

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Acesso a Medicamentos Essenciais no Rio de Janeiro”

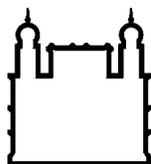
por

Vera Lucia Luiza

*Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências
na área de Saúde Pública.*

*Orientador principal: Prof. Dr. Jorge Antonio Zepeda Bermudez
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Zulmira Maria de Araújo Hartz*

Rio de Janeiro, julho de 2003.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta tese, intitulada

“Acesso a Medicamentos Essenciais no Rio de Janeiro”

apresentada por

Vera Lucia Luiza

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Eliezer Jesus de Lacerda Barreiro

Prof.^a Dr.^a Marly Aparecida Elias Cosendey

Prof.^a Dr.^a Keyla Belizia Feldman Marzochi

Prof. Dr. Carlos Augusto Grabois Gadelha

Prof. Dr. Jorge Antonio Zepeda Bermudez – Orientador principal

Tese defendida e aprovada em 25 de julho de 2003.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

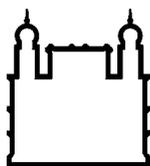
L953a Luiza, Vera Lucia
Acesso a Medicamentos Essenciais no Rio de Janeiro. / Vera
Lucia Luiza. -- 2003.
xiii,227 f. : il. ; tab. ; graf. ; mapas

Orientador: Jorge Antonio Zepeda Bermudez
Zulmira Maria de Araújo Hartz

Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio
Arouca, Rio de Janeiro, 2003.

1. Assistência Farmacêutica - provisão & distribuição.
2. Política Nacional de Medicamentos. 3. Avaliação em Saúde.
4. Medicamentos Essenciais. 5. Acesso aos Serviços de Saúde.
6. Estudos de Casos. I. Título.

CDD – 22.ed. – 615.1



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, por processos fotocopiadores.

Vera Lucia Luiza

Rio de Janeiro, 24 de abril de 2015

Às minhas filhas, Luanda e Huila, ao meu marido, João Luís e à minha mãe, Ondina, por terem me suportado. Eu os amo.

À todos aqueles que sofrem pela falta de acesso aos medicamentos, gostaria de ter-lhes podido oferecer uma solução mais concreta.

AGRADECIMENTOS

A Jorge Bermudez e Zulmira Hartz, meus orientadores e, sobretudo, amigos, obrigado por não terem desistido de mim; tomara que além de todo ensinamento técnico, eu tenha aprendido a competência, a dedicação e o respeito que vocês devotam ao trabalho, aos amigos e às pessoas.

À Maria Auxiliadora Oliveira - Dora, obrigado pela amizade, pelos puxões de orelha na hora certa, pelo carinho.

Aos amigos do Núcleo de Assistência Farmacêutica, Exército de Brancaleone ao qual que tenho a honra de pertencer, obrigado pelo apoio, por ter suportado a sobrecarga de trabalho nas minhas ausências para fazer o presente estudo.

Particular obrigado à Ângela Esher, pela excelente colaboração na discussão da abordagem qualitativa do estudo e na condução do trabalho de campo; à Claudia Garcia Serpa Osório de Castro e Thiago Azeredo pelo auxílio na revisão da bibliografia; Aline Matias e Federico Miranda, pela supervisão do trabalho de campo.

À Marly Cosendey, por ter compartilhado das reflexões sobre o trabalho em diversos momentos e pela supervisão do trabalho de campo.

A todos os profissionais e usuários entrevistados nos diferentes municípios, que nos cederam parte de seu tempo para colaborar com este trabalho.

À Alessandra Martini Amorim, Alexandre Aslan Drumond, Alexandre Marques Lopes, Ana Lília Braga Maciel, Antônio Arnaldo de C. M. Neto, Brunno Cabral de Andrade, Claudia Almada Leite, Fabiana Pereira Lins, Felipe Lima Clerier, Flavia Souza Ribeiro, Flavia Willi Sarmento, Francisco José E. Furtado, Giovanna Gisele Salerno, Luciana Lima de Moura, Marcia Silva da Cruz, Milena Oliveira Bittencourt, Rachel Magarinos Torres, Renata Soares Dias de Souza, Rosângela Mantuano e Uendel Gomes Barreiros pela colaboração dedicada como pesquisadores de campo e à coordenação do Curso de Especialização em Farmacácia Hospitalar nos Moldes de Residência da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal Fluminense pela liberação dos alunos para participar do trabalho.

À Superintendência de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, pelas informações fornecidas.

À Núbia Boechat, por autorizar o fornecimento de informações para o trabalho.

A João Fonseca, que, além de tudo mais, auxiliou na formatação e revisão do texto.

À FAPERJ e a ENSP pelo financiamento que viabilizou a realização do estudo.

A todos aqueles que colaboraram com a realização deste trabalho e que eu tenha esquecido de mencionar, além do obrigado, minhas desculpas.

*Se você entrar numa farmácia latindo é mais barato do
que entrar tossindo*

Joelmir Betting

RESUMO

Este estudo teve como finalidade desenvolver estudo de acesso aos medicamentos essenciais no estado do Rio de Janeiro tendo como base a análise de implantação da política nacional de medicamentos e do programa de descentralização de assistência farmacêutica. Como ponto de partida foi proposto, a partir de estudos publicados na literatura, modelo teórico e lógico para compreensão da relação das dimensões do acesso aos medicamentos com a organização da assistência farmacêutica. A metodologia de estudo, tendo como unidade de análise o estado do Rio de Janeiro, foi baseada no modelo de estudo de caso com níveis de análise imbricados, a partir da aplicação de diferentes conjuntos de indicadores correspondentes, em municípios do estado, eleitos como unidades de observação. Foram aplicados diferentes métodos de coleta de dados como a observação, entrevista e análise de documentos. Como abordagem complementar à construção da visão do contexto foram entrevistados informantes-chave de associação de portadores de doenças. Como resultado obteve-se grau de implantação classificado como crítico tendo sido encontrado vários problemas na organização da assistência farmacêutica no nível local, em todos os seus componentes. O estudo do acesso revelou problemas tanto no setor público quanto no setor privado, como a falta de orientação aos pacientes quanto ao uso dos medicamentos, o desabastecimento e as dificuldades de aquisição, onde 42.2% dos pacientes entrevistados à saída da farmácia privada declararam não ter podido comprar seus medicamentos. O modelo desenvolvido mostrou-se coerente nas diversas dimensões e níveis de análise e os instrumentos utilizados de fácil compreensão e utilização, indicando elevando potencial de reprodutibilidade.

Palavras-chave: acesso a medicamentos, assistência farmacêutica, política de medicamentos, avaliação em saúde

ABSTRACT

This work aimed at developing a study on access to essential medicines in Rio de Janeiro state based on the analysis of the national medicines policy implementation and pharmaceutical services decentralization program. As a starting point it has been proposed, based on studies published in the literature, a theoretical and logical model intending to understand the relationship between the dimensions of access to medicines with the organization of pharmaceutical services. The study methodology, with the unit of analysis the state of Rio de Janeiro, was based on a case study model with intricate levels of analysis, and applied a set of indicators in 20 municipalities, elected as observation units. We applied different data collection methods such as observation, interviews and document analysis. As a complementary approach to build the vision of context key informants from patient associations were interviewed. The implementation degree was rated as critical and several problems in the organization of pharmaceutical services at the local level were found, in all components. The study revealed access to medicines problems in the public sector and the private sector, such as lack of guidance to patients regarding the use of drugs, medicines shortages and acquisition difficulties, resulting in 42.2% of patients interviewed outside the private pharmacy declaring no being able to buy their drugs. The developed model was consistent in the different dimensions and levels of analysis and instruments used easy to understand and use, indicating good reproducibility potential.

Keywords: access to medicines, pharmaceutical care, drug policy, health evaluation

SUMÁRIO

<i>Rio de Janeiro, julho de 2003.</i>	<i>i</i>
2.1 <i>Objetivo geral</i>	5
2.2 <i>Objetivos específicos</i>	5
<i>Acesso a cuidados, ações ou serviços de saúde – definição e abordagens de avaliação</i>	6
4.1 <i>Reforma e financiamento do setor saúde</i>	11
<i>Considerações quanto ao acesso aos medicamentos</i>	20
<i>Medicamentos e Assistência Farmacêutica</i>	27
4.1.1 <i>Preço e Mercado de Medicamentos</i>	34
4.1.2 <i>Globalização, Propriedade Intelectual</i>	46
4.2 <i>A organização do setor saúde no Brasil</i>	49
4.2.1 <i>Medicamentos e Assistência Farmacêutica no Brasil</i>	55
<i>Sobre a avaliação de políticas públicas e o acesso aos medicamentos</i>	72
<i>O estado do Rio de Janeiro, saúde e assistência farmacêutica</i>	76
<i>Estratégia da pesquisa</i>	78
<i>Desenho operacional do estudo</i>	81
5.1.1 <i>Abordagem no nível municipal</i>	81
5.1.2 <i>Abordagem às organizações não governamentais de representação de portadores de patologias</i>	89
6.1 <i>Quanto aos municípios visitados</i>	90
6.2 <i>Organização da assistência farmacêutica municipal</i>	90
6.2.1 <i>Seleção de medicamentos</i>	90
6.2.2 <i>Aquisição</i>	94
6.2.3 <i>Armazenamento/ distribuição</i>	101
6.2.4 <i>Dispensação/ Promoção do Uso Racional de Medicamentos</i>	103
6.2.5 <i>Gerenciamento (contexto organizacional)</i>	103
6.3 <i>Grau de implantação</i>	104
6.4 <i>Acesso a medicamentos</i>	107
6.4.1 <i>Disponibilidade física</i>	108
6.4.2 <i>Sustentabilidade financeira/ Capacidade Aquisitiva</i>	108
6.4.3 <i>Acessibilidade geográfica</i>	110
6.4.4 <i>Adequação</i>	112
6.4.5 <i>Qualidade de produtos e serviços</i>	112
6.4.6 <i>Resultado (outputs e outcomes)</i>	113
6.5 <i>Sobre as Organizações não Governamentais abordadas</i>	113
6.5.1 <i>Participação das ONGs abordadas em Conselhos de Saúde e Relação com parceiros</i>	115
6.5.2 <i>Definição de medicamentos essenciais e percepção em relação ao acesso</i>	117
6.5.3 <i>Atuação das organizações, com enfoque nas ações relativas ao acesso a medicamentos</i>	122
6.5.4 <i>Alternativas apontadas pelas ONGs para o acesso aos medicamentos essenciais.</i>	123
<i>Limitações do estudo</i>	125
<i>Anexo 1. Estudos de acesso a cuidados de saúde, dimensões e indicadores utilizados.</i>	139
<i>Anexo 2. Responsabilidades das 3 esferas de governo quanto à Assistência Farmacêutica segundo a PNM (Portaria MS 3916 – Brasil, 1998) e o Programa de Descentralização da Assistência – PAFB (Portaria MS 176 – Brasil, 1999)</i>	143
<i>Anexo 2 - Elenco pactuado de medicamentos do Programa de Assistência Farmacêutica Básica do estado do Rio de Janeiro vigente à época do estudo.</i>	145
<i>Anexo 3. Indicadores de acesso a medicamentos.</i>	146
<i>Anexo 4. Manual do Entrevistador e do Supervisor de campo</i>	150

