara em 276 municípios (28,9%) e 8,5% deles (n=81) afirmaram não haver nenhum tipo de promoção do uso racional de medicamentos em seus municípios (figura 21).

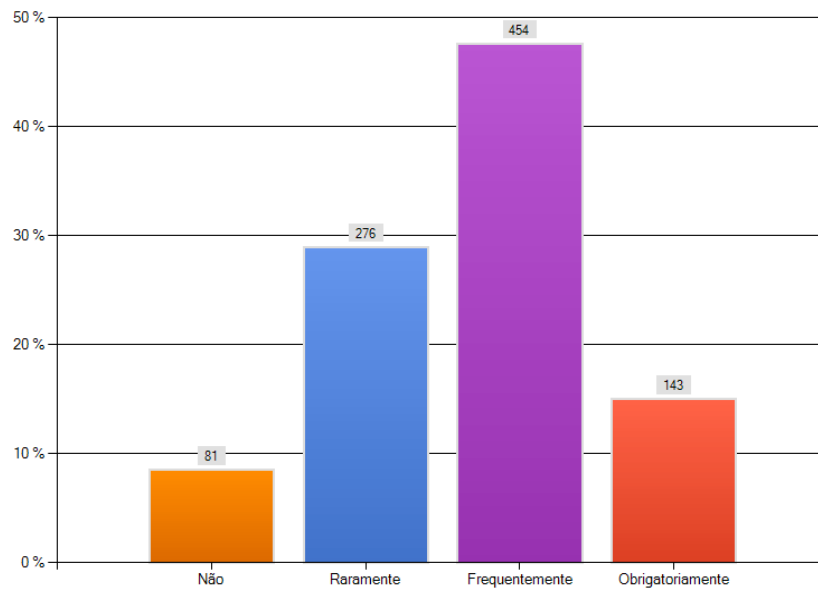


Figura 21 – Frequencia em que os município promovem o Uso Racional de Medicamentos

Sobre a existência de um perfil mínimo de formação profissional das pessoas que fazem a dispensação dos medicamentos, 34,7% dos entrevistados responderam que “frequentemente” (n=331) há, 31,6% que “obrigatoriamente” (n=316), 16,2% que “raramente” (n=155), 17,5% que “não sabem” (n=167) se há um perfil mínimo para esse trabalho (Figura 22).

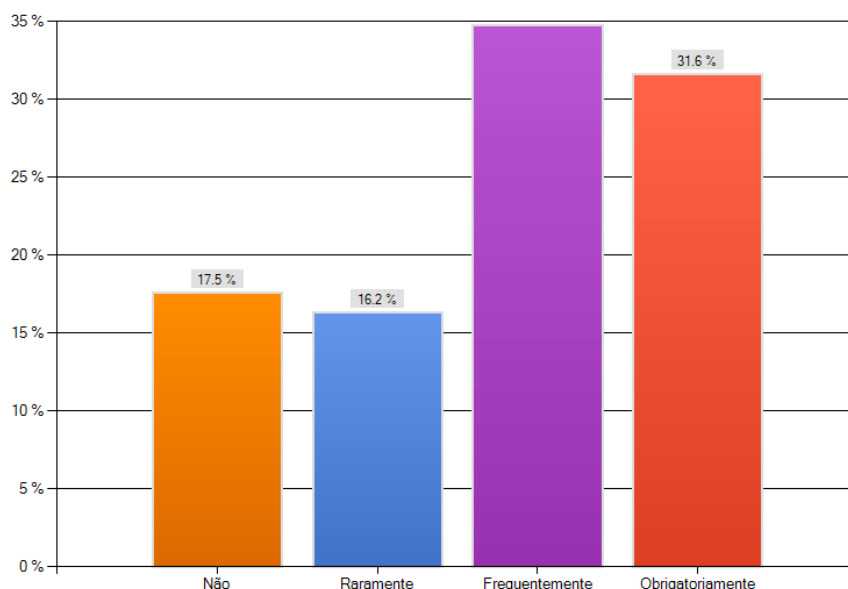


Figura 22– A existência de um perfil mínimo na formação dos profissionais que dispensam os medicamentos.

Quando questionados sobre a existência de processo de treinamento e capacitação continuado com vista ao cumprimento das responsabilidades apontadas

na política de medicamentos; somente 5,0% das respostas apontaram para “obrigatoriamente” (n=48), 26,1% consideraram que “frequentemente” (n=249), 30,1% responderam “não existir” (n=284), e 370 municípios apontaram que “raramente” existe um processo de treinamento e capacitação continuada (38,8%) (figura 23).

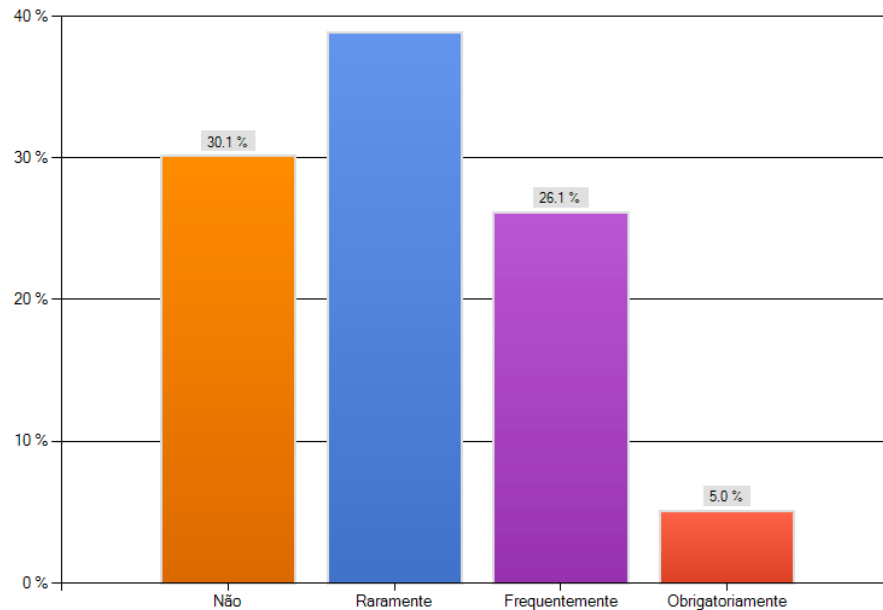


Figura 23 – A existência de processo de capacitação continuada no município.

