

UNIVERSIDADE TIRADENTES

JADSON ALVES DA COSTA JUNIOR

JEFERSON DA SILVA SANTOS

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SAÚDE PÚBLICA

ARACAJU, SE

2021

JADSON ALVES DA COSTA JUNIOR
JEFERSON DA SILVA SANTOS

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SAÚDE PÚBLICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Coordenação do Curso de Farmácia da
Universidade Tiradentes (UNIT), como requisito
parcial para obtenção do título de Graduação
em Farmácia.

Orientadora: Profa.Dra Ana Paula Barreto Prata Silva

Aracaju, SE

2021

JADSON ALVES DA COSTA JUNIOR

JEFERSON DA SILVA SANTOS

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA SAÚDE PÚBLICA

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Professor: (UNIT/SE-Orientador)

Professor: (UNIT/SE-Examinador Interno Titular)

Professor: (UNIT/SE-Examinador Interno Titular)

SUMÁRIO

1 - Introdução	5
2 - Referencial teórico	8
3 - Discussão	17
4 - Considerações finais	18
5 - Referências	19

RESUMO

A Assistência Farmacêutica (AF) na saúde pública engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva. Tendo o medicamento como insumo essencial, envolve, também, métodos de pesquisa, desenvolvimento e produção de medicamentos e matérias primas, além de programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida dos seus usuários, objetivando o acesso universal aos fármacos e o uso racional destes. Em contraponto, por se tratar de insumo essencial ao tratamento clínico, verifica-se que há um alto consumo de medicamentos pela população assistida, resultando em uma demanda vultosa da AF, razão pela qual se mostrou necessário dar mais atenção às ações promovidas pela AF. Nesse cenário, o objetivo deste estudo é avaliar a evolução da AF em relação ao contexto histórico, tendo em vista as estratégias e leis criadas, no decorrer do tempo, para fomentar a oferta do serviço, almejando o aumento da qualidade do mesmo. A análise apresentada é o resultado de uma pesquisa bibliográfica de caráter descritivo, feita

através do método de pesquisa qualitativo sobre o avanço da AF no tempo e suas evoluções. Concluiu-se que, a fim de que os avanços na área sejam notórios, ainda há um longo caminho a ser percorrido, principalmente em relação à inserção do profissional farmacêutico no âmbito do Sistema Único de Saúde, uma vez que é ele o detentor do conhecimento técnico específico para condução das atividades. No entanto, o almejado serviço de qualidade será alcançado apenas se houver envolvimento interdisciplinar dos demais setores e profissionais de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Farmacêutico, Assistência Farmacêutica, Sistema Único de Saúde

ABSTRACT

Pharmaceutical Assistance (PA) in public health, encompasses a set of actions aimed at the promotion, protection and recovery of health, both individual and collective, with the medicine as an essential input, it also involves methods of research, development and production of medicines and materials raw materials as well as programming, acquisition, distribution, dispensing, guaranteeing the quality of products and services, monitoring and evaluating their use with a view to obtaining concrete results and improving the quality of life of its users, aiming at universal access to drugs and the rational use of these. In contrast, because it is an essential input for clinical treatment, it appears that there is a high consumption of medicines by the assisted population, resulting in a huge demand for PA, which is why it has been necessary to pay more attention to the actions promoted by PA. In this scenario, the objective of this study is to evaluate the evolution of PA in relation to the historical context, in view of the strategies and laws created, over time, to foster the service offer, aiming at increasing its quality. The analysis presented is the result of a bibliographic research of a descriptive character, made through the qualitative research method on the progress of PA over time and its evolutions. It was concluded that, despite the advances in the area are notorious, there is still a long way to go, mainly in relation to the insertion of the pharmaceutical professional within the scope of the Single Health System (SUS), since it is the holder of specific technical knowledge to conduct the activities. However, the desired quality service

will only be achieved if there is interdisciplinary involvement from other sectors and health professionals.