8.1.1	Manual do Entrevistador	150
8.1.2	Roteiro para abordagem dos supervisores – Atividades	157
<i>Anexo 5. Questionário de Pesquisa</i>		159
	Pesquisa na Secretaria Municipal de Saúde	160
	Almoxarifado municipal de medicamentos	179
	Formulário de comparação de preços –B	187
	Formulário de dados de posição de estoque	189
	Pesquisa em unidade pública de saúde ou Farmácia pública de dispensação	191
	Análise de prescrição e dispensação	209
	Entrevista ao paciente na saída de serviços de saúde públicos	210
	Pesquisa em farmácia privada	211
	Formulário de comparação de preços – A	220
	Formulário para coleta de dados de paciente simulado	222
	Entrevista ao paciente na saída de farmácias privadas	223
<i>Anexo 6. Proposta de Sistema de Informação de Assistência Farmacêutica no Estado do Rio de Janeiro</i>		224

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Principais mercados na indústria farmacêutica (vendas em farmácias e drogarias), 1997-2000, US\$ milhões.....	34
Tabela 2. Dez maiores empresas farmacêuticas no mundo e participação percentual no mercado, 2000	35
Tabela 3. Participação nos gastos de P&D por doença e participação no mercado mundial, 1997.....	36
Tabela 4. Distribuição das vendas de medicamentos por origem de capital das empresas. Mercado Farmacêutico do Brasil, 1995 a 1998.....	56
Tabela 5. Participação dos gastos com medicamentos na renda familiar mensal referente às famílias que efetivamente gastaram com medicamentos.....	60
Tabela 6. Fonte de assistência farmacêutica e médica segundo a faixa de renda. Brasil, 1998.....	60
Tabela 7. Despesas federais com medicamentos em Reais, Brasil, 1998 a 2002.....	66
Tabela 8. Gastos federais em medicamentos e gastos federais em saúde. Brasil, 1999 a 2001.....	68
Tabela 9. Evolução do número de mandados judiciais impetrados contra o estado do Rio de Janeiro por ano de início da ação (estrato). janeiro de 1991 a dezembro de 2002	69
Tabela 10. Municípios selecionados segundo a regional de saúde, condição de gestão, população e IDH.....	83
Tabela 11. Caracterização dos municípios estudados segundo indicadores selecionados (valores médios). Rio de Janeiro, 2001.....	85
Tabela 12. Despesa <i>per capita</i> em medicamentos segundo o município, condição de gestão e população. Rio de Janeiro, 2000.....	95
Tabela 13. Distribuição percentual de despesa com medicamentos segundo o tipo de fornecedor. Rio de Janeiro, 2000.....	96
Tabela 14. Distribuição percentual segundo o tempo de espera declarado por tipo de fornecedor utilizado. Rio de Janeiro, 2001.....	97
Tabela 15. Problemas referidos quanto ao recebimento de medicamentos segundo a modalidade de aquisição. Rio de Janeiro, 2001.....	97
Tabela 16. Distribuição dos municípios segundo o número habitual de licitantes nesta modalidade de aquisição. Rio de Janeiro, 2001.....	98
Tabela 17. Almoxarifados municipais segundo o número de unidades públicas abastecidas, tipo de habilitação de gestão e evidência de controle físico-financeiro de estoque. Rio de Janeiro, 2001.....	102

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Despesas em saúde na América Latina e Caribe e outras regiões selecionadas em 1990.	13
Quadro 2. Sistemas de financiamento e distribuição de medicamentos.....	14
Quadro 3. Critérios de avaliação dos sistemas de financiamento de medicamentos.....	20
Quadro 4. Funções essenciais do estado nos mercados farmacêuticos	40
Quadro 5: Atores públicos e privados segundo o subsistema do mercado farmacêutico	41
Quadro 6. Exemplos de medidas para controlar os gastos com medicamentos	42
Quadro 7. Mecanismos para promover o uso de medicamentos genéricos.....	43
Quadro 8. Principais argumentos a favor e contra o controle de preços	44
Quadro 9. Principais formas de controle de preços	44
Quadro 10. Princípios gerais do SUS.	50
Quadro 11 Algumas características das instâncias colegiadas do SUS.....	52
Quadro 12. Instrumentos de programação, controle e avaliação para as três esferas de governo, com respectiva descrição e fluxo.....	54
Quadro 13. Diretrizes e prioridades definidas pela Política Nacional de Medicamentos	63
Quadro 14. Número de itens, % de itens fora da RENAME e preço em Reais por kit do Programa Farmácia Popular. Brasil, 2001 a 2003.	66
Quadro 15. Comparativo entre as principais modalidades de licitação para aquisição de medicamentos.	70
Quadro 16. Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados.	73
Quadro 17: Formulários e atividades de pesquisa segundo as unidades de observação	88
Quadro 18. Categorização utilizada para os medicamentos padronizados por um dos municípios visitados. Rio de Janeiro, 2001.	91
Quadro 19. Qualidades e problemas apontados pelos municípios segundo a modalidade de aquisição. Rio de Janeiro, 2001.	99
Quadro 20. Sumário da pontuação alcançada por componente, Rio de Janeiro, 2001.	105
Quadro 21. Indicadores de acesso para o setor público. Rio de Janeiro, junho de 2001.	107
Quadro 22. Indicadores de acesso para as farmácias privadas. Rio de Janeiro, junho de 2001.	107

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Modelo teórico para medição do acesso segundo Aday & Andersen, 1981.....	9
Figura 2. Modelo das opções de financiamento em saúde	16
Figura 3: Modelo teórico de acesso a medicamentos essenciais.....	27
Figura 4. Ciclo da assistência Farmacêutica.....	30
Figura 5. Mercado brasileiro de medicamentos. Vendas em bilhões de dólares e bilhões de unidades. Brasil, 1997 a 2000.....	57
Figura 6. Cronologia da proteção de patentes no Brasil.....	58
Figura 7. Evolução da quantidade vendida de medicamentos genéricos no Brasil, junho de 2000 a fevereiro de 2003.	59
Figura 8. Evolução das despesas federais pro programa de medicamentos. Brasil, 1998 a 2002.....	67
Figura 9. Despesas federais relativas entre o programa de HIV-aids e os demais. Brasil, 1998-2002.....	67
Figura 10: Modelo lógico: componentes da assistência farmacêutica municipal conforme definição da Portaria 3916/98 e acesso a medicamentos essenciais.	80
Figura 11. Municípios selecionados segundo a região do estado. Rio de Janeiro, 20001.	86
Figura 12. Problemas referidos quanto ao recebimento de medicamentos segundo a modalidade de aquisição. Rio de Janeiro, 2001.....	98
Figura 13. Grau de boas práticas de estocagem atendidas segundo a hailitação de gestão. Rio de Janeiro, 2001.	101
Figura 14. Valores correspondentes aos dias trabalhados pelo salário mínimo do Brasil para aquisição de 1 mês de tratamento para hipertensão arterial grave. Rio de Janeiro, junho de 2001	110

LISTA DE ABREVIATURAS

DPI	Direitos de propriedade intelectual
EUA	Estados Unidos da América
FAPERJ	Programa de Financiamento e Apoio à Pesquisa Estratégica do Estado do Rio de Janeiro
GATT	<i>General Agreement on Tariffs and Trade</i> (Acordo Geral de Tarifas e Comércio)
GPAB	Gestão Plena da Atenção Básica
GPSM	Gestão Plena do Sistema Municipal
HTA	Hipertensão Arterial
i.e.	isto é
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IMS	<i>International Market Surveillance</i>
IVB	Instituto Vital Brazil
MORHAN	Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase
MS	Ministério da Saúde
MSH	<i>Management Science for Health</i>
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico ¹
p.ex	por exemplo
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PAFB	Programa de Assistência Farmacêutica Básica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV e aids
POF	Pesquisa de Orçamento Familiar
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RU	Reino Unido
SIOPS	Sistema de Informações do Gasto Público em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TRIPS	<i>Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights</i>
Agreement	(Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual e Comércio)
WHA	World Health Organization Assembly

¹ Países membros: Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá,, Coreia, Dinamarca, Espanha, Estados Unidos, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Irlanda, Islândia, Itália, Japão, Luxemburgo, México, Noruega, Nova Zelândia, Países Baixos, Polónia, Portugal, Reino Unido, República Eslovaca, República Tcheca, Suécia, Suíça, Turquia e representante da União Européia (OCDE, 2003).

1 ESCOPO DO ESTUDO

O direito à saúde tem sido reconhecido dentre os direitos humanos fundamentais (ONU, 1948). A garantia deste direito envolve acesso aos serviços, à prevenção, ao cuidado e ao tratamento – o que inclui o **acesso aos medicamentos**. A garantia do acesso aos medicamentos essenciais é considerada como uma das responsabilidades essenciais do Estado (Bennett *et al.*, 1997).

Recentemente, a Comissão de Direitos Humanos da ONU adotou, em sua 57^a Sessão, a *Declaration of Commitment on HIV/AIDS* (UNGASS, 2001), onde se discute o acesso a medicamentos no contexto de pandemias como o HIV/AIDS. Esta resolução, juntamente à resolução WHA 54.15 (WHO, 2001), adotada na 54^a Assembléia Mundial da Saúde, a *Declaration on the Trips Agreement and Public Health* - Declaração de Doha (WTO, 2001), Qatar, adotada na Conferência Ministerial da Organização Mundial do Comércio (OMC) e a *Declaration for a Framework for Action: Improving Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries* - Declaração de Paris, formulada no encontro da *Technical Network on Access to Care* (UNAIDS/ Ministère Francais des Affaires Étrangères, 2001), todas com foco no acesso aos medicamentos, particularmente os antiretrovirais (ARV) para o tratamento do HIV/AIDS, constituem marcos importantes no reconhecimento dessa como uma questão primordial no contexto da saúde das populações e distinguem o ano de 2001 como de especial importância deste debate no nível internacional.

A situação mundial do acesso a medicamentos mudou bastante desde 1988, quando um muito citado estudo feito pela Organização Mundial da Saúde (OMS) encontrou que, de 104 países em desenvolvimento avaliados, em 23% deles menos de 30% da população tinha acesso aos medicamentos essenciais (WHO, 1988).

Estima-se atualmente que cerca de dois terços da população mundial pode ter acesso aos medicamentos que necessita. O número de pessoas que se estima ter acesso aos medicamentos essenciais aumentou de 2 bilhões em 1977 a 4 bilhões em 1997, (WHO, 2001). Apesar do avanço que isto representa, cabe lembrar que um terço da população mundial continua sem acesso regular aos medicamentos. Considerando-se os 20% da população mundial que vive em estado de pobreza, 60% das mortes são por doenças infecto-parasitárias como o HIV-aids, tuberculose e malária, doenças para as

quais o acesso oportuno a medicamentos é fator determinante para prolongar a vida e reduzir o sofrimento (WHO, 2001).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabeleceu quatro grandes objetivos estratégicos para o período 2000-2003 na área de medicamentos (WHO, 2000; WHO, 2002; WHO, 2003; Bermudez, 2002)

1. *Políticas nacionais de medicamentos* – garantir o compromisso de todos os atores para coordenar a implementação e monitorar o impacto;
2. *Acesso* – garantir disponibilidade de medicamentos essenciais com equidade e preços justos, com ênfase nos problemas prioritários de saúde e nos mais pobres;
3. *Qualidade e segurança* – garantir a qualidade, segurança e eficácia de todos os medicamentos pelo reforço e colocação em prática dos regulamentos e padrões de garantia de qualidade;
4. *Uso racional* – garantir que o uso de medicamentos se faça de forma terapêuticamente adequada e custo-efetiva pelos profissionais de saúde e consumidores.