A pesquisa mostra que 45,3% (n=432) dos municípios conseguem implementar as ações de vigilância sanitária sob suas responsabilidades na política de Assistência Farmacêutica, 33,0% (n=315) não conseguem e 21,7% (207) não sabem. (figura 24).

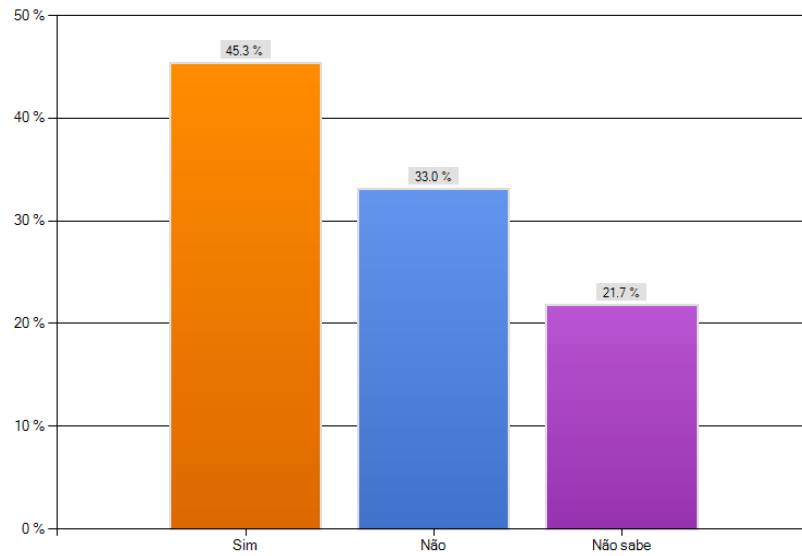


Figura 24 – Percentual de municípios que conseguem implementar ações de vigilância sanitária.

A análise do gráfico mostra que 8,2% (n=72) dos gestores “obrigatoriamente” priorizam os laboratórios oficiais para suprir as necessidades de medicamentos, 25,5% (n=234) “raramente”, 30,4% (n=290) “frequentemente” e 343 (36,0%) dos municípios “não” priorizam os laboratórios oficiais.(figura 25)

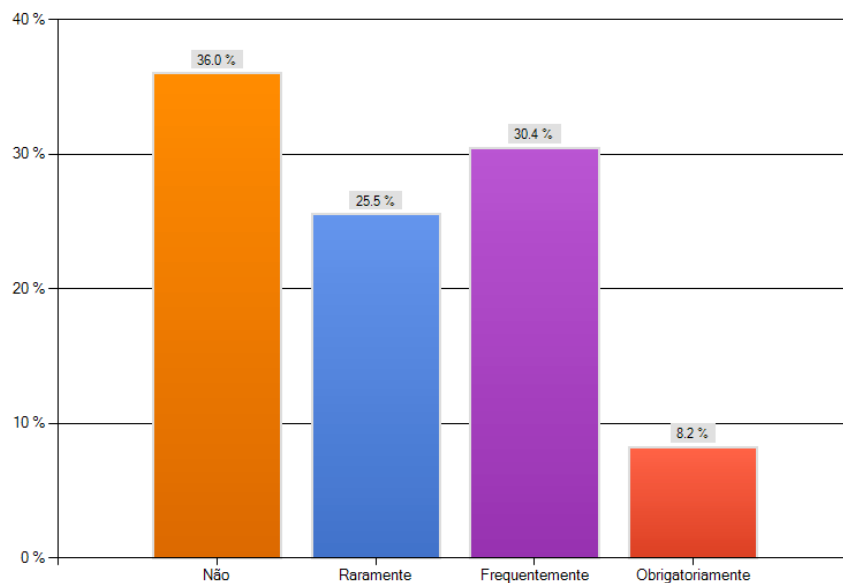


Figura 25 – A priorização dos laboratórios oficiais para o suprimento dos medicamentos nos municípios.

Quando questionados se os municípios contam com infraestrutura física adequada nas centrais farmacêuticas, 38,1% (n=344) responderam ter em “algumas” unidades; 30,9% (n=279) disseram não ter; 27,9% (n=252) referem ter estrutura em “todas” as unidades; e 29 municípios responderam “não saber” 3,2% (Gráfico x). Já em relação à estrutura das farmácias dos serviços de saúde, 53,1% (n=501) responderam ter em “algumas” unidades; 16,4% (n=155) apontaram não ter em “nenhuma”; 28,1% (n=265) disseram ter estrutura em “todas” unidades; e 22 municípios não sabem responder (2,3%) (figura26).