KEY WORDS: Pharmacist, Pharmaceutical Assistance, Unified Health System

1 - INTRODUÇÃO

A Assistência Farmacêutica (AF) é o conjunto de atividades relacionadas ao medicamento com o objetivo de apoiar as ações de saúde para uma comunidade. O profissional atua em todas as etapas, desde a pesquisa de um novo medicamento até sua chegada aos usuários. Tais fases consistem em: desenvolvimento do fármaco, conservação, controle de qualidade, eficácia terapêutica, segurança, acompanhamento e avaliação da utilização, obtenção e difusão de informações sobre medicamentos, além da educação continuada dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para garantir o uso racional de medicamentos (MUNCK, 2014).

A AF, no Brasil, tem como objetivo a promoção do uso racional de medicamentos, assim como garantir a eficácia do sistema de distribuição de medicamentos no setor público. Uma das estratégias adotadas pelos órgãos responsáveis para isso foi a descentralização para estados e municípios, a fim de

obter melhores resultados quanto ao acesso de medicamentos, reduzindo as desigualdades regionais (MUNCK, 2014).

Ao mesmo tempo, ele colabora para evitar possíveis problemas indesejados durante o uso da medicação, mas caso eles ocorram, o profissional deve buscar uma solução. Na assistência farmacêutica, este pode participar de uma equipe com outros profissionais de saúde para garantir o melhor aproveitamento dos benefícios dos medicamentos (MUNCK, 2014).

A AT está dentro da AF, mas isso não quer dizer que quem faz AF faça, também, AT, pois a AT está voltada para o paciente, e a AF está voltada para o produto, com foco maior no medicamento (MUNCK, 2014).

A PNM tem como propósito precípua garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais. Essa política fortalece os princípios e diretrizes constitucionais, legalmente estabelecidos, explicitando, além das diretrizes básicas, as prioridades a serem conferidas na sua implementação e as responsabilidades dos gestores do SUS na sua efetivação (PORTARIA Nº 3.916/98).

A AF representa, hoje, um dos setores de maior impacto financeiro no âmbito das Secretarias Estaduais de Saúde (SES), e a tendência de demanda por medicamentos é crescente. A ausência de um gerenciamento efetivo pode acarretar grandes desperdícios, sendo considerado recurso crucial (MSH, 1997).

Gerenciar é alcançar resultados através de pessoas, utilizando eficientemente os recursos limitados. Um bom gerenciamento é fruto de conhecimento, habilidades e atitudes. Abrange ações de planejamento, de execução, de acompanhamento e de avaliação dos resultados. Esta é permanente, pois a avaliação dos resultados incorrerá em novo planejamento, nova execução, novo acompanhamento e nova avaliação. A qualificação do gerenciamento da AF é possível através do planejamento, da organização e da estruturação do conjunto das atividades desenvolvidas, visando aperfeiçoar os serviços ofertados à população (MARIN et al, 2003).

A AF, no Brasil, tem como objetivo a promoção do uso racional de medicamentos, assim como garantir a eficácia do sistema de distribuição de medicamentos no setor público. Uma das estratégias adotadas pelos órgãos responsáveis para isso foi a descentralização para estados e municípios, a fim de obter melhores resultados quanto ao acesso de medicamentos, reduzindo as desigualdades regionais (MUNCK, 2014).

No entanto, são observados diversos problemas quanto ao acesso a medicamentos disponibilizados pelo SUS para a população, oriundos tanto de falta de organização e padronização, quanto da falta e desvio de recursos públicos. Esses problemas apresentam um desafio a ser vencido, uma vez que a garantia do tratamento dos usuários do sistema de saúde pública contribui para a saúde da população de uma forma geral, assegurada pelo artigo nº 196 da constituição. (MUNCK, 2014).