Especificamente quanto ao acesso a medicamentos essenciais, os resultados esperados para o período são:

- Acesso aumentado a medicamentos para problemas prioritários de saúde, particularmente para populações pobres, por meio de estreita colaboração entre um grande número de parceiros;
- Aumento do acesso tanto a medicamentos essenciais recentemente desenvolvidos quanto negligenciados (*drugs for neglected diseases - DND*), por meio da extensão de colaboração com parceiros desenvolvidos;
- Desenvolvimento e teste de indicadores para medição de acesso equitativo a medicamentos essenciais, por meio de pesquisa operacional para uso de governos e organizações não governamentais em países em desenvolvimento com finalidade de monitorar o acesso nos vários níveis de cuidado à saúde;
- Promoção do acesso a medicamentos dentro dos acordos comerciais internacionais por meio do aconselhamento aos países quanto às suas opções em relação, por exemplo, ao Acordo TRIPS da OMC, auxiliando-os a monitorar o impacto de tais acordos no acesso a medicamentos essenciais e a implementar medidas que permitam proteger a subjugação da saúde pública aos interesses comerciais.

Várias iniciativas têm sido desenvolvidas em todo o mundo no sentido do alcance destes objetivos, mobilizando diferentes atores nos organismos multilaterais de fomento, nos governos dos diferentes países, nos meios acadêmicos, na sociedade civil e nas organizações não governamentais.

A questão dos medicamentos é um assunto em pauta no Brasil, tema constante na agenda política atual. O país tem passado, desde o fim da CEME em 1997 e após o período marcado pelas denúncias de falsificações em 1998, por importantes atualizações nos campos político, jurídico, normativo e gerencial nesta área.

O país desenvolve modelos bastante particulares quando considerado o cenário mundial, como é o caso da garantia de assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica, como postulado legal (Lei Federal 8080/1990) da distribuição universal e gratuita de medicamentos no setor público, com especial sucesso quanto à distribuição de antiretrovirais para o Programa de Aids, atualmente tido como modelo para os países em desenvolvimento. Modernos mecanismos de aquisição de insumos, incluídos os medicamentos, tem sido desenvolvidos no setor público, como o pregão² e o registro de preços³.

Outrossim, são freqüentes na mídia as denúncias tanto de excesso de medicamentos, levando à imobilização de capital e à perda por vencimento, quanto de escassez, culminando sempre com a desassistência aos usuários e a interrupção de tratamentos, comprometendo a resolutividade das ações de saúde. Somam-se a estes problemas aqueles ligados ao uso não racional de medicamentos, que além de contribuir sinergicamente para o desperdício, pode causar sérios problemas tanto no nível individual como no coletivo, como é o caso da emergência de cepas de microrganismos resistentes aos antibióticos disponíveis.

A despeito da importância e magnitude do problema, não existe uma definição formal de acesso a medicamentos e tampouco modelo de avaliação que permita a comparação do desempenho entre países ou a evolução de um determinado país ao longo do tempo, de forma a ensejar a avaliação da eficácia das medidas de intervenção implementadas (WHO/MSH, 2000).

² Modalidade onde a aquisição pode ser presencial ou por meio eletrônico, sendo a disputa pelo fornecimento feita por meio de propostas e lances em sessão pública, porém no sentido contrário ao Leilão, ou seja, em valores decrescentes a partir de um preço máximo de referência.

³ Permite registrar preços para um amplo período de tempo, ao longo do qual se pode solicitar os produtos dos fornecedores habilitados sem a realização de novo trâmite processual.

Assim, desde fins de 1999 têm havido sucessivas abordagens tanto da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), quanto da OMS junto ao grupo de trabalho do Núcleo de Assistência Farmacêutica (NAF/ENSP), Centro Colaborador da OPAS/OMS em Política de Medicamentos, no sentido de sua inserção nos esforços internacionalmente empreendidos para o desenvolvimento da metodologia de avaliação e da definição de acesso, aumentando a motivação para trabalhar o tema.

Em função disto, o NAF/ENSP teve a oportunidade de participar no encontro de Ferney-Voltaire, França, no período de 11-13 de dezembro de 2000, promovido por organismos internacionais, mobilizando técnicos de mais de 14 países. Nesta oportunidade, foi definido um modelo lógico e um arcabouço metodológico de forma bastante convergente ao que o NAF já vinha desenvolvendo (Bermudez *et al.*, 2000a). Neste encontro, foi ainda decidida a realização de um piloto seguido da aplicação do estudo em 5 países, com a finalidade de selecionar dois ou três para, com o financiamento da Fundação Bill & Melinda Gates, desenvolver posteriormente estratégias de intervenção baseadas, no fomento da parceria público-privado. O Brasil foi um destes 5 países incluídos no estudo e a equipe do NAF/ENSP teve a oportunidade de participar da adaptação dos instrumentos de coleta de dados e do início da aplicação do estudo em Minas Gerais em maio de 2001.

Assim, propõe-se, aproveitando a discussão realizada no nível internacional, desenvolver estudo do acesso a medicamentos essenciais, com foco na atenção primária, declarada como uma prioridade de governo (Negri, 1999) na rede pública de saúde. Escolheu-se como cenário o estado do Rio de Janeiro, tendo em vista tanto a facilidade geográfica quanto a parceria já construída entre o NAF/ENSP e a Coordenação de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

O trabalho está dividido em referencial teórico, metodologia, resultados/discussão, conclusão e comentários finais. O capítulo referente ao referencial teórico procura substanciar a abordagem do estudo e se sub-divide em oito seções. Na primeira, procuramos fazer uma discussão sobre as abordagens teóricas e metodológicas do estudo do acesso aos cuidados de saúde, contextualizando-as, na seção 2 numa discussão panorâmica quanto aos modelos de reforma e financiamento no setor saúde, com ênfase naquelas adotadas na América Latina. Na terceira seção, com base nas duas anteriores, procuramos justificar nossa opção quanto ao modelo teórico do acesso aos medicamentos. Nas quarta e quinta seção seções fazemos uma discussão quanto ao panorama geral de aspectos que se considera intimamente relacionados com o acesso

aos medicamentos: preço e mercado de medicamentos na seção 4 e globalização e propriedade intelectual na seção 5. A seção 6 discute mais especificamente os aspectos gerais da organização da assistência farmacêutica que se considera ligados ao trabalho. A partir deste ponto, procuramos focar a realidade brasileira, abordando o processo de reforma no Brasil e a organização atual do sistema de saúde na seção 7 e a organização do setor farmacêutica na seção 8. Na tentativa de tornar o texto mais sintético sem perda de conteúdo utilizamos bastante de recursos gráficos no capítulo do referencial teórico.

2 OBJETIVOS.

2.1 Objetivo geral

Avaliar como se dá o acesso a medicamentos essenciais no estado do Rio de Janeiro pelos pacientes atendidos em serviços ambulatoriais de saúde, com foco na rede pública, assim como seus condicionantes, tendo em vista a análise de implantação da diretriz relativa à Assistência Farmacêutica da Política Nacional de Medicamentos (PNM) (MS, 1998) e da Portaria 176/99 (MS, 1999).

2.2 Objetivos específicos

- Propor um modelo lógico que permita situar as intervenções em suas dimensões quanto ao acesso aos medicamentos;
- Estimar o grau de implantação da assistência farmacêutica no nível local;
- Identificar, selecionar e/ou elaborar indicadores capazes de avaliar o acesso aos medicamentos essenciais no contexto da política de medicamentos no Brasil, dentro do modelo proposto no setor público e no privado;
- Apresentar e discutir a opinião de informantes-chave de organizações não governamentais ligadas a associação ou proteção de portadores de doenças quanto ao acesso aos medicamentos;

3 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

O grau de implantação da política de medicamentos e do programa de descentralização da assistência farmacêutica favorece o acesso aos medicamentos essenciais.

O grau de implantação dos fatores mencionados guarda dependência ao contexto organizacional no nível onde o programa se insere.

O contexto externo influi na implantação das políticas públicas, incluindo a política de medicamentos.

4 REVISÃO DA LITERATURA

Acesso a cuidados, ações ou serviços de saúde – definição e abordagens de avaliação

A saúde é um direito humano e, segundo a constituição brasileira “direito de todos e dever do estado” (Brasil, 1988:Art. 196º). Assim, o cuidado à saúde como meio de recuperação, manutenção ou promoção da saúde reveste-se de especial importância e sua discussão envolve fatores políticos, econômicos, sociais e culturais, entre outros. O acesso e a efetividade das ações, seja no plano individual ou coletivo, como atributos fundamentais e interligados (o acesso ao cuidado inefetivo, assim como a existência de serviços efetivos aos quais não se tenha acesso não agregam valor à saúde) sintetizam os principais resultados em saúde. Campbell *et al.* (2000) sugerem serem estas as duas principais dimensões da qualidade do cuidado em saúde compreendendo, de forma abrangente, todas as demais que têm sido propostas. Segundo Hortale *et al.* (2000:232) “o acesso deve funcionar como uma categoria-valor, ou seja, uma referência a ser atingida em qualquer serviço e ser o orientador de todas as políticas”. Aceito como aspecto fundamental do resultado e componente básico da qualidade do cuidado fica patente a importância de que o acesso possa ser mensurado, para o quê se necessita de uma definição formal.

Uma primeira consideração é quanto ao termo a ser utilizado. Dos autores estudados somente Frenk (1985), prefere acessibilidade. A maioria dos autores (Aday & Andersen, 1974; 1981; Andersen, 1995; Gold, 1998, Penschansky & Thomas, 1981, Campbell, 2000) no entanto, optam, como termo mais abrangente, pela palavra **acesso**.

O termo acessibilidade é usado por autores como Penchansky e Thomas (1981), como uma das dimensões do acesso. Outros autores, como Campbell (2000) referem o termo como atributo do sistema relacionado ao grau de acesso conferido (p.ex. acessibilidade geográfica, cognitiva, financeira, etc.).

Diferentes têm sido as proposições para a definição do acesso. Donabedian (1984) o define como sendo a facilidade com que a atenção se inicia e se mantém, implicando, portanto, na adaptação entre os provedores e os clientes. Penchansky & Thomas (1981:128), assim como Frenk (1985:933), de forma muito similar, o definem como “*grau de ajuste entre os clientes e o sistema*” sendo ainda, segundo este último, “*a relação funcional entre o conjunto de obstáculos à busca de atenção (resistência) e capacidade correspondente da população para superar tais obstáculos (poder de utilização)*”. Aday & Andersen (1981:5-6) propõem que o acesso seja definido como “*o conjunto de dimensões que descrevem a entrada potencial e real de um dado grupo de população no sistema de cuidado de saúde*”.

Existem alguns importantes pontos de convergência entre as diferentes definições: a) a simples disponibilidade do serviço não configura acesso, b) o acesso se concretiza com a utilização do serviço. O acesso seria então um fator mediador entre a capacidade de produzir e oferecer serviços (ou produtos) e a produção e consumo real de tais serviços. O estudo do acesso se confunde, portanto, com o estudo de utilização e seus fatores associados (características sócio-econômicas, percepção de necessidade, crenças, preferências, etc.), consideradas juntamente às necessidades da população e às características da prestação dos serviços (localização, horário de funcionamento, tempo de espera, etc.) que possam vir a constituir barreiras ao acesso.