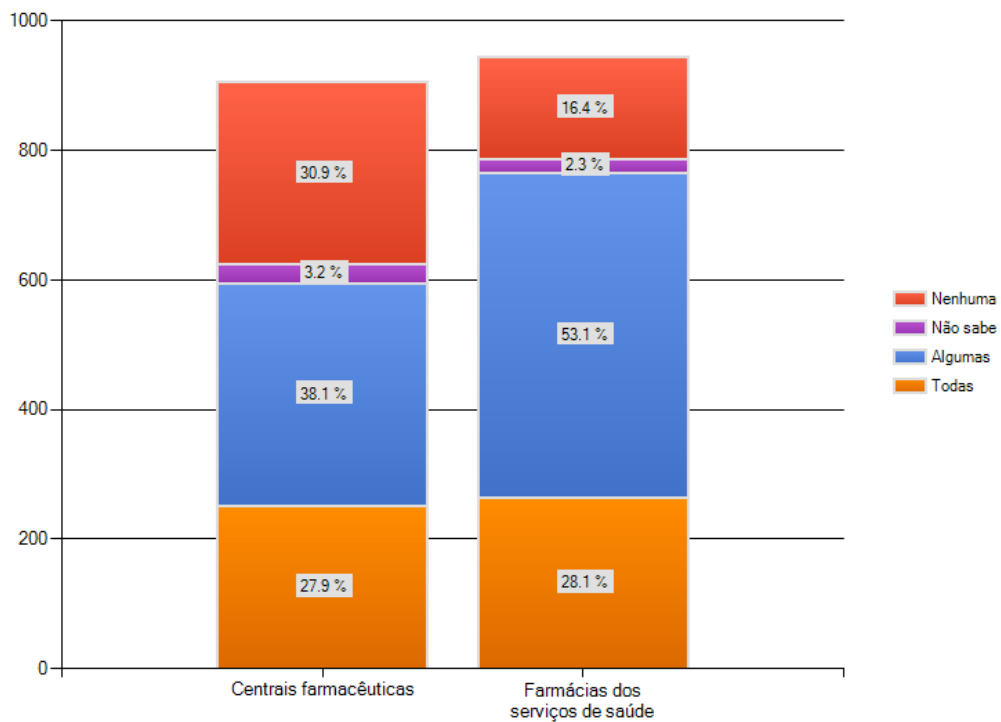


Figura 26 – Representa se a infraestrutura das centrais farmacêuticas e das farmácias é adequada.

6 DISCUSSÃO

Por se tratar de um estudo que visa descrever a implementação da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros, conforme as diretrizes e responsabilidades definida na Política Nacional de Medicamentos, foi importante as respostas terem sido preenchidas por municípios distribuídos nas cinco regiões do país. Essa importância ganha força ao reconhecermos as diversidades que existem entre as regiões, diversidades essas culturais e socioeconômicas que, conseqüentemente, refletem na organização dos serviços de saúde e no seu planejamento.

Segundo dados do IBGE 81,1% dos municípios brasileiros têm menos de 30.000 habitantes (n=4512), 14,1% entre 30 e 100.000 (n=786), 3,3% entre 100 e 300.000 (n=185) e 1,5% com mais de 300.000 habitantes (n=81). Nesse estudo pôde-se observar uma distribuição de respostas parecida com a distribuição dos municípios segundo o número de habitantes (74,5% de municípios tem até 30mil habitantes, 17,8% entre 30 e 100mil, 5,0% entre 100 e 300 mil e 2,6% de repostas provenientes de municípios com mais de 300.000 habitantes), fato que colabora para refletir a realidade da estruturação da Assistência Farmacêutica, segundo o número de habitantes dos municípios do país.

Com o processo de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde, os municípios vêm aumentando suas responsabilidades na prestação de serviços na saúde. Apesar da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica definir as responsabilidades de cada ente da federação frente à organização e estruturação da Assistência Farmacêutica Básica, ficando como responsabilidade do município coordenar e executar a A.F. no seu âmbito, somente 63,4% dos municípios que participaram da pesquisa (gráfico 17) mantém o processo de acompanhamento da Política de Assistência Farmacêutica, e, como mostra o gráfico 18, 55,0% dos gestores utilizam os Sistemas Nacionais Básicos para organizar e planejar a Assistência Farmacêutica e 40,3% não utilizam sistemas de informação.

Ao observar o gráfico 19 percebe-se que 52,7% dos municípios utilizam sistemas próprios para gerenciamento da Assistência Farmacêutica, 20,4% utilizam HÓRUS, e 32,6% não têm sistemas, e que estes sistemas contemplavam em 61,8% os almoxarifados (gráfico 20), 59,3% a dispensação e 50,4% a

aquisição, mostrando que a maioria contemplava os almoxarifados, principalmente os municípios com maior número de habitantes, sendo que 72% dos municípios acima de 100 mil habitantes e 92% nos acima de 300 mil habitantes disseram ter sistema de informação no almoxarifado. Esses dados apontam para um reflexo da realidade em que a maioria dos municípios tem hoje mais informações voltadas para o processo de compra de medicamentos, revelando a escassa informação dos demais processos envolvidos na Assistência Farmacêutica dos municípios, o que significa que estamos ainda muito incipientes no uso desta importante ferramenta para o processo de organização e de gestão da Assistência Farmacêutica.

O gráfico 2 representa a grande fragilidade da estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios, quando 39,8% dos participantes disseram que a Assistência Farmacêutica está medianamente estruturada, 25,1% pouco estruturada e somente 3,6% está totalmente estruturada.

Outro fator que merece destaque entre os resultados da pesquisa foi o fato de 84,7% dos gestores relatarem que o recurso financeiro destinado à aquisição dos medicamentos básico nos municípios é insuficiente (gráfico 15), e apenas 12,2% afirmam ser suficiente. O gráfico 10 representa as respostas referentes forte influência do recurso financeiro para disponibilizar o medicamento, onde 60,6% dos entrevistados referem ser “grande” ou “muito grande” a falta de recurso como a principal causa quando não se consegue disponibilizar medicamento. Além disso, entre esses, 48% referem a dificuldade aos processos de compras, percebeu-se ainda que estes fatores não tiveram muita variação quando comparados por porte populacional.

Observamos nas respostas apresentadas no gráfico 16 que 47,5% dos entrevistados afirmam que o estado não tem participado de forma integrada e contínua com aporte financeiro e técnico, com vista a garantir o acesso dos pacientes aos Medicamentos Básicos da Assistência Farmacêutica, e apenas 46% dos gestores dizem que o estado participa. Tal fato pode vir a comprometer uma das responsabilidades definidas na PNM, que é “assegurar o suprimento dos medicamentos destinados a atenção básica de saúde da população, integrando sua programação a do estado, visando garantir o abastecimento de forma permanente e oportuna”

Outra importante responsabilidade do município é treinar e capacitar recursos humanos, e no gráfico 23 mostra claramente como a educação continuada ainda não está sendo uma prioridade em nossos municípios, quando 38,8% dos gestores responderam "raramente" e 30,1% disseram não ter um processo de treinamento e capacitação continuada. Já no gráfico 22 percebemos que 63,3% dos gestores exigem obrigatoriamente ou frequentemente um perfil mínimo na formação dos profissionais que fazem a dispensação dos medicamentos. No gráfico 04, 72,2% dos gestores dizem ser o farmacêutico o profissional que faz a dispensação dos medicamentos, e em 64,4% a entrega é realizada pelo "auxiliar de farmácia". Estes dados sugerem que mesmo os gestores que não instituem um processo continuado de capacitação se preocupam com o perfil e a formação dos profissionais que realizam a dispensação e entrega de medicamentos. Merece destaque o fato do cargo de "auxiliar de farmácia" não ser reconhecido como profissão e acreditamos que sob supervisão do farmacêutico outros profissionais podem contribuir com os serviços farmacêuticos assistenciais realizados na Atenção Básica.