O aprofundamento do processo de descentralização gera necessidades de aperfeiçoamento e busca de novas estratégias que venham ampliar a capacidade de gestão dos estados e municípios. Por sua vez, a consolidação das ações de Atenção Básica, como fator estruturante dos Sistemas Municipais de Saúde, torna-se um desafio para o seu fortalecimento (BRASIL, 1998).

A Constituição Federal traz o direito à saúde como um dever do Estado, ou seja, o acesso universal da população a tratamentos de saúde deve ser garantido por todas as esferas de poder, quais sejam: a União, os Estados e os Municípios. A partir da obrigação imposta por nossa Lei Maior, surge o Sistema Único de Saúde, especificamente no art. 198 e ss. da CF, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990, criada para dispor sobre as condições de promoção, proteção, recuperação, organização e funcionamento dos serviços de saúde.

A Lei nº 8.080/90 determina como campo de atuação do SUS, em seu art. 6º, inciso I, alínea d), execução de ações de “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” e, ainda, no inciso VI do mencionado artigo a “formulação da política de medicamentos (...)”, atribuindo à rede pública de saúde a responsabilidade integral sobre a AF aos seus usuários (BRASIL, 1990).

No âmbito público, a AF se alicerça na Política Nacional de Medicamentos (PNM) do Ministério da Saúde (MS) através da Portaria GM nº 3916/98. No âmbito privado, as empresas que atuam na dispensação de medicamentos devem seguir as orientações desta mesma portaria a fim de que os cidadãos tenham acesso à AF.

Em 1971, foi criada a Central de Medicamentos (CEME), e apesar de ter sido um importante marco na AF no país, apresentava problemas em relação à sua forma de organização, baseada em um modelo centralizado e pouco articulado com a realidade dos municípios e estados. Alguns problemas observados foram relacionados ao mau gerenciamento e planejamento na aquisição e distribuição de medicamentos, gerando sua falta ou excesso, além de prazos de validade expirados, ocasionando desperdícios que agravaram, ainda mais, o quadro de inadequação da distribuição de medicamentos no país. A insatisfação dos usuários com a CEME, que não conseguia equacionar suas complexidades, resultou na sua extinção (BERMUDEZ, 2017).

A PNM tem como propósito precípuo garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais. Essa política fortalece os princípios e diretrizes constitucionais, legalmente estabelecidos, explicitando, além das diretrizes básicas, as prioridades a serem conferidas na sua implementação e as responsabilidades dos gestores do SUS na sua efetivação (PORTARIA Nº 3.916/98).

Em 2004, foi publicado o documento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que reforça a ideia de que a AF é parte do cuidado à saúde individual ou coletiva, tendo no medicamento o insumo essencial, a ser garantido com o uso racional (BRASIL, 2004; 2005).

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

A AF, como política pública, teve início em 1971, com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), que tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los, e se caracterizava por manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos (BRASIL, 1971).

Mudanças de princípios foram introduzidas com a promulgação da Constituição Federal em 1988. Esta estabeleceu a saúde como direito social (Art. 6º) e o seu cuidado como competência comum da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (Art. 23). O Art. 196 determina que: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988, p. 154).

Após a institucionalização do SUS como política pública para a saúde no Brasil, realizou-se a inclusão formal da AF como estratégia do SUS por meio da PNM, publicada na Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 (BRASIL, 1998).

Como parte integrante e essencial da Política Nacional de Saúde, a PNM representou um marco para a AF por se caracterizar como um importante instrumento balizador da política de medicamentos no Brasil. Apesar dos avanços alcançados após a instituição da PNM, foi necessário avançar ainda mais com a política de medicamentos do país, de modo a garantir a efetivação das ações estratégicas da AF na busca por uma maior ampliação do acesso a medicamentos, bem como uma melhor articulação e integração dessas ações dentro do sistema de saúde.