Segundo Frenk (1985), uma escolha a ser feita é quanto ao momento a partir do qual se irá considerar o acesso. Se considerado a partir do momento em que o usuário deseja a atenção, a análise, neste caso, se inicia após instalados a necessidade e o desejo, sendo centrada nos fatores que dificultam ou que facilitam a obtenção da atenção. Uma ampliação deste enfoque é incluir não somente o contato inicial, mas também a continuidade do cuidado ao longo de um episódio, enfoque utilizado por Donabedian (1984). Uma ruptura conceitual importante é quando se incluem também as causas do desejo da atenção como parte do alcance do acesso. Isto significa estudar também as crenças relativas a saúde, a confiança no sistema de atenção, a tolerância à dor ou incapacidade, os quais determinam o desejo de atenção. Neste enfoque, o estudo de acesso se faz de forma idêntica aos estudos de utilização.

Frenk (1985) propõe também que a relação funcional entre o conjunto de obstáculos à busca e à obtenção da atenção (resistência) e a capacidade correspondente da população para superar tais obstáculos (poder de utilização) é a tradução operacional do “grau de ajuste” entre as características dos recursos de atenção à saúde e as da população no processo de busca e obtenção de atenção. Assim, para influir no acesso, pode-se tanto influir nos obstáculos (p.ex. preços dos serviços, distribuição geográfica dos serviços) como no poder de utilização (p.ex. nível de renda da população, educação em saúde). Da mesma forma, para o estudo do acesso isto implica uma abordagem integrada, tanto dirigida aos recursos de saúde quanto às características da população, focando os obstáculos que eles eventualmente representem, bem como os mecanismos de fortalecimento do poder de utilização.

Para Aday & Andersen (1974; 1981), a abordagem para o estudo do acesso inclui:

- a) Aspectos que representam o acesso potencial, diretamente influenciados pela política de saúde, como as características do sistema de saúde, mensuráveis por indicadores de estrutura (p.ex. razão profissionais/ população, estrutura das unidades de cuidado), e pelas características da população de risco, mensuráveis por indicadores de processo, sócio-demográficos ou epidemiológicos (p.ex. idade, sexo, educação, ocupação, atitude em relação ao cuidado da saúde, local de residência, cobertura de seguro-saúde);
- b) Aspectos que representam o acesso real, como a utilização dos serviços de saúde, mensuráveis por indicadores objetivos (número de consultas, internações, atendimentos odontológicos realizados) e pela satisfação do usuário, cuja mensuração é subjetiva (satisfação geral ou em relação a um atendimento específico).

Um aspecto importante deste modelo teórico (Figura 1) é a de considerar que as características da população sob risco são classificadas como (Aday & Andersen, 1974:609-10):

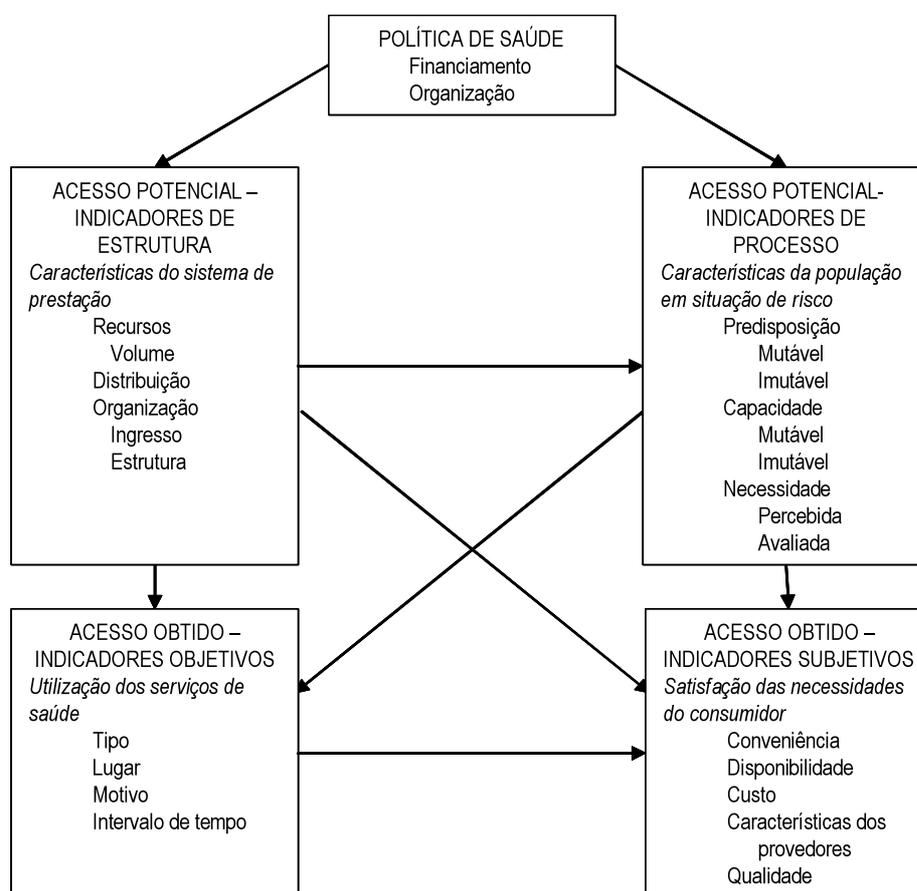
- a) predisponentes: compreendem as variáveis que procuram descrever a propensão dos indivíduos a utilizar o sistema de saúde;
- b) habilitantes: constituem os meios com que os indivíduos contam para utilizar os serviços, compreendendo os meios próprios do indivíduo ou sua família e os da comunidade

- c) de necessidade: que se referem ao nível de enfermidade real ou percebida que desencadeia a procura pelo serviço de saúde.

Figura 1: Modelo teórico para medição do acesso segundo Aday & Andersen, 1981.

Cada uma destas categorias apresenta aspectos imutáveis (não podem ser alterados pelas políticas públicas) e outros mutáveis (podem ser alterados pelas políticas públicas, p.ex., as crenças em relação ao cuidado, que podem ser afetadas pela educação em saúde).

Segundo Penchansky & Thomas (1981) o acesso é considerado um conceito que resulta de um conjunto de dimensões mais específicas de compatibilidade entre o paciente e o sistema de atenção sanitária, relacionado, mas não idêntico com as variáveis habilitantes de Aday y Andersen (op.cit.). São elas:



Fonte: Aday & Andersen, 1981

- *Disponibilidade (availability)*, relaciona-se com o volume e o tipo de recursos e serviços oferecidos e com as necessidades dos clientes.
- *Acessibilidade (accessibility)*, refere-se à existência dos serviços no lugar e no momento em que é requerido pelos clientes.

- *Adequação (accomodation)* é a maneira como os recursos são organizados para seu fornecimento, a habilidade dos clientes para se adaptar, bem como sua percepção quanto à qualidade do cuidado.
- *Capacidade aquisitiva⁴ (affordability)*, relaciona-se ao aspecto do custo, os preços dos serviços e à capacidade de pagamento dos clientes.
- *Aceitabilidade (acceptability)*, refere-se às atitudes tanto de provedores quanto dos clientes a respeito de suas características e práticas.

Segundo os autores (*ibid.*) problemas com quaisquer das dimensões influenciam os clientes e o sistema de 3 formas mensuráveis: 1) utilização dos serviços; 2) redução da satisfação do usuário 3) padrões de prática (menos tempo a cada cliente individual, desvirtuamento do uso da emergência, etc.).

Frenk (1985) propõe uma outra organização para as dimensões, em função de como obstaculizam o acesso. Segundo o autor (*ibid.*) os obstáculos podem ser classificados de acordo com a força que opõem à busca e obtenção de serviços ou quanto à perenidade, quando poderão ser classificados como permanentes ou eventuais. Assim, uma outra classificação possível é quanto à fonte dos obstáculos, onde três tipos básicos são identificados:

- Obstáculos ecológicos (ou geográficos): originam-se na localização das fontes de atenção à saúde com as repercussões em termos de distância e tempo de transporte;
- Obstáculos financeiros: referem-se aos preços praticados pelo provedor, em relação à capacidade de pagamento dos usuários;
- Obstáculos organizacionais, que podem subdividir-se em obstáculos de entrada (tempo de espera) e no interior do estabelecimento de saúde (acomodação, dificuldade de realização de exames diagnósticos).

A importância dos obstáculos deve ser relativizada em função da organização do sistema de saúde. Por exemplo em um sistema de cobertura pública universal, os obstáculos financeiros perderiam importância, da mesma forma que os obstáculos ecológicos em um sistema perfeitamente regionalizado.

Campbell *et al.* (2000) rejeitam a aceitabilidade como componente da qualidade ou como atributo do cuidado pois a consideram como mais apropriadamente relacionada a um produto ou consequência do processo de atenção.

O Anexo 1 (p.139), apresenta alguns estudos de medição do acesso com base uso de dimensões e indicadores utilizados, permitindo visualizar as dimensões que têm sido mensuradas bem como os indicadores utilizados.

4.1 Reforma e financiamento do setor saúde

A partir da década de 70, quando as sucessivas crises econômicas do capitalismo mundial resultaram em importantes dívidas internas e externas, tendo como consequência a perda de valor de moedas fortes e crescimento do processo inflacionário, a maioria dos países tem passado por um processo de Reforma do Estado. Cresce a força hegemônica das ideologias neoliberais, “*que atribuem ao crescente papel do Estado na regulação econômica e das políticas de seguridade social o motivo principal dos males que ameaçam ao capitalismo*” (Gershman, 1999:294).

Os sistemas de saúde, no âmbito das políticas sociais, constituem-se em foco importante de discussão e reforma. Particularmente nas economias mais frágeis, essas reformas costumam ser orientadas mais pela restrição dos gastos do que pela decisão de readequar os sistemas às necessidades em curso, que, apesar de consideradas, são, em geral, relegadas ao segundo plano, ou seja, definidas *a posteriori* da decisão do montante de recursos a serem alocados na área social (Gerschman, 1999).

A despeito de vários progressos em diferentes aspectos do setor saúde – esperança de vida, acesso à água potável, cobertura de imunização, redução da mortalidade infantil – a difícil tarefa de criar sistemas que permitam reduzir as grandes desigualdades que existem entre os povos da região da Américas continuam sendo uma prioridade (OPAS, 2000).

Os objetivos declarados das Reformas têm sido centrados nos conceitos de universalidade e equidade do acesso, qualidade e eficiência. Como proposta operativa de viabilização destes objetivos, os princípios organizativos das reformas têm incluído a promoção do desempenho do serviço civil (incluindo redução do quadro de pessoal, revisão da escala salarial, definição de funções e avaliação de desempenho), a descentralização das ações, a reestruturação organizacional e fortalecimento dos mecanismos de gerenciamento, ampliação dos mecanismos de financiamento e introdução da competição gerenciada (Bennett *et al.*, 1997). Conforme os mesmos autores (*ibid.*), para que seja adequadamente formulado e implementado, o processo de

⁴ O termo *affordability* não tem tradução literal em português.

reforma deve repousar sobre pilares como a solidariedade social, a participação social, o financiamento adequado, a utilização custo-efetiva dos recursos, a transparência do processo, a diversidade de opções e escolhas e controle e regulação apropriados.

A capacidade de eficiência do aparelho de estado é freqüentemente colocada em cheque na discussão dos processos de reforma. Vários são os problemas imputados à atuação do setor público (*ibid.*): rigidez do processo de trabalho, particularmente a regulamentação extremamente burocrática dos recursos humanos; falta de incentivos à produtividade; falta de clareza quanto à responsabilidade e relacionamento institucional; interferência política; falta de autonomia gerencial, de mecanismos de responsabilização e de compromisso institucional; ausência de competição; e recursos financeiros inadequados.