Quando perguntamos se os municípios promovem o Uso Racional de Medicamentos (Gráfico 21), 47,9 % responderam que frequentemente e 15,2 % que obrigatoriamente e apenas 28,6 % que raramente, nos mostrando que a maioria dos gestores compreende a importância de desenvolverem ações de promoção que fortaleçam a Política Nacional de Medicamentos, no que diz respeito ao Uso Racional de Medicamentos.

Outro dado interessante pôde ser observado no gráfico 09, quando 79,2% dos municípios dizem ser um fator importante para a escolha de o medicamento constar no elenco padronizado pela Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) ou na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), listas pactuadas entre os gestores do SUS. Uma vez publicadas contribuem para a tomada de decisão dos profissionais de saúde, prescritores, dispensadores, gestores, além de atender uma das responsabilidades dos gestores, a de promover o uso racional de medicamentos.

Observamos também (Gráfico 09) que 67.9% dos gestores adequam a escolha do medicamento ao recurso financeiro disponibilizado pelo incentivo da Assistência Farmacêutica Básica, e 62.3% responderam que outro fator a ser utilizado na escolha desses medicamentos foi ser "grande" ou "muito grande" a

aceitação pelos profissionais médicos, mostrando a influência do recurso financeiro e dos profissionais médicos na escolha dos medicamentos. Esse fato confirma a fragilidade da organização da Assistência Farmacêutica nos municípios, quando os primeiros fatores que deveriam ser relevantes na escolha dos medicamentos seriam a eficácia, a segurança comprovada com o menor custo possível e o perfil epidemiológico do município.

Ao perguntar se os municípios padronizam outros medicamentos que não constam na RENAME (gráfico 08), 65,9% responderam que sim, e somente 29,2% disseram “não”, dado que aumenta ainda mais quando observamos que 92% dos municípios com mais de 300mil habitantes relatam ter lista complementar a RENAME, apesar de 100% destes grandes municípios terem a RENAME como referência.

Podemos observar que a RENAME é adotada pela maioria dos gestores porém ao mesmo tempo muitos complementam suas listas municipais com outros medicamentos. Resta-nos a dúvida se a responsabilidade assumida na PNM (definição de listas municipais com base na RENAME) estaria deixando de ser cumprida para atender a demanda epidemiológica do município. Quantos desses medicamentos incluídos em REMUMEs são discordantes e não contemplados na RENAME e que poderiam ser considerados como medicamentos essenciais?

Apesar de ser uma das diretrizes da PNM adquirir, além dos produtos destinados à Atenção Básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município, após o decreto 7508 que define a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais como sendo a seleção e padronização de medicamentos a ser disponibilizada no SUS, a RENAME deveria contemplar todas as necessidades do Sistema, reforçando o sentido da RENAME como uma lista positiva.

A Vigilância Sanitária exerce um papel importante na garantia da qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, e uma das responsabilidades da PNM é que os gestores municipais implementem ações de Vigilância Sanitária sob sua responsabilidade, observa-se no gráfico 24 que a maioria dos entrevistados, 45,3%, conseguem implementar estas ações, porém uma parcela significativa, 21,7%, não conseguem, e 21,7% não sabem, fato que preocupa, pois pode comprometer a qualidade dos medicamentos dispensados nos municípios brasileiros.

Os Laboratórios públicos foram criados com o intuito de atender as necessidades tecnológicas na produção de medicamentos de interesse do SUS e de atender as demandas dos municípios, principalmente nos medicamentos básicos, ao mesmo tempo serve como regulador de mercado frente à produção de medicamentos. Esta pesquisa revelou que somente 38,2% dos municípios priorizam “obrigatoriamente” ou “frequentemente” os laboratórios públicos para suprir as necessidades de medicamentos nos municípios (Gráfico 25), mostrando que apesar de ser uma das responsabilidades dos municípios, essa priorização não tem sido concretizada. Entendendo que esta questão é de extrema relevância para o Sistema Único da Saúde, deve-se observar melhor o motivo dos municípios não priorizarem os laboratórios públicos nos seus respectivos estados.

Organizar a Assistência Farmacêutica nas regiões através de consórcio pode ser uma alternativa interessante, principalmente para os pequenos municípios, otimizando, assim, os custos, aumentando o poder de compra e os esforços despendidos, além de proporcionar o acesso a novas tecnologias. Conforme mostra o gráfico 11 somente 15,4% dos gestores entrevistados dizem associar-se a outros municípios para execução da Assistência Farmacêutica, apesar de 65,4% acreditarem que o consórcio contribui para a organização da Assistência Farmacêutica. A pesquisa mostra (Gráfico 12) que 44,3% dos gestores atribuíram ter pouco conhecimento sobre o consórcio e 41,4% atribui a burocracia como uma das principais dificuldades para sua criação, nos mostrando a necessidade de divulgar mais esta forma de organização, além de buscar alternativas que diminuam a burocratização para facilitar a implantação de consórcios nas regiões de saúde.