Somando-se a esse contexto a necessidade de uma construção mais ampla e participativa da AF enquanto política pública, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), em 2003, que teve como tema “Acesso, Qualidade e Humanização da AF com Controle Social” (BRASIL, 2004; 2005).

Este processo democrático de construção envolveu não somente os gestores federais, mas todos os atores envolvidos com as políticas de saúde, como usuários,

prestadores e profissionais do SUS, em um processo de construção ascendente partindo de municípios e estados. Como resultado das deliberações desse processo de participação social, foi criada a PNAF, aprovada pela Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, que efetivou a AF como política de saúde (BRASIL, 2004; 2005).

A PNAF demarcou a AF como uma política norteadora para a formulação de políticas setoriais e a definiu como “um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional” (BRASIL, 1998; 2005).

Nessa perspectiva, entre os eixos estratégicos priorizados pela PNAF, destaca-se o artigo 2º, incisos I a V, que traz a garantia de acesso equânime às ações de saúde, inclusive à AF, a necessidade de manutenção destes serviços na rede pública, envolvendo os diferentes níveis de atenção, tendo em vista a articulação necessária entre eles, a qualificação dos serviços de AF já existentes, a descentralização das ações, definindo as responsabilidades das diferentes instâncias gestoras de forma pactuada e, por fim, promoção e incentivo do uso racional de medicamentos, através de ações que disciplinam o uso desde a prescrição pelo profissional de saúde até o consumo pelo paciente (BRASIL, 2004; 2005).

No que tange à organização do SUS, a sua fragmentação e os consequentes resultados negativos que interferem na gestão eficiente desse sistema amplo e complexo também são uma preocupação do ponto de vista da AF. Por isso, busca-se uma organização que supere a desarticulação entre seus componentes e que propicie uma interação mais harmônica nos diferentes elementos organizativos das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Dessa forma, deverá ser possível garantir a manutenção e a qualificação dos serviços oferecidos à população, assim como a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM).

Adicionalmente, destaca-se que a eficiente estruturação e a gestão da AF se configuram como um desafio para gestores e demais profissionais que atuam no

SUS, uma vez que as ações desenvolvidas nessa área não devem se limitar apenas aos processos logísticos da disponibilização de medicamentos.

Essas ações exigem também a promoção do cuidado ao paciente, a definição de responsabilidades e o estabelecimento de planos para cada esfera de governo, de acordo com as competências estabelecidas (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

Considerando a mudança do modelo de financiamento das ações e dos serviços de saúde no País sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS, é necessário repensar a atual organização das ações da AF no contexto do redirecionamento definido pelas normativas vigentes.

Tendo a AF como uma política articulada às diretrizes gerais da saúde, destaca-se a importância de ressignificá-la, com o intuito de superar os desafios e avançar progressivamente no acesso a medicamentos e no cuidado ao paciente, para o alcance de resultados satisfatórios em saúde (Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017).

À vista disso, temos a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename): patrimônio da AF do SUS, o acesso a medicamentos essenciais compõe um dos oito objetivos de Desenvolvimento do Milênio, sendo um dos pilares da formulação e da implementação de políticas nacionais de saúde.

Trata -se de uma lista de medicamentos que deve atender às necessidades de saúde prioritárias da população brasileira. Deve ser um instrumento mestre para as ações de AF no SUS, tornando- se uma das estratégias da política de medicamentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) para promover o acesso e uso seguro e racional de medicamentos. Esta relação é constantemente revisada e atualizada pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Rename (COMARE) (NASCIMENTO JÚNIOR et al., 2015).

Pelo seu caráter dual que transita entre o comércio e bem da saúde, (BERMUDEZ, 2017) a questão do medicamento é aspecto-chave nos sistemas de saúde. A PNM retrata que a Rename é um imprescindível instrumento de ação do

SUS, na medida em que contempla um elenco de produtos necessários ao tratamento e ao controle da maioria dos problemas de saúde prevalentes no País (BRASIL, 1998), promove o uso racional e orienta o financiamento de medicamentos na AF (BRASIL, 2017).