O estado pode considerar a possibilidade de mecanismos de privatização, para o que pode lançar mão de diferentes processos. Tais processos podem incluir a **transferência de propriedade** do público para o privado, a **contratação de serviços** como armazenamento, transporte ou informática mas também a **criação de ambiente de atuação privada**, através de incentivos financeiros, como redução de taxas e impostos, mudanças regulatórias e outros incentivos ao crescimento do setor privado.

O Estado pode também se apropriar de mecanismos de eficiência do setor privado, mantendo, todavia, o controle público. Tais mecanismos podem incluir a introdução de mecanismos de gerenciamento privado nos serviços públicos, através da elevação dos salários e introdução de incentivos financeiros aos funcionários vinculados ao desempenho; flexibilização das políticas de recursos humanos e adoção de procedimentos gerenciais de maior eficiência. Outras possibilidades incluem a criação de mecanismos de competição nos serviços públicos. No Reino Unido, assim como em muitos outros países da Europa, os mecanismos de promoção da qualidade e eficiência incluem a competição por pacientes pelos provedores de serviços, ,garantindo àqueles o direito de escolha.

A América Latina é marcada pela presença de grandes diferenças sociais no contexto de uma cidadania frágil. Existe uma grande discussão quanto às dificuldades de financiamento na área social, agravada pelo fato de que, muitas vezes, o caminho escolhido para resolver as dívidas fiscais e externas tem sido o da redução do Estado. Assim, as reformas da seguridade social “*têm sido guiadas mais pela restrição dos gastos do que pela decisão de readequar às necessidades em curso*” (Gershman, 1999:296).

O gasto total *per capita* com medicamentos nos países da América Latina comprometia, em média, US\$ 29, variando entre US\$3-119, enquanto gasto total *per capita* em saúde remontava à média de US\$162 em 1990, com grande variação entre os países (Madrid *et al.*, 1998). Segundo Govindaraj *et al.* (apud Madrid *et al.*, 1998), enquanto o gasto público em saúde⁵ guarda uma forte relação positiva com a PIB dos países, parece não haver relação entre o PIB e o gasto *per capita* em saúde, levando os autores a concluir que as despesas pública e privada não são substitutos simples, uma vez que financiam serviços que diferem quanto ao tipo, qualidade ou utilização, por diferentes grupos da população. O Quadro 1 procura ilustrar alguns dados quanto ao financiamento à saúde e o financiamento de medicamentos na região, contrastadamente a outras regiões do mundo. Cabe atenção ao fato de que nas regiões mais pobres, a maior parte da despesa com medicamentos é custeada com recursos privados. A principal forma de financiamento em saúde na América Latina ocorre por meio de seguros, públicos ou privados que, geralmente, não cobrem medicamentos.

Quadro 1. Despesas em saúde na América Latina e Caribe e outras regiões selecionadas em 1990.

	América Latina e Caribe		Economias de mercado estabelecidas	África subsaariana
Gasto total em saúde				
média per capita (US\$)	162	(27-201)	1.958,0	22
como % do PIB	6,24	(3,13-9,65)	9,29	4,23
% público	49,3	(25,1-81,7)	61,1	43,8
% privado	50,0	(8,8-70,7)	38,9	46,6
% ajuda internacional	0,78	(0-22,4)	...	9,2
Medicamentos				
média per capita (US\$)	29	(3-119)	203	7,0
% público	17	(1,6-6,5)	54	30
% privado	83	(35-98)	46	67
% não lucrativo				2,4
Financiamento público				
como % PIB	3,07	(1,06-7,50)	203	1,85
% financiamento público direto	46	(15-100)	63	
% medicamentos no orçamento de custeio	19	(6,8-37,8)		
Seguro				
% população coberta	64,1	(6-100)	94,2	6,64
Gasto pessoal em saúde				
% gasto em medicamentos	35	(15-17)		

Fonte: Madrid *et al.*, 1998:26

⁵ Gasto em saúde (NHA, 2003) é definido como todas as despesas relativas à atividade econômica feitas com a intenção de melhorar a saúde, mudar o comportamento em saúde ou alterar os sistemas de desempenho ou financiamento em curso durante um período definido de tempo. P.ex. Despesas do Ministério de Educação no treinamento médico e em Hospitais de Ensino contam. Por outro lado, nem todas as atividades do MS contam, p.ex. despesas com orfanatos não contam.

Os modelos de financiamento adotados pelos diferentes países constituem, assim, uma discussão central, no sentido de que são fortes definidores do grau de sustentabilidade, bem como afetam as relações entre os sistemas de prestação de cuidados e a sociedade (Álvarez *et al.*, 2000). Ademais, as modificações no financiamento do setor saúde têm sido um componente crucial dos processos de reforma do setor nas Américas (Molina *et al.*, 2000).

Os países têm utilizado diferentes mecanismos de financiamento em saúde que se combinam com diferentes mecanismos de provisão de serviços e o mesmo se aplica ao financiamento dos medicamentos. Nos países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), muitas das reformas têm sido baseadas na separação entre o financiamento e provisão de serviços, de forma a estimular a competição entre os serviços (Bennett *et al.*, 1997).

O financiamento público inclui orçamento governamental (central, regional e local ou seguro social compulsório). O financiamento privado inclui os seguros privados de saúde, esquemas comunitários de medicamentos (fundos rotatórios), esquemas de cooperativas, esquemas de empregados, financiamento de entidades não governamentais e o pagamento individual ou familiar.

A distribuição pública de medicamentos inclui a distribuição a granel para pontos de dispensação privados ou a dispensação direta em instituições públicas e serviços públicos de saúde. A distribuição privada inclui a venda no atacado ou o fornecimento por organizações não governamentais.

As principais possibilidades de combinação dos mecanismos públicos e privados de financiamento e distribuição de medicamentos são apresentadas no Quadro 2.

Quadro 2. Sistemas de financiamento e distribuição de medicamentos

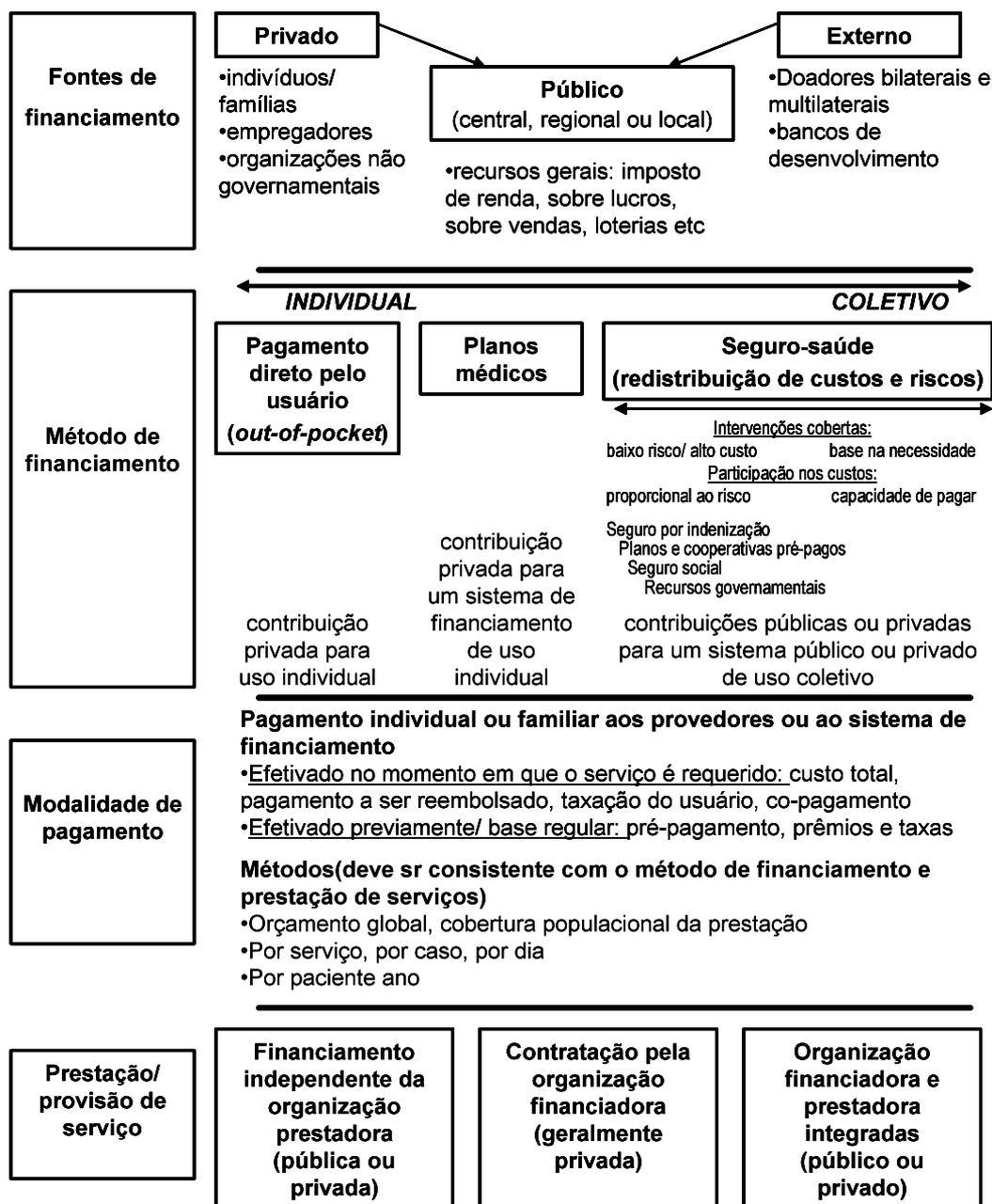
<i>Financiamento</i>	<i>Distribuição</i>	
	<i>Pública</i>	<i>Privada</i>
<i>Público</i>	(1) Financiamento público para a distribuição em unidades públicas	(2) Seguros de saúde que fazem reembolso ou contratam sistemas de distribuição
<i>Privado</i>	(3) Usar cobrança de taxa de serviços prestados em unidades públicas	(4) Sistemas totalmente privados

Fonte: Bennett *et al.*, 1997:12

- (1) **Financiamento e provisão públicos:** Medicamentos totalmente financiados, adquiridos e comprados por unidades governamentais. Pode oferecer insuficientes incentivos quanto à eficiência. Potencialmente equitativo. Monopsônico (único comprador), possibilitando comprar a menor preço. Usado em países da África, Ásia, Europa e América Latina.
- (2) **Reembolso pelo seguro social:** Reembolso às farmácias ou usuários quanto ao atendimento realizado. O modelo pretende capturar os benefícios de suposta eficiência do setor privado, mas a custo administrativos que podem ser altos.
- (3) **Pagamento de taxa em serviços públicos:** os medicamento são abastecidos por almoxarifados públicos e dispensados em unidades públicas de saúde mediante o pagamento de uma taxa pelos usuários.
- (4) **Mercado privado** – Neste caso o paciente arca com 100% das despesas. Funciona em todos os países, em maior ou menor medida.