Investir em infraestrutura adequada para a Assistência Farmacêutica é uma das responsabilidades posta na PNM. A portaria 4217 de dezembro 2010 avança quando, no seu artigo 5º, possibilita utilizar 15% do recurso financeiro dos estados e municípios para a estruturação da Assistência Farmacêutica, porém como demonstrado no gráfico 26, 30,9% dos entrevistados disseram não ter estrutura em nenhuma central farmacêutica, enquanto, 38,1% responderam ter estrutura adequada apenas em algumas e somente 27,9% referem ter em todas as unidades. Com relação às farmácias dos serviços de saúde, 53% disseram ter estrutura adequada em algumas unidades e somente 28,1% responderam ter estrutura em todas elas, realidade que se confirma no gráfico 2, onde somente

3,6% dos gestores responderam que a Assistência Farmacêutica está totalmente estruturada em seu município. Podemos dizer com isso que apesar das diversas iniciativas por parte dos gestores, principalmente do Ministério da Saúde em ampliar o financiamento federal para construção, reforma e ampliação das Unidades Básicas, da portaria 4217 possibilitar que parte do recurso seja utilizada na estruturação, e da portaria do QUALIFAR SUS criar fonte de financiamento, ainda que tímida, para estruturação e organização da Assistência Farmacêutica; ainda assim é precária a situação das estruturas físicas das unidades de saúde na maioria dos municípios, o que reforça a necessidade urgente de fortalecer ainda mais esta política. Tudo isso deixa vulnerável a garantia da eficácia, eficiência e do uso racional de medicamentos nos municípios.

Com relação às responsabilidades definidas na PNM referente a garantir o melhor desempenho do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica, observa-se no gráfico 03 que a Assistência Farmacêutica dos municípios é responsável pela maior parte das atividades relacionadas às seguintes atribuições: 83,9% pela seleção de medicamentos, 82,5% pela programação, 61,75% pela aquisição e 88,7% pelo recebimento. Conforme podemos observar no (gráfico 07), os fatores mais importantes para que os municípios façam a seleção dos medicamentos são: atender a demanda de rede de serviços, contemplar os programas prioritários e constar na Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). O gráfico 04 confirma que os municípios estão, na sua maioria, desempenhando uma boa organização em relação ao ciclo da Assistência farmacêutica quando vemos que 72,2% dos profissionais que dispensam os medicamentos são os farmacêuticos.

Quando questionados sobre a descentralização dos recursos financeiros contribuir para o processo de gestão e organização da Assistência Farmacêutica, gráfico 13, 87,1% dos gestores concordam que contribuem, sendo 45,7% que “totalmente” e 41,4% que “parcialmente”. Porém quando questionados, (gráfico 14), se a forma de repasse utilizando o critério populacional seria o mais adequado, 59,5% responderam que não, ficando mais evidente quando observamos as respostas dos municípios menores de 10 mil habitantes, onde 66,1% dizem que este critério não é o mais adequado, fato que tem que ser aprofundado. Resta-nos saber se dificuldades e barreiras ao acesso a serviços de saúde da rede privada nesses municípios relaciona-se com uma maior dependência dos serviços públicos gratuitos.

6 CONCLUSÃO

O mercado de medicamentos no Brasil movimenta muitos recursos financeiros anualmente e é sabidamente permeado de conflitos de interesses. Entretanto, hoje, reconhece-se também o importante papel de medicamentos essenciais no processo saúde/doença e na melhoria da qualidade de vida dos cidadãos brasileiros.

Neste sentido, apesar do governo ter tomado diversas atitudes e ações no intuito de proteger e defender os consumidores percebe-se a assistência farmacêutica ainda bastante fragilizada na maioria dos municípios brasileiros. Em muitos municípios brasileiros não há um processo de acompanhamento da PNM, mesmo que em grande parte dos municípios utilize-se sistemas de informação próprios. O emprego dessa tecnologia pode ser extrapolado do seu emprego somente em almoxarifados para contemplar também dados que fomentem o processo de acompanhamento da PNM em todos os pontos de atenção da rede com a qual a Assistência Farmacêutica se relacionar com vistas a uma gestão mais eficiente dos medicamentos na rede de saúde.

Observa-se que os gestores se preocupam com a Promoção do Uso Racional de Medicamentos, com a formação mínima dos profissionais que trabalham no ciclo logístico da Assistência Farmacêutica, a maioria deles conseguem implementar ações de Vigilância Sanitária e têm a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais como referência para aquisição e dispensação de medicamentos, lista tal que está baseada em critérios como eficácia, segurança, custo-efetividade, disponibilidade de mercado, dentre outros, além de ser pactuada entre os gestores do SUS antes de ser publicada.

Percebe-se, ao mesmo tempo, que não há um processo de capacitação permanente com os profissionais, eles não contam com uma infraestrutura adequada em grande parte das unidades, e a maioria, principalmente os maiores municípios, têm listas complementares, mostrando a influência do recurso financeiro disponível e dos profissionais prescritores na escolha dos medicamentos a serem adquiridos, fato que confirma a fragilidade da organização da Assistência Farmacêutica nos municípios.

Os gestores confirmam que a descentralização do recurso financeiro aos municípios é um avanço, mas a maioria relata que a forma per capita não é a ideal para o rateio deste recurso, e que o recurso hoje disponível é insuficiente para atender a demanda dos medicamentos do componente básico. Também grande parte destes gestores relata que os estados não têm participado de forma integrada e contínua com aporte financeiro e técnico, isso pode comprometer a garantia dos medicamentos em diversos municípios, quando se observa a falta de recurso financeiro como a principal causa do não fornecimento.

Reconhecendo o papel importante que os laboratórios públicos têm na Política Nacional de Medicamentos, deve-se observar melhor o porquê da maioria dos municípios não priorizar a aquisição dos medicamentos nos estados. E ao mesmo tempo desburocratizar e incentivar a implementação dos consórcios nas regiões de saúde como forma de organizar e fortalecer a gestão compartilhada e solidária.

Sabe-se que os gestores são atores importantes tanto no processo de organização da Assistência Farmacêutica como na atenção dispensada aos usuários, e com essa pesquisa concluiu-se que a Assistência Farmacêutica no contexto da Política Nacional de Medicamentos ainda é incipiente no Brasil. Quando nota-se que diversas das responsabilidades e diretrizes definidas na PNM não estão sendo observadas, mostrando o quanto é necessário acompanhar mais de perto a implementação dessa política nos municípios brasileiros, e ao mesmo tempo buscar superar as fragilidades postas, para que de fato, a política seja efetivada, e com isso seja assegurado à população, o acesso a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, ao menor custo possível que contribuam para a obtenção de resultados concretos em saúde e na melhoria da sua qualidade de vida.