Diante disso, a permanente revisão da Rename, sustentada nos princípios basilares do SUS, como a universalidade, a integralidade e a equidade, é o eixo estruturante e organizador da PNM e encontra tanto desafios quanto oportunidades para o seu aprimoramento (OSORIO-DE-CASTRO et al., 2017).

A partir da publicação de novos atos normativos, como o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011; a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que instituiu a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC); bem como a recente Resolução da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nº 25, de 31 de agosto de 2017, que define as diretrizes de atualização da Rename de forma a identificar os medicamentos oferecidos em todos os níveis de atenção e nas linhas de cuidado do SUS, a Rename adquire progressivamente um caráter norteador na seleção e na programação de medicamentos, na prescrição médica, além de subsidiar decisões de judicialização. Por conseguinte, todos os esforços de desenvolvimento, regulação, produção, provisão e utilização de medicamentos no SUS devem se nortear pela Rename (NASCIMENTO JÚNIOR et al., 2015; BRASIL, 2017).

Em análise comparativa das edições da Rename publicadas entre 2000 e 2014, observa-se o aumento crescente do número de medicamentos nas edições publicadas após 2012 e, apesar dos esforços envidados para a atualização da lista, nota-se que a judicialização e a pressão pela incorporação tecnológica de produtos inovadores têm aumentado nos últimos anos (OSORIO-DE-CASTRO et al., 2017).

Ao longo dos anos, pôde-se verificar que essa importante ferramenta de consolidação do direito à saúde tem se modificado, com o intuito de atender às demandas e ao próprio processo de amadurecimento do SUS como política pública. Foi possível verificar uma Rename em fase de estruturação como política, com tentativas de difusão e organização de métodos de elaboração, em uma fase pré-SUS, dentro do contexto da CEME.

Na sequência, uma Rename em fase de consolidação, no contexto da PNM e da PNAF, com estruturação de métodos de elaboração sob a condução da COMARE. E por último, entrando numa fase de Rename como definidora do acesso, pautada pelos novos marcos legais, que a colocam como definidora do financiamento da AF no País, além dos processos de elaboração agora conduzidos pela CONITEC.

Assim, como perspectiva, propõe-se aperfeiçoar a proposta metodológica das futuras atualizações da lista, buscando transparência, eficiência e economicidade para o sistema de saúde (Rename 2017 publicada em ago/2017).

A Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998 que aprova a Política Nacional de Medicamento - PNM define a AF como:

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

Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia Terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998).

Destaca-se que a eficiente estruturação e a gestão da AF se configuram como um desafio para gestores e demais profissionais que atuam no SUS, uma vez que as ações desenvolvidas nessa área não devem se limitar apenas aos processos logísticos da disponibilização de medicamentos. Essas ações exigem também a promoção do cuidado ao paciente, a definição de responsabilidades e o estabelecimento de planos para cada esfera de governo, de acordo com as competências estabelecidas. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2011).

À vista disso, temos que a PNM, consoante o disposto na Portaria nº 3.916/98, traz como suas diretrizes, além da já mencionada revisão permanente da RENAME, a reorientação da AF, sendo considerada, inclusive, uma das prioridades da PNM, trazendo, acerca de tal diretriz, nos seguintes termos:

A AF no SUS, por outro lado, engloba as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e utilização - nesta compreendida a prescrição e a dispensação -, o que deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos segundo as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos (BRASIL, 1998).

A diretriz de reorientação da AF está direcionada para o seu intensivo processo de descentralização. Essa nova lógica estabeleceu a responsabilidade dos três níveis de gestão, tanto no que se refere ao financiamento quanto ao estabelecimento de políticas em prol da promoção do acesso e do URM. (BRASIL, 1998).