Muitas vezes os arranjos das modalidades de financiamento à saúde em geral e aos medicamentos em particular são diferentes dentro de um mesmo país. As opções, no entanto, são fundamentalmente as mesmas. As considerações quanto ao financiamento incluem a discussão quanto às fontes de recursos (pública, privada ou auxílio externo), quanto aos métodos de financiamento (distribuição de risco através de seguros-saúde - públicos ou privados, compulsórios ou voluntários-planos de saúde ou pagamento direto do consumidor (out-of-pocket)), quanto às opções de pagamento (pré ou pós pago, realização à prestação do cuidado, orçamento global, remuneração por serviço ou definido a partir de base populacional). O sistema de prestação poderá ser independente ou não da organização pagadora. Madrid *et al.*, 1998, propõe um modelo para melhor compreensão da combinação destas diferentes possibilidades, reproduzido na Figura 2 .

Figura 2. Modelo das opções de financiamento em saúde



O financiamento público global deverá sempre ser usado para, no mínimo, cobertura de programas de saúde pública de alto valor sanitário e social e para grupos populacionais de maior fragilidade econômica ou social. No entanto, quando se propõe a estender-se além dessas necessidades mínimas, coloca-se o problema de quem deve ser coberto por este mecanismo. Como definir as prioridades, garantido o princípio básico da equidade?

Se, por um lado, o financiamento público não precisa estar necessariamente vinculado à prestação também pública, deve ser analisada com cuidado a premissa de

que a prestação privada é necessariamente mais eficiente, tendo presente que o critério de eficiência coteja a qualidade do atendimento (Madrid *et al.*, 1998), além da garantia de princípios como equidade, integralidade e universalidade. Neste caso, os serviços e insumos do setor saúde irão competir com as outras despesas financiadas pelo estado, por exemplo o pagamento das dívidas. Devem ser tomados cuidados para que as ações não sofram problemas de continuidade frente à eventual escassez de recursos. A sustentabilidade estará ligada, dentre outros fatores, ao equilíbrio político combinado com crescimento econômico, sistema eficiente de taxaço e mecanismos de controle de custos. Segundo Madrid *et al.* (*ibid.*: 34), “*particularmente quando as reformas macroeconômicas resultam no aumento dos preços dos medicamentos com a redução da capacidade de pagamento dos usuários, a alocação de recursos públicos para medicamentos deve ser defendida*”.

Um adequado sistema de gerenciamento de recursos, a ênfase no conceito de medicamentos essenciais e na utilização racional de medicamentos são elementos fundamentais para aumentar a eficiência de uso dos recursos.

O pagamento de taxa em serviços públicos tem sido usado na China e em outros países da Ásia, África e América Latina desde os anos 1980. Segundo Bennett *et al.* (1997), à despeito de que poucos países em desenvolvimento conseguem levantar quantidades substanciais de recursos através deste sistema de taxas, os valores movimentados podem ter impacto positivo desproporcional a seu volume, permitindo resultados financeiros positivos quando empregados e criando incentivos perversos para sua manutenção. Tais esquemas costumam ter implicações negativas quanto à equidade, imputando uma carga financeira aos usuários sem condições de pagar. Ainda, se os provedores têm incentivo financeiro direto para a prescrição de mais medicamentos ou de produtos mais caros isto pode trazer conseqüências negativas para o seu uso racional.

A cobrança de taxa de serviços dos usuários tem sido usada por alguns países como alternativa que tem sido usada para incrementar os recursos públicos ou de organizações não governamentais. Nos diferentes modelos existentes podem ser cobradas taxas pela prestação de serviços ou pelos medicamentos, sendo esta última melhor aceita pelos usuários. É relatado que a cobrança de taxas somente pelos medicamentos incentiva a prescrição excessiva, já que a cobrança passa a constituir-se numa fonte de recursos da instituição, também estimulando o acesso diferencial entre serviços neste caso, gratuitamente ofertados e, portanto, mais acessíveis, e os medicamentos.

Dentre as variações possíveis a cobrança de taxas pode ser uma iniciativa com origem nas comunidades ou organizadas a partir do nível central. Pode ter somente a finalidade de complementação dos recursos existentes ou de recuperação de custos para sustentar a continuidade do sistema. Os recursos podem ou não ser retidos no nível em que são gerados. As taxas podem ser calculadas com base no preço individual dos medicamentos, por atendimento ou segundo o perfil dos pacientes (Madrid *et al.*, 1998).

Uma grande preocupação quando este modelo é aplicado é que o preço final dos medicamentos mantenha-se menor do que o preço praticado no comércio varejista. O grande desafio para este modelo consiste em manter os custos administrativos tão baixos quanto possível. As recomendações feitas pelos autores (*ibid.*) quanto à este modelo é que deve se constituir como medida de transição, devendo complementar o financiamento público, mas não substituí-lo. Recomendam ainda que as taxas sejam proporcionais à capacidade de pagar e estendam-se aos serviços, não devendo ser aplicadas somente aos medicamentos.

O modelo de financiamento em saúde mais empregado na América Latina é o do seguro saúde, que admite variações podendo ser, nos extremos, de natureza pública ou privada. O seguro saúde universal é também característico de quase todos os sistemas de saúde das economias de mercado desenvolvidas (Velásquez *et al.*, 1998). O conceito básico subjacente é o de compartilhamento de risco e de aporte de recursos. Uma terceira parte reúne estes aportes e paga, totalmente ou em parte, diretamente ou por reembolso os tratamentos dos assegurados (Velásquez *et al.*, 1998; Madrid *et al.*, 1998; Zerda *et al.*, 2001). A participação do usuário pode ser compulsória, como é comum nos seguros de administração pública, ou voluntária, proporcionado por empregadores, sociedades mutuas ou companhias de seguro privado.

Os seguros cujos fundos são baseados em contribuições que dependam de massa salarial apresentam problemas onde o nível de emprego no mercado formal é baixo.

Nem todos os sistemas de seguros, sejam públicos ou privados cobrem os custos com medicamentos. Quando a cobertura existe, pode ser efetivada através do reembolso da aquisição em farmácias privadas, farmácias administradas pelo segurador, farmácias situadas em estabelecimentos de saúde ou sistemas de gerenciamento de benefícios farmacêuticos.

As designações de seguro social e seguridade social são usadas como sinônimo em muitos países da América Latina, mas países como Brasil, Itália e Espanha caracterizam este último como sistema de “*financiamento público com recursos*

procedentes de impostos e acesso universal aos serviços que são, geralmente, administrados por provedores públicos” (Zerda et al., 2001: 45).

Alguns países, principalmente na África, dependem, de forma importante, de doações internacionais para o financiamento de seus sistemas de saúde. Os doadores podem oferecer assistência técnica, financiamento para a compra de medicamentos ou os medicamentos propriamente ditos. A OMS (WHO, 1999), com o apoio da Federação Farmacêutica Internacional (FIP, 1997) tem feito grande esforço para normatizar as doações feitas em medicamentos pois, na ausência de normas e cuidados necessários, vários problemas têm sido causado (p.ex., medicamentos inadequados à realidade sanitária do país, rótulos e bulas em língua estrangeira, produtos vencidos, deteriorados ou de má qualidade), acarretando prejuízos superiores aos potenciais benefícios. Um agravante para o fato é o de que muitas vezes as doações são feitas como auxílio em situações de emergência ou calamidade, onde a capacidade de controle pelo país receptor está ainda mais comprometida.

Os empréstimos por bancos de desenvolvimento os países requerem atenção para que as metas acordadas como condição da transação não firam os princípios éticos e políticos internos, inclusive porque os recursos envolvidos são, ao final, pagos pelo próprio país.

Ainda, os estudiosos da área (Madrid *et al.*, 1998; Velásquez *et al.*, 1999) tem recomendado que os recursos obtidos através de empréstimos e doações sejam destinados mais a despesas de investimento e infra-estrutura em detrimento das despesas correntes (p.ex., financiamento de medicamentos), com a finalidade de não criar dependência do país quanto a recursos em que não têm governabilidade quanto à sustentabilidade. As principais exceções onde a aplicação dos recursos em operações envolvendo medicamentos não constituem despesas correntes seriam “(1) para fazer estoque inicial dos programas de fundo rotatório; (2) como parte de aporte de ajuste da balança de pagamento para financiamentos a importações de medicamentos por período de tempo limitado; e (3) em certos casos onde o financiamento de programas verticais de eliminação de doenças necessitam incremento” (Madrid *et al.*, 1998:42).

De acordo com Velásquez *et al.* (1998) os critérios de avaliação dos sistemas de financiamento de medicamentos (Quadro 3) dizem respeito a **viabilidade** do modelo adotado em termos de sustentabilidade, adequação aos requisitos institucionais e administrativos e aceitabilidade em função do modelo político ao **alcance dos resultados** quanto à equidade, eficiência e potencial de promoção do uso racional.

Quadro 3. Critérios de avaliação dos sistemas de financiamento de medicamentos

Medidas de viabilidade	Medidas de resultado
Viabilidade financeira e sustentabilidade: o mecanismo pode manter recursos suficientes no longo prazo?	Eqüidade: o mecanismo fomenta o acesso universal aos medicamentos essenciais?
Requisitos institucionais e administrativos: Que elementos institucionais e de gestão se necessita para que os mecanismos tenham êxito?	Eficiência: se obtém o máximo benefício tendo em conta os recursos investidos?
Aceitabilidade: qual é a aceitabilidade pública e política do mecanismo?	Uso racional: o mecanismo fomenta a prescrição e o uso apropriado dos medicamentos?

Fonte: Velásquez *et al.*, 1998.

Os diferentes modelos de financiamento podem ser combinados e a escolha deve estar baseada, entre outros fatores, no contrato social explícito ou implícito de cada país, na capacidade técnica existente e nos recursos disponíveis que garantam as premissas de acesso eqüitativo, qualidade e eficiência aos serviços e insumos de saúde e, no caso particular desta discussão, aos medicamentos essenciais. Kutzin (2001) cita como exemplos de sucesso os sistemas de financiamento utilizados pelo Reino Unido, que é financiado por orçamento público global sendo os provedores pagos pelas autoridades do Serviço Nacional de Saúde (NHS- *National Health Service*) e aquele utilizado pela Holanda, baseado na contribuição de empregados e empregadores ao seguro de saúde e contribuições voluntárias a companhias privadas, sendo ambos responsáveis pelo pagamento dos provedores. Segundo o autor, nos dois países, virtualmente toda a população têm acesso aos serviços de saúde necessários, com adequada proteção ao risco financeiro.

Considerações quanto ao acesso aos medicamentos

A perda ou a falta de acesso a medicamentos essenciais ou vacinas é uma agressão aos direitos humanos em um mundo que permanece dividido em países desenvolvidos (*developed countries*), países em desenvolvimento (*developing countries*) e os menos desenvolvidos (*least developed countries - LDC*). O acesso físico ou financeiro não se reflete necessariamente no uso correto, reforçando a necessidade de treinamento contínuo dos profissionais e a disseminação de informações confiáveis.

Os medicamentos constituem a intervenção terapêutica mais freqüentemente empregada, podendo ser também a mais custo-efetiva quando corretamente utilizada (OMS, 1993; MacIsaac *et al.*, 1994, Pepe & Osorio-de-Castro, 2000). O tratamento

correto e oportuno de uma série de doenças pode prevenir intervenções mais caras mais adiante.

Bermudez (1992;1995) registrou denúncias da Comissão de Saúde da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, referindo um elevado número de reinternações hospitalares, em torno de 50%, atribuíveis à impossibilidade de acompanhamento ambulatorial adequado pela não utilização dos medicamentos prescritos.