Ao desenvolver esta pesquisa trabalhou-se com várias referenciais teóricas e com as legislações vigentes, e ao observar a Política Nacional de Medicamentos, Política Nacional de Assistência Farmacêutica fica nítida a convergência dos marcos legais que em grande parte se integram e se complementam. Entretanto, em alguns pontos, principalmente na PNM, há necessidade de atualização em relação ao que se vem discutindo atualmente. Urge a necessidade de documentos norteadores e que sirvam de orientação para tomada de decisões de

todos os gestores do SUS na implementação e organização da Política Nacional de Medicamentos.

Como sugestão ao núcleo de Assistência farmacêutica do CONASEMS e as demais instancias de discussão e pactuação do SUS, sugiro rever a Política Nacional de Medicamentos a luz das discussões atuais, incentivar a implementação de consórcios nas regiões de saúde, ampliar o financiamento da assistência farmacêutica como também rever a forma de repasse per capita, intensificar a melhoria da infraestrutura das unidades e na capacitação dos profissionais que trabalham com assistência Farmacêutica nos municípios. Continuar fortalecendo a RENAME como referência para dispensação de medicamentos no sistema Único de Saúde e uma ferramenta de promoção do |Uso Racional de Medicamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida FHM. Consórcio Municipal. Revista de direito administrativo.1958; 52:525-31.
2. Araújo ALA, et al. O Perfil da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde. Brasil: Ciência & Saúde Coletiva. 2008;13(Sup):611-7.
3. Arrais PSD. Medicamentos: consumo e reações adversas– um estudo de base populacional. Fortaleza: Edições UFC; 2009.
4. Baptista TWF. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: Matta GC, Pontes ALM, organizadores. Políticas de saúde: organização e operacionalização do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007.
5. Barbieri JC, Machline C. Logística hospitalar: teoria e prática. São Paulo: Saraiva; 2006.
6. Barros JAC. A atuação dos balconistas de farmácias: ajudando a promover o uso racional de medicamentos? Jornal Brasileiro de Medicina. 1997; 73(2):120-7.
7. Bermudez J, Possas CA. Análisis crítico de la política de medicamentos en el Brasil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1995;119:270-7.
8. Bermudez J. Remédios: Saúde ou Indústria? A Produção de Medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1992.
9. Belinguer G, et al. A Saúde Pública e a Defesa da Vida. 1994.
10. Braga MH. Assistência Farmacêutica: um desafio para o SUS. [acesso em 2011 Ago 10]. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Entrevista2.pdf>.
11. Brasil. Decreto n. 72.552 de 30 de julho de 1973. Dispõe sobre as Políticas e Diretrizes Gerais do Plano Diretor de Medicamentos e dá outras providências. [acesso em 2011 Ago 10]. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=121760>.
12. Brasil. Portaria MPAS/GM n. 514 de 18 de outubro de 1976. Aprova a Relação Nacional de Medicamentos Básicos. Brasília, 1976.
13. Brasil. Constituição Federal. Capítulo da Saúde. Brasília, 1988.
14. Brasil. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o

- funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo, 20 set. 1990.
15. Brasil. Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.
 16. Brasil. Lei n. 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Brasília, 1996.
 17. Brasil. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS96), Brasília: Ministério da Saúde, 1996. [acesso em 2010 Ago 30]. Disponível em: <http://www.saúde.gov.br/descentralização>.
 18. Brasil. Decreto n. 2.283, de 24 de Julho de 1997. Dispõe sobre a extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN e a desativação da Central de Medicamentos – CEME, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União. Seção 1. 25/07/1997. p. 16019 (Brasil, 1988; Capítulo II; Pereira et al, 2003).
 19. Brasil. Portaria MS n. 2.203. Norma Operacional Básica/SUS n. 01/96. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
 20. Brasil. Portaria GM/MS n. 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprovar a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, 1998.
 21. Brasil. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Brasília: MS; 1998.
 22. Brasil. Política Nacional de Medicamentos, Portaria MS/GM n. 3.916/98, Dou n. 215-E, Seção 1, p. 18 a 22, Brasília: Ministério da Saúde/GM, de 10.11.98.
 23. Brasil. Lei n. 9.787 – Lei dos Genéricos, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília, 1999.
 24. Brasil. Plano de Saúde e Relatório de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. [acesso 2000 Set 1]. Disponível em: <http://www.saúde.gov.br/descentralização>.
 25. Brasil. Lei 12401, de 28 de abril de 2001. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação

- de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília, 2001.
26. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Gestão Municipal de Saúde: textos básicos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2001.
 27. Brasil. Decreto 7508, de 28 de junho de 2001. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2001.
 28. Brasil. Resolução n. 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política de Assistência Farmacêutica. Brasília: Diário Oficial da União; 2004.
 29. Brasil. Portaria n. 2.438, de 7 de dezembro de 2005. Cria a Rede Brasileira de Produção Pública de Medicamentos. Brasília, 2005.
 30. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo, 23 fev. 2006.
 31. Brasil. Coordenação-Geral e Apoio à Gestão Descentralizada, Departamento de Apoio à Descentralização, Secretaria Executiva. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
 32. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
 33. Brasil. Portaria n. 2.982, de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e de financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
 34. Brasil. Portaria n. 1214, de 13 de junho de 2012. Instituiu o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica (QUALIFAR-SUS). Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, set. de 2012 v. 128, n. 182, p.18055-9, Seção I, pt.1.
 35. Campos GWS. A Saúde Pública e a Defesa da Vida. São Paulo: HUCITEC; 1994.
 36. Chaud MV, et al. O. Reflexão sobre o ensino farmacêutico. Rev Ciênc Farm, 2004; 25(1):65-8.