Logo, levando-se em consideração o direito à saúde disposto no art. 196 da CF, como já mencionado neste trabalho, temos que a AF disposta na PNM significa uma parte determinante para a resolução da atenção e dos serviços em saúde, tendo em vista que propõe a dispensação de tratamento medicamentoso a todos os usuários do SUS, envolvendo, por conseguinte, alocação de volume vultoso de verbas públicas.

Ademais, considerando a mudança do modelo de financiamento das ações e dos serviços de saúde no País, definido pela Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017, que dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do SUS, é necessário repensar a atual organização das ações da AF no contexto do redirecionamento definido pelas normativas vigentes. Nesse sentido, tendo a AF como uma política articulada às diretrizes gerais da saúde, destaca-se a importância de ressignificá-la com o intuito de superar os desafios e avançar progressivamente no acesso a medicamentos e no cuidado ao paciente, para o alcance de resultados satisfatórios em saúde (Portaria GM/MS nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017).

À vista disso, cite-se também a Portaria nº 204/GM de 29 de janeiro de 2007, que define o financiamento das ações em saúde, organizando-os em blocos. A AF do SUS está dividida em três Componentes, quais sejam: O Componente Estratégico, contendo os medicamentos para tratamento de doenças epidêmicas e endêmicas, Componente Especializado, contemplando a assistência integral à saúde, seguindo os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT de cada

patologia e, por fim, Componente Básico da AF, que contempla os medicamentos e insumos essenciais, destinados a assistência das patologias mais prevalentes.

Cumpre-nos ressaltar que, de tais grupos, excluem-se apenas os medicamentos de uso hospitalar e, também, os medicamentos oncológicos, que possuem fontes de financiamento diversas dentro do SUS.

Isto posto, tendo em vista que o Componente Estratégico destina-se ao tratamento de endemias e epidemias, situações mais específicas, as quais não fazem parte do objeto tratado neste artigo, vale dissertar mais acerca dos Componentes Especializado e Básico da AF, uma vez que estes são destinados aos tratamentos medicamentosos demandados, diretamente, pelos usuários do SUS, os quais possuem portarias reguladoras próprias, respectivamente, Portaria nº 1.554 e Portaria nº 1.555, ambas de 30 de julho de 2013.

Frise-se que tais portarias, dentre outras normas, estabelecem a repartição de competências entre os entes públicos, atribuindo a cada um deles responsabilidades específicas quanto ao dever de aquisição e distribuição dos medicamentos contemplados, demonstrando, por conseguinte, o processo de descentralização que distribuiu competências entre os três níveis de gestão, assim como mencionado em momento anterior.

Toda esta divisão nos moldes apresentados pretende garantir a universalização do acesso a medicamentos através do SUS. Dito isto, destaque-se que, o Componente Básico da AF – CBAF ampliou o acesso da população ao SUS, o que exigiu mudanças na organização da AF, de maneira a aumentar a cobertura da distribuição gratuita de medicamentos, bem como minimizar custos e construir um arcabouço legal para sustentar o processo de descentralização da gestão das ações (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

A aquisição centralizada de alguns medicamentos essenciais à atenção básica, e, portanto, contemplados no CBAF, é uma das estratégias desenvolvidas visando à garantia de um acesso adequado ao tratamento medicamentoso, a exemplo das insulinas para o controle do diabetes e dos contraceptivos para as ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e planejamento

familiar. Além disso, o CBAF exemplifica uma série de ações que ele pode fortalecer na AT nos quais se destaca:

Repasse de recursos para a organização da AF da saúde de pessoas privadas de liberdade no sistema prisional, envio de medicamentos e insumos para atendimento dos locais atingidos por desastres de origem natural, Investimento no Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, criação do Curso de fitoterapia para médicos do SUS, elaboração de Diretrizes para Estruturação das Farmácias no Âmbito do SUS, realização da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM), dentre outros.