Segundo Pécoul (1999), a efetividade dos medicamentos é o resultado de uma longa cadeia de fatores: pesquisa e desenvolvimento, produção, controle de qualidade, distribuição, controle da produção, informações confiáveis para os profissionais de saúde e o público em geral, diagnóstico, prescrição, acesso financeiro, dispensação de medicamentos, adesão ao tratamento e farmacovigilância. Em cada nível podem estar envolvidos interesses conflitantes e as populações pobres são as primeiras a sofrer os efeitos da quebra dos elos desta cadeia. Atualmente, populações inteiras perdem o acesso aos medicamentos essenciais de qualidade e a situação parece estar se deteriorando com a marginalização de grande parte da população mundial (Santos, 1998).

Pode-se assim perceber que o acesso aos medicamentos envolve uma complexa rede de atores, públicos e privados, que desempenham diferentes papéis em função do contexto econômico, político e social dos diferentes países.

De forma similar ao que ocorre com o estudo do acesso aos cuidados de saúde, os principais resultados desejados do acesso aos medicamentos são a utilização racional e a satisfação do usuário.

O acesso aos medicamentos é uma questão que se insere no acesso aos cuidados de saúde. Estes constituem uma prestação de serviços, que se consuma no momento em que é realizado, delimitando assim, de forma bastante clara, o momento da utilização ao qual corresponde o acesso que se pretenda estudar. O medicamento, contudo, dada sua característica de insumo de saúde, mas também considerado mercadoria, guarda a importante diferença de que pode ser usado de forma autônoma pelo usuário, ou seja, sem prescrição médica e, quando usado por prescrição médica, o paciente poderá, por arbítrio ou por incompreensão, usá-lo ou não conforme as instruções que lhe foram dadas.

De forma geral, a escolha do produto pelo consumidor leigo só é considerada adequada em situações muito específicas, denominadas, neste caso, de auto-medicação racional. Mesmo neste caso, preconiza-se a intermediação do profissional farmacêutico apoiando a escolha do consumidor quanto à sua adequação (p.ex. especialidade farmacêutica, contra-indicação) e quanto aos cuidados com o produto (p.ex. reações adversas, duração do tratamento, cuidados de conservação do produto) (WHO/EDM, 1998). A outra possibilidade de escolha pelo consumidor/ usuário leigo é quanto à marca ou fabricante, admissível desde que a equivalência terapêutica dos produtos esteja previamente garantida para o quê, da mesma forma, a assistência profissional idônea como apoio à decisão é, novamente, fator importante.

Assim, concorrem para o uso racional, os procedimentos adequadamente realizados por parte do prescritor, do dispensador e do paciente ou seu cuidador.

Em que pese a inegável importância do papel do prescritor (Weingart, 2000; MSH, 1997), nos interessa, para efeitos do presente trabalho, focalizar os aspectos relacionados à dispensação.

O procedimento de dispensação deve assegurar que o medicamento, com qualidade assegurada, seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada, que sejam fornecidas as informações suficientes para o uso correto e embalado de forma a preservar a qualidade do produto (WHO, 1994; MSH, 1997, Marin *et al.*, 2003). Trata-se do atendimento de um paciente específico e que, portanto, terá necessidades e características também específicas, as quais devem ser levadas em conta no momento do atendimento. É uma das últimas oportunidades de, em uma ação que deve ser mediada por um profissional da saúde – o farmacêutico – identificar, corrigir, prevenir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica.

Pacheco *et al.* (1998) em trabalho realizado na Bahia, entrevistando 1.075 usuários de serviços básicos de saúde encontrou que 38,2% das consultas médicas tiveram duração de até 5 minutos e 74 % da dispensação duração de até 60 segundos. Na investigação sobre o conhecimento dos usuários acerca dos medicamentos prescritos, 69,1% não sabiam o nome, 50,4% não sabiam a dose e 58,5% não sabiam o tempo de uso dos medicamentos. Silva *et al.* (2000) entrevistando 264 pacientes atendidos em ambulatório de hospital universitário no Brasil, encontrou que em 31%, 19% e 31% dos casos, o nome do medicamento, a dose e a frequência de tomadas foram, respectivamente, declarados incorretamente e, em 19%, a indicação de uso declarada pelo paciente discordou da orientação médica.

O atendimento realizado nas farmácias comerciais e drogarias privadas têm como potencial problema adicional o interesse pelo lucro, aliado à ainda baixa fiscalização exercida sobre esta atividade, bem como a confiança da população, consolidada por anos de dificuldade de acesso ao atendimento médico e seduzidos pelo “atendimento rápido” acompanhado de intervenção terapêutica imediata (Igun, 1987). As práticas envolvem a indicação de medicamentos éticos (aqueles que exigem a apresentação de receita médica para venda ou dispensação) sem receita (Soibelman *et al.*, 1986) - a “empurroterapia”, induzindo o consumidor à compra de produtos desnecessários ou diferentes dos prescritos, a venda de amostras grátis e de medicamentos adulterados, roubados ou vencidos (Luiz, 1997).

A prestação do serviço de dispensação, através do qual o paciente tem acesso concreto ao medicamento pode, na prática, envolver profissionais de diferentes formações (balconista, agente de saúde, médico, enfermeiro ou farmacêutico). É bastante comum (infelizmente) nos países em desenvolvimento, que a atitude tanto do profissional que atende, quanto a do usuário, estejam prioritariamente centradas no produto, ficando o serviço em posição secundária, em que pese o fato de uma crescente quantidade de autores demonstrem e defendam a importância do serviço que envolve o momento da dispensação para o êxito terapêutico (MSH, 1997; Koechele *et al.*, 1989; Homedes & Ugale, 1994; Murphy & Coster, 1977; Pepe & Osorio-de-Castro, 2000, Bond & Hussar, 1991; Rantucci, 1998).

A satisfação do usuário e de suas necessidades constitui objetivo dos modernos sistemas de gerenciamento (Larson, 1998). Conforme a proposição de diferentes autores (Penchansky & Thomas, 1981, Aday y Andersen, 1974), o grau de ajuste entre o serviço e/ou produtos oferecidos e as expectativas do usuário guardam importante relação com o acesso. O usuário que tem baixa credibilidade no serviço ou produto tenderá a não utilizá-lo ou a não seguir as recomendações oriundas deste processo de cuidado. Outro aspecto a ser considerado é que as expectativas do usuário podem distanciar-se de procedimentos do uso racional de medicamentos, seja pelo processo de deseducação da propaganda, pelas práticas de comércio voltadas ao lucro e descomprometidas com a qualidade da atenção e pela falta de conhecimento quanto aos procedimentos mais adequados e seguros.

Miralles & Kimberlin (1998) em estudo realizado no início da década de 90 no estado do Rio de Janeiro para estudar acesso percebido e uso de medicamentos em população idosa, encontraram que a área de menor nível sócio-econômico foi a que

relatou maior problema em relação ao preço dos medicamentos, mas também a melhor aceitabilidade do serviço prestado pelas farmácias comerciais quanto à qualidade do atendimento, fator este associado ao maior uso de medicamentos não prescritos dentre as áreas estudadas. Nesse estudo, na área de médio nível sócio-econômico o fator preditor do uso de medicamentos sob prescrição foi a satisfação com o cuidado médico.

Igun (1987) preocupado com a procura por parte dos usuários dos estabelecimentos de comércio farmacêutico para as consultas de diagnóstico e tratamento, investigou as razões declaradas para esta conduta. A razão mais significativa (vantagem) declarada pelos usuários para buscar a consulta na farmácia em lugar de fazê-lo em um hospital ou clínica, foi a rapidez do atendimento, cabendo nota ao fato de que 58% haviam previamente procurado tratamento em uma unidade hospitalar.

Assim, para que as intervenções de saúde que incluem o uso de medicamentos alcancem o melhor resultado é preciso que, tanto os produtos quanto os cuidados que intermedeiam o uso dos medicamentos e a satisfação do usuário, tenham qualidade (Walkowiak, 1999).

Da mesma forma que o acesso aos cuidados de saúde, o acesso aos medicamentos e aos serviços necessários à garantia de seu uso racional podem ser entendidos a partir da interação de um conjunto de dimensões, onde cada uma delas será a resultante da interação de características do sistema de prestação, que se colocarão como barreiras ou facilitadores do acesso e de características relativas às necessidades, predisposição ou fatores da capacidade da população potencialmente usuária, onde alguns aspectos são imutáveis; outros serão, porém, mutáveis e, portanto, passíveis de serem alterados pela intervenção das políticas públicas. O estudo do acesso deve ser dirigido de forma a substanciar ou monitorar as intervenções realizadas, de forma que deverá estar mais preocupado em identificar as barreiras de acesso e as características da população usuária, onde interessará saber tanto as imutáveis, às quais o sistema prestador deve procurar se adaptar para bem atender, quanto as mutáveis e passíveis de alteração pela ação das intervenções. Amplificado pelo aspecto de mercadoria do medicamento, muitos dos determinantes que modulam as barreiras ao seu acesso estão fora do sistema de saúde e do alcance direto das políticas exclusivas desta área.

A relação entre o preço do cuidado e a capacidade dos usuários de pagar é uma questão central do acesso, estando presente em todas as abordagens.

O poder de compra é certamente a mais nevrálgica questão do acesso aos medicamentos, ponto central de boa parte do debate atual sobre o tema. As políticas nesta área podem ter o objetivo de reduzir o preço dos medicamentos ou atuar nos mecanismos de financiamento. Os países têm adotado diferentes formas de financiamento e provisão dos cuidados de saúde, incluindo os medicamentos. Em alguns deles, o financiamento repousa prioritariamente nas leis de mercado, enquanto em outros, o Estado assume o financiamento, existindo uma gama de opções intermediárias, como os sistemas baseados na seguridade social, ou onde o cidadão e o estado assumem diferentes contrapartidas no financiamento.

No entanto, os gastos privados em medicamentos respondem por 50 a 90 % deste mercado nos países em desenvolvimento (Velásquez *et al.*, 1998; Zerda *et al.*, 2001). Isto significa que exatamente as populações mais pobres são as que mais arcam diretamente com as despesas dos medicamentos que consomem.

Desta forma a discussão do **poder de compra dos medicamentos**, bem como do funcionamento das diferentes formas de financiamento existentes, constitui importante aspecto a ser discutido quanto ao acesso aos medicamentos.

Considerando a forma de provisão dos medicamentos, pública ou privada, com ou sem pagamento do usuário, o passo seguinte para a garantia do acesso é que o medicamento esteja disponível no momento que o usuário dele necessita, na quantidade necessária e em condições de qualidade adequadas ao uso. A **disponibilidade** é assim outra importante dimensão do acesso e dependerá da oferta e da demanda, e seus respectivos determinantes, para o que concorrem, do ponto de vista da demanda, todas as variáveis do modelo de Aday y Andersen (1974) relativas à necessidade (morbidade real e percebida), predisposição (sócio demográficas, crenças e atitudes em relação à saúde e ao uso de medicamentos) e capacidade (habilidade de lidar com as barreiras de acesso) de uso de medicamentos que caracterizam a população usuária. A disponibilidade dos medicamentos nos serviços de dispensação dependerá inicialmente, do ponto de vista da oferta, da disponibilidade dos produtos num mercado específico, para o que concorrem uma série de aspectos como a qualidade do sistema de registro, a existência de produção nacional, o sistema de importação e o sistema de captação de doações.

A **acessibilidade geográfica** dos serviços que realizam a provisão de medicamentos aos usuários é outro fator importante. Tendo em vista que podem

coexistir diferentes mecanismos de financiamento e provisão, é importante que cada um deles seja acessível à sua clientela alvo.