37. COSENDEY MAE, et al. Assistência farmacêutica na Atenção Básica de Saúde: a experiência de três estados brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2000 Jan/Mar; 16(1):171-82.
38. Costa Filho JP. Consórcios intermunicipais para a solução de problemas regionais paraibanos. Relatório do I Congresso Estadual dos Municípios Paraibanos, Campina Grande: Comissão de Planejamento Municipal, 1955, 1-2p.
39. De Seta MH. A construção do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária: Uma análise das relações intergovernamentais na perspectiva do federalismo. Rio de Janeiro: Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.
40. Faus MJ, Martinez F. La atención farmacéutica en farmacia comunitaria: evolución de concepos, necesidades de formación, modalidades y estrategias para su puesta en marcha. *Pharm. Care Esp*. 1999; 1:56-61.
41. Gadelha CAG, et al. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. Sistema nacional de inovação em saúde – FIOCRUZ, 2001.
42. Gomes CAP. A Assistência Farmacêutica no Brasil: análise e perspectivas. [acesso em 2011 Ago 12]. Disponível em: http://www.cgee.org.br/arquivos/rhf_p1_af_carlos_gomes.pdf.
43. Hepler CD. The third wave in pharmaceutical education and the clinical movement. *SI: Am J Pharm Ed*. 1987; 51:369-85.
44. Lenita T. Seleção de medicamentos essenciais: propósitos e consequências. *Rev Tempus Actas Saúde Colet*. 2010;4(3).
45. Lima APG. Consórcios Intermunicipais de Saúde e o Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública*. 2000 Out/Dez; 16(4):985-96.
46. Lipton HL, et al. Pharmacists as agents of change for rational drug therapy. *Int. J. Tech. Ass. Health Care*. 1995; 11(3):485-508.
47. Marin N, et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Brasília: Opas/OMS; 2003.
48. Mastroianni PC. Fundamentos de ética e legislação para o uso racional de medicamentos. In: Aizestein ML. Fundamentos para o uso racional de medicamentos. 1.^a ed. São Paulo: Artes Médicas; 2010.

49. Medici AC, et al. A Política de Medicamentos no Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Ciências Estatísticas/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 1991.
50. Mendes EV. Uma Agenda para a Saúde. São Paulo: HUCITEC; 1996.
51. Nascimento MC. Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde? Rio de Janeiro: Vieira&Lent; 2003.
52. Oliveira EA, et al. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(11):2379-89.
53. Opas (Organização Pan-Americana de Saúde). A Saúde no Brasil. Brasília: OPAS; 1998.
54. Perini E, et al. Consumo de Medicamentos e adesão às prescrições: objeto e problema de epidemiologia. Rev. Ciênc. Farm. 1999; 20:471-88.
55. Piovesan MF. A Construção Política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
56. PortalEducação. [acesso em 2009 Set 29]. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br/farmacia/artigos/8811/a-assistenciafarmaceutica-no-brasil-analise-e-perspectivas>. Artigo: A Assistência Farmacêutica no Brasil: Análise e Perspectivas.
57. Portela AS, et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada. 31(1):9-14. [acesso em 2011 Ago 10]. Disponível em: http://serv-ib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/930/930.
58. Silva RCS. Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil. Rio de Janeiro: Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2000. [acesso em 2011 Ago 11]. Disponível em: http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?id=00006204&lng=pt&nrm=iso&script=thes_chap.
59. Silva RR, et al. O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2005.
60. Tavares H. Planejamento microrregional e consórcios intermunicipais. Revista de Administração Municipal. 1977; 24:53-64.
61. Torres LAG. Consórcio Intermunicipal. Estudos, Pareceres e Legislação Básica. Informativo Jurídico do Centro de Estudos e Pesquisas de Administração

- Municipal (CEPAM) n. 11. São Paulo: CEPAM/Fundação Prefeito Faria Lima; 1995.
62. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2010; 27(2):149-56.
63. WHO_World Health Organization. The rational use of drugs. report of a conference of experts. Nairobi, 25-29 Nov.1985. Geneve: WHO; 1987.

ANEXOS

APÊNDICE I – Questionário

| |
|------------------------|
| Nome: |
| Nome do Município: |
| e-mail: |
| Telefone para contato: |

1 INFORMAÇÕES SOBRE A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO MUNICÍPIO

1.1 Com relação à Assistência Farmacêutica no município:

| Não está estruturada | Está pouco estruturada | Medianamente estruturada | Estruturada | Totalmente estruturada |
|-----------------------|------------------------|--------------------------|-----------------------|------------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

1.2 Quais os setores da secretaria de Saúde é responsável pelas atividades da Assistência Farmacêutica elencadas abaixo:

| Área Atividade | Assistência Farmacêutica | Área Administrativa | Gabinete do Secretário | Comitê de Farmácia e Terapêutica | Outras Áreas |
|---|--------------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| Seleção dos medicamentos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Programação das necessidades | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Aquisição dos medicamentos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Recebimento, armazenamento e distribuição (Logística) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

4.2 Quais os profissionais que costumam realizar a entrega / dispensação de medicamentos no município?

| Enfermeiro– a | Tec. Enfermagem | Farmacêutico | Aux. de farmácia | Outros |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.1 O município padroniza uma relação própria de medicamentos (Relação Municipal de Medicamentos- REMUME)?

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sim | Não | Não sabe |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.1 O município padroniza outros medicamentos que não consta na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos- REMUME)?