Ainda falando sobre o Componente Básico da AF, podemos citar a criação, no ano de 2004, pelo Governo Federal, do Programa Farmácia Popular do Brasil, através do Decreto nº 5.090 de 20 de maio de 2004, onde, logo em seu art. 1º estabelece o objetivo de disponibilização de medicamentos, nos termos da Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004 (Lei que autoriza a Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz a disponibilizar medicamentos), em municípios e regiões do território nacional (BRASIL, 2004).

O Programa Farmácia Popular se caracteriza como um braço do CBAF, que objetiva ampliar o acesso a medicamentos, oferecendo-os a baixo custo à população, através de convênios firmados com Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos, bem como em rede privada de farmácias e drogarias, segundo §1º, do art. 1º do Dec. 5.090/04. (BRASIL, 2004).

As farmácias e drogarias da rede privada que participam do Programa, poderão ser identificadas através da presença do slogan “Aqui tem Farmácia Popular” no estabelecimento. Além desta parceria com a rede privada, o Programa conta, ainda, com sua própria Rede de Farmácias Populares.

3 - DISCUSSÃO

Ao analisar os artigos publicados referente à finalidade da AF no decorrer do tempo, pode-se apresentar as seguintes inferências:

Bermudez relata como o módulo de Farmácia Básica pode ser identificado, em grande parte, como um instrumento de favorecimento do clientelismo político que contribuiu para a distorção da CEME de suas finalidades iniciais e para o quadro de esvaziamento político que caracterizou as consecutivas mudanças em sua vinculação institucional na AF (BERMUDEZ 1995).

Já sobre a análise de Gomes, deve-se observar atentamente os alcances dos objetivos da AF ao paciente com eficiência e eficácia e à integração às demais atividades desenvolvidas no ambiente de trabalho, tanto na rede privada ou na rede pública (GOMES 2007).

Outro autor também citado no trabalho foi Munk, que relatou dessa maneira, que quando o medicamento necessário ao tratamento do paciente está em falta na rede pública ou ainda não foi incorporado ao SUS, o mesmo pode ser pleiteado via judicial. A demanda judicial de medicamentos que já constam em listas disponibilizadas pelo poder público indica falhas na gestão da AF. Como a população necessita de tais medicamentos e não obtém informações corretas de onde e como adquiri-los, pode acabar desistindo do tratamento, o que não é interessante do ponto de vista da saúde (MUNCK 2014).

Por outro lado, Nascimento Júnior, falou que com o efetivo funcionamento da base nacional de dados, será possível coletar, analisar e disseminar informações relativas à gestão integrada da AF no contexto da saúde no Brasil. Deste modo, possibilitará a definição e a pactuação de indicadores nacionais da AF, buscando propiciar melhores condições de saúde aos usuários e produzir evidências sobre a situação da Política Nacional de AF e suas tendências (NASCIMENTO JUNIOR 2015).

Em sua síntese, Osório de Castro, ao lutar diuturnamente pela implementação de políticas de garantia do acesso universal a medicamentos no território nacional, pôde demonstrar, com suas experiências exitosas, que países em

desenvolvimento eram capazes de promover esse acesso”. Ele também relata que busca não só compreender a consolidação da AF, mas também fornecer referências para que ela continue avançando no Brasil, afinal, apesar das conquistas, ainda existem vários desafios a serem enfrentados (OSÓRIO-DE-CASTRO 2017).

Deste modo, Oliveira, Assis e Barboni citam que a expansão e a centralidade da APS no sistema de saúde brasileiro exigiram mudanças na AF, de maneira a ampliar e garantir o acesso aos medicamentos e reforçando a necessidade do uso racional como elemento de qualificação do cuidado (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Por conseguinte, Wannmacher concluiu que a seleção de medicamentos deve ser pautada nas análises de eficácia, de segurança, de custo, de qualidade e de comodidade para o usuário tanto na AF como na atenção farmacêutica (WANNMACHER, 2006).