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sim | Não | Não sabe |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.2 Quais os fatores são considerados na seleção dos medicamentos que compõem a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos) no seu município.

| | Grau de Importância | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | Nenhuma | Pequena | Média | Grande | Muito grande |
| Perfil Epidemiológico do município: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Preferências/prescrições dos médicos do SUS no município | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Atender a demanda da rede de serviços de saúde instalada no município | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Relação custo/efetividade | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Constarem na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.3 Indique quais são as áreas, setores, ou profissionais que definem os medicamentos do componente básico a serem adquiridos no município.

| Nível de Participação Áreas, setores, ou profissionais | Não participa | Participa pouco | Participa | Participa muito | É totalmente responsável pela escolha |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| Farmacêutico e/ou responsável pela assistência farmacêutica do município: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| O Gabinete do Secretário Municipal de | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Saúde: | | | | | |
| O setor Administrativo da Secretaria Municipal de Saúde / Município | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| O setor Financeiro da Secretaria Municipal de Saúde/ Município | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Os médicos que atuam na Secretaria Municipal de Saúde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.4 Que peso tem os fatores abaixo para a escolha dos medicamentos a serem adquiridos no componente Básico da Assistência Farmacêutica.

| Peso Fatores/Critérios | Nenhum | Pequeno | Médio | Grande | Muito grande |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Constar do elenco padronizado pela RENAME ou REMUME: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Contempla o Perfil Epidemiológico do município: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A aceitação dos medicamentos pelos médicos, no município: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Atender à demanda da rede de saúde instalada no município: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Atender aos programas prioritários de saúde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| do município: | | | | | |
| Contemplar os medicamentos que sejam mais divulgados / conhecidos no mercado: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Adequar a escolha ao recurso financeiro disponibilizado pelo Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Relação custo/efetividade dos medicamentos: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.6 Quais os fatores abaixo interferem nos casos em que o município não consegue disponibilizar a totalidade dos medicamentos básicos para a rede de saúde?

| Peso Fatores | Nenhum | Pequeno | Médio | Grande | Muito grande |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Disponibilidade de recursos financeiros: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dificuldade nos processos de compra: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Inexistência de fornecedores na região: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dificuldade em estabelecer as | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| necessidades reais de medicamentos: | | | | | |
| Não possuir elenco padronizado: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| As prescrições não respeitarem a padronização ou elenco disponível: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| As prioridades no município são outras: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Os medicamentos terem pouco impacto e resolubilidade das ações de saúde: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Não continuidade da contrapartida estadual do componente básica da A.F? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Não continuidade da contrapartida Federal do componente básica da A.F? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3.1 O município se associa a outros municípios por intermédio de organização de consórcios para execução da Assistência Farmacêutica?

| Sim | Não | Não sabe |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Em caso não por quê?

| | SIM | NÃO | Não sabe |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Tem pouco conhecimento desta forma de organização da Assistência Farmacêutica: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Não acredita que o consórcio contribui para organização da A.F. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| A burocracia para se constituir um consórcio é muito grande: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

A descentralização dos recursos financeiros aos municípios melhorou o gerenciamento dos medicamentos?

| SIM | NÃO | Não sabe |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

O gerenciamento descentralizado dos recursos financeiros assegurou maior comprometimento do gestor com as necessidades da população?

| SIM | NÃO | Não sabe |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

A utilização do critério populacional como base para a definição de valores do Incentivo repassados ao município tem-se mostrado adequado?

| SIM | NÃO | Não sabe |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

O valor do Incentivo (R\$8.82 *per capita*/ano), destinado à aquisição dos medicamentos básicos, é suficiente para atender as necessidades do município?

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| SIM | NÃO | Não sabe |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

O Estado participa de forma solidária e continua com vista a garantir o medicamento de forma eficaz?

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| SIM | NÃO | Não sabe |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

O município mantém processo de acompanhamento da política de Assistência Farmacêutica?

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sim | Não | Não sabe |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

O município acompanha os sistemas nacionais básicos para a Política de Medicamentos como, por exemplo, o de Vigilância Sanitária, o de Vigilância Epidemiológica?

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sim | Não | Não sabe |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

O município tem sistema de informação para o gerenciamento da Assistência Farmacêutica?

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Não | Próprio | Hórus |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

O sistema de informação contempla?

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Aquisição | Almoxarifado | Distribuição |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

O município promove o uso racional de medicamentos?

| | | | |
|-----|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Não | Pouco | Médio | Muito |
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Existe um perfil de formação profissional mínimo para as pessoas que dispensam medicamentos (escolaridade e formação profissional)?

| | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nenhum | Pequeno | Médio | Grande |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Existe no setor público uma programação para realizar cursos de reciclagem para os profissionais que trabalham com o medicamento? No caso específico: médicos, dentistas, farmacêuticos, enfermeiros e dispensadores?

| | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nenhum | Pequeno | Médio | Grande |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

A secretária ou departamento desenvolve projeto com vista a orientar a população?

| | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nenhum | Pequeno | Médio | Grande |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Existe um processo de treinamento e capacitação continuada para que os recursos humanos possam cumprir as responsabilidades do município no que se refere a esta política?

| | | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Nenhum | Pequeno | Médio | Grande |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

O município consegue implementar as ações de vigilância sanitária sob sua responsabilidade observando a RDC50 na política de A. F.?

| | | |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sim | Não | Não sabe |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

O gestor prioriza a capacidade dos laboratórios oficiais para suprir a necessidade de medicamentos no seu município?

| Não | Pouco | Médio | Muito |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

O município conta com infra-estrutura física adequadas nas centrais farmacêuticas e nas farmácias dos serviços de saúde.

| Não | Pouco | Médio | Muito |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| centrais farmacêuticas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| farmácias dos serviços de saúde | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

APÊNDICE II – TCLE

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa intitulada “Análise da organização da Assistência Farmacêutica nos municípios a luz da Política Nacional de Medicamentos”.

O objetivo desta pesquisa é analisar a estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios à luz da Política Nacional de Medicamentos, identificar a percepção dos gestores municipais quanto a organização da Assistência Farmacêutica Básica e analisar as estratégias adotada pelos gestores na implementação e organização da Assistência Farmacêutica Básica nos municípios.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo por meio da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação será por meio de questionário eletrônico com perguntas estruturadas através dessa enquete. Informamos que o (a) Senhor (a) poderá a qualquer momento se recusar a participar da pesquisa, como também desautorizar o pesquisador de fazer uso das informações, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados e disponibilizados pelos meios de comunicação do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde CONASEMS e poderão ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para Rodrigo no telefone: 6132230155 R20 em horário: comercial ou pelo email rodrigomestrado@unb@gmail.com, ou Professor Drº Rafael Mota Pinheiro às quartas feiras das 14h às 15h no telefone 61 81318990.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e está registrado com o número de protocolo No129/12. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos por meio do telefone: (61) 31071947.

Este documento será armazenado em duas vias.