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando a atuação do farmacêutico no SUS, é possível notar progressos favoráveis e marcos políticos importantes para a prática da AF. Contudo, é necessário considerar que ainda há um longo caminho a ser percorrido, sendo essencial que seja dada cada vez mais atenção para a área, pois, teoricamente, a visão que se observa é de completa realização prática, mas ao observar a realidade, nota-se que ainda há um longo caminho a ser percorrido, necessitando assim de uma atenção maior voltada à inclusão desse serviço no SUS.

O campo de gestão farmacêutica no SUS é um mercado de trabalho que também merece atenção, cuidado, zelo, paciência e luta, para que assim consiga contribuir para a prática de um modelo sete estrelas, onde uma de suas prioridades deve ser a qualidade no atendimento aos pacientes e o uso racional de medicamentos, colaborando ainda mais para uma economia justa.

Chegando ao fim da análise bibliográfica, pode-se atribuir uma considerável e notória evolução no âmbito da AF, onde a peça-chave para um bem-estar dos pacientes, adesão farmacoterapêutica e uso racional de medicamentos seja, sem sombra de dúvidas, o farmacêutico, que em alguns casos, também pode auxiliar com relação aos recursos financeiros do governo para a saúde pública, priorizando a economia e contemplação de todos os produtos relevantes aos problemas de saúde do país.

Nessa perspectiva, a inserção do farmacêutico nas equipes de saúde do SUS é premente, sendo ele o profissional detentor técnico específico para conduzir com efetividade as atividades do setor da AF. Entretanto, um serviço de atenção farmacêutica de qualidade, mesmo que tenha o farmacêutico como protagonista, só será alcançado com efetividade através do envolvimento interdisciplinar dos demais serviços e profissionais da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

BERMUDEZ, J.A.Z. Acesso a medicamentos: impasse entre saúde e o comércio! **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n.9, p. e00123117, set, 2017. BRASIL. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. **Aprova a Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, DF, 1 out. 1998.

Disponível em:<
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf> Acesso em 03 de maio de 2021.

BRASIL. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Acesso em: 13 de abril de 2021

BRASIL. Decreto nº 5.090 de 20 de maio de 2004. **Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências.** Brasília, DF. 20 mai. 2004 e 2005 Acesso em: 21 de abril de 2021.

BRASIL. Portaria nº 204 de 29 de janeiro de 2007. **Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.** Brasília, DF. 29 jan. 2007. Acesso em: 21 de abril de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2017.** Brasília, 2017. Acesso em: 13 de abril de 2021.

GOMES, M.J.V de M; REIS, A.M.M. **Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em Farmácia Hospitalar.** 1ª edição, São Paulo, Atheneu, 2007. Disponível em: <https://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/130/encarte_farmacia_hospitalar.pdf> Acesso em: 12 de abril de 2021.

Ministério da Saúde. **Base Nacional da Assistência Farmacêutica.** ©2013 Acesso em: 10 de maio de 2021.

MUNCK, A. K. **Perspectiva médico-sanitária das demandas judiciais de medicamentos em um município polo de Minas Gerais.** 2014. 131 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf> Acesso em: 11 de maio de 2021.

NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. et al. Avanços e perspectivas da RENAME após novos marcos legais: o desafio de contribuir para um SUS único e integral. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 3354-3371, out. 2015. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>> Acesso em: 19 de abril de 2021.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 3561-3567, nov. 2010. Acesso em: 17 de abril de 2021.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. Policy Change and the National Essential Medicines List Development Process in Brazil between 2000 and 2014: Has the Essential Medicine Concept been Abandoned? **Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology**, [S.l.], Dec. 2017. DOI: 10.1111/bcpt.12932. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf> Acesso em: 11 de maio de 2021.

WANNMACHER, L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. **Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados**, Brasília, v. 3, n. 2, p. 1-6, jan. 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf> Acesso em: 11 de maio de 2021.