Por último, cabe considerar também a **adequação** de produtos e serviços oferecidos às características, necessidades e expectativas do usuário, assim como a adequação aos padrões técnicos de funcionamento. A organização do serviço, tempo de espera para atendimento, conforto de atendimento, cortesia e orientação quanto ao uso dos medicamentos, são importantes aspectos contemplados no instrumento desenvolvido e validado por MacKeigan & Larson (1989) para medida da satisfação do paciente com os serviços farmacêuticos. Após algumas adaptações, também validadas, este instrumento foi utilizado com a mesma finalidade em amostra de idosos no Brasil (Miralles & Kimberlin, 1998).

Bermudez *et al.* (apud Oliveira *et al.*, 2002:1432) propõem o acesso a medicamentos como a “relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado”.

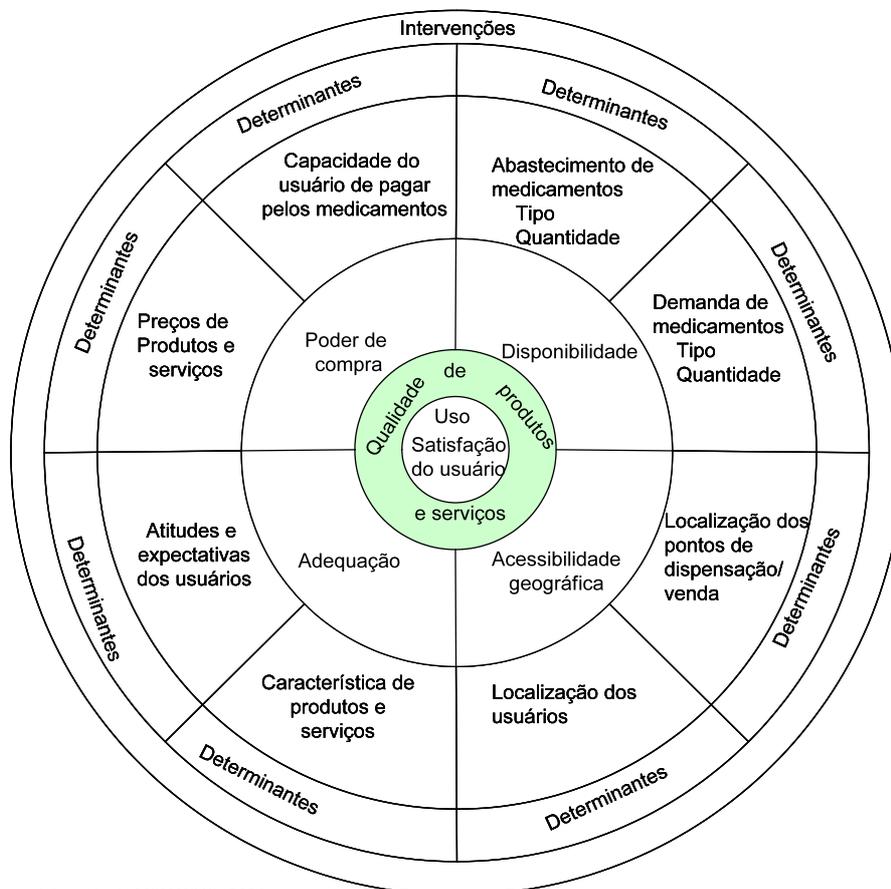
Esta definição encontra boa expressão no modelo teórico proposto no estudo de acesso desenvolvido pelo Consultative Meeting em Ferney-Voltaire (WHO/MSH, 2001) (Figura 3), que considera quatro principais dimensões do acesso aos medicamentos:

- *Disponibilidade física*, definida pelo relacionamento entre o tipo e quantidade de produtos e serviços necessários e o tipo e quantidade de serviços oferecidos.
- *Capacidade aquisitiva*, definido pelo relacionamento entre preços de produtos ou serviços e a capacidade do usuário de pagar por eles.
- *Acessibilidade geográfica*, definido pelo relacionamento entre a localização dos produtos e serviços e a localização do usuário eventual destes produtos e serviços.
- *Adequação*, refere-se ao ajuste entre as características dos produtos e serviços e as expectativas e necessidades dos usuários, bem como às normas técnicas e legais de funcionamento.

A qualidade em saúde consiste na aplicação da ciência e da tecnologia médicas de uma maneira que renda o máximo de benefícios para a saúde sem aumentar com isto seus riscos (Donabedian, 1984). Desta forma, a qualidade dos produtos e serviços

constitui-se como componente essencial do acesso e perpassa todas as dimensões anteriores.

Figura 3: Modelo teórico de acesso a medicamentos essenciais.



Fonte: Adaptado de MSH/WHO, 2001

Na seqüência, são visitados alguns aspectos macro-estruturais pela sua relevância no acesso aos medicamentos.

Medicamentos e Assistência Farmacêutica

Os medicamentos industrializados foram introduzidos no mercado basicamente a partir do final do século 19, sendo que o grande *boom* da introdução de novos medicamentos se deu a partir dos anos 40, já no século 20. A introdução de especialidades farmacêuticas no mercado mudou de forma importante o curso de várias doenças, melhorando a qualidade e duração da vida de muitos pacientes.

Por outro lado, se tem demonstrado que até 30% das hospitalizações estão relacionadas ao uso de medicamentos (doenças não tratadas, seleção inadequada de medicamentos, reações adversas, não cumprimento de prescrições, interações, uso de

medicamentos sem indicação apropriada e sobredose) (Johnson & Bootman, 1995). Estudo feito no Reino Unido, EUA e Espanha no período 1974 a 1993 mostrou que de 3 a 4% de novas entidades químicas introduzidas no mercado foram posteriormente retiradas devido a descobertas de reações adversas demonstradas nos estudos pós comercialização, sendo as classes mais comumente associadas com a descontinuação os anti-inflamatórios não esteroidais, os vasodilatadores e os antidepressivos (Bakke, 1995). Os efeitos deletérios do mau uso dos medicamentos podem trazer sérias conseqüências tanto no nível individual, dado que o paciente pode não se beneficiar com o uso do medicamento ou mesmo apresentar efeitos adversos, como no nível coletivo, pois compromete a capacidade de avaliação dos prescritores quanto à efetividade do medicamento e traz problemas como a emergência de cepas microbianas resistentes. Tem ainda conseqüências econômicas, uma vez que os recursos e esforços empreendidos para a disponibilidade ao paciente não se farão acompanhar dos benefícios esperados, podendo ainda gerar novos gastos para resolução dos problemas decorrentes. Os medicamentos podem ser vistos tanto como problema como solução em saúde pública (Abajo, 2001).

O uso racional de medicamentos ocorre quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose correta, por um período de tempo adequado e ao menor custo, para si e para a comunidade (MSH, 1997).

Os esforços de garantia do uso racional devem se fazer desde os processos de seleção de medicamentos acompanhada de formulário terapêutico de forma a, por intermédio de listas positivas ou negativas, orientar as escolhas terapêuticas para medicamentos eficazes, seguros e custo-efetivos, bem como orientar quanto às abordagens terapêuticas mais adequadas, inclusive, destacando as situações onde a abordagem não medicamentosa pode ser mais apropriada. Ainda, as atividades logísticas devem ter como resultado a disponibilidade de medicamentos de qualidade, adquiridos com agilidade satisfatória, baixo preço, armazenados e distribuídos de forma a preservar suas características.

Frente à decisão do consumidor de obter um medicamento, prescrito ou não, existem como possibilidades a aquisição, o co-pagamento e a obtenção gratuita, pelo recebimento direto do medicamento ou aquisição seguida de posterior reembolso. A atividade de venda/dispensação poderá estar localizada em um estabelecimento específico para esta finalidade ou pertencente a uma unidade que também realiza

atendimento médico ambulatorial e cuja natureza de gestão poderá ser pública, privada ou filantrópica.

As listas de medicamentos essenciais têm sido a base de muitos programas de saúde recentes, desenvolvidos com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade nos países em desenvolvimento e os gastos com medicamentos comprometem parte importante de seus orçamentos (WHO, 2001; MSH, 1997), consistindo em poderosa ferramenta com impacto tanto nos custos, quanto no uso racional de medicamentos.

Os principais atores envolvidos no uso de medicamentos são as instituições de saúde, os prescritores, os dispensadores, os usuários e o mercado, de forma que as diferentes estratégias existentes são para eles voltadas. Estas estratégias podem ser classificadas em intervenções educacionais, regulatórias ou gerenciais. As abordagens educacionais pretendem informar ou persuadir prescritores, dispensadores e pacientes a usar os medicamentos de forma racional; as gerenciais procuram guiar as decisões através de processos específicos e as regulatórias procuram criar restrições a decisões (ARHINFUL, 1996, MSH, 1997). É sempre bom lembrar que as atividades logísticas relacionadas aos medicamentos podem ter importante impacto no uso racional (Luiza, 1999; Machado dos Santos 2001b). A falta de um produto de primeira escolha ou o fornecimento de um produto com qualidade inferior são exemplos disto.

A maioria das etapas da assistência farmacêutica admite a parceria público-privado, devendo as alternativas serem avaliadas em função do custo, qualidade e equidade proporcionadas em relação ao aumento do acesso e do uso racional de medicamentos (Bennett *et al.*, 1997).

A assistência farmacêutica envolve atividades de caráter abrangente, multiprofissional e intersetorial, que têm como finalidade precípua a promoção do acesso a medicamentos de qualidade, assim como de seu uso racional e como seu objeto de trabalho a organização das ações e serviços relacionados ao medicamento (Marin *et al.*, 2003, Luiza, 2003) em suas diversas dimensões. Existe hoje um razoável consenso em adotar, no Brasil, a definição de assistência farmacêutica proposta no documento da Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 1998):

“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).

Esta definição abriga um amplo escopo de atividades, multiprofissionais em muitas etapas, voltadas a integrar o conjunto das ações de saúde. Tem havido também um forte consenso em identificar como componentes da assistência farmacêutica os processos de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, e dispensação/utilização de medicamentos. Tem sido habitual a representação circular destes componentes, o chamado “ciclo da assistência farmacêutica”, na tentativa de explicitar a interdependência entre os processos (Figura 4).

Dado ser um processo multiprofissional, vários outros atores participam neste circuito. Contudo, o gerente deve conhecer, acompanhar e intervir em todas as etapas de forma a manter sua integração sistêmica. Por exemplo, se a aquisição é conduzida por um grupo administrativo, o gerente da assistência farmacêutica deve participar de todas as etapas de decisão técnica e manter conhecimento geral do processo. Da mesma forma, a prescrição é um ato prioritariamente do médico, mas o farmacêutico deve acompanhar a qualidade da prescrição e a compreensão do paciente e interagir com os profissionais envolvidos sempre que necessário.

Figura 4. Ciclo da assistência Farmacêutica



Fonte: Marin, et al., 2003

O processo de seleção de medicamentos tem como objetivo definir o elenco de medicamentos essenciais que o sistema de saúde se compromete a garantir. Este processo deve também definir o formulário de medicamento, contemplando as orientações técnicas e clínicas e estabelecer protocolos terapêuticos, de forma a orientar o uso racional dos produtos.

A OMS (WHO/EDM, 2002) define, como essenciais, como:

“aqueles que satisfazem as necessidades dos cuidados prioritários de saúde da população. São selecionados tendo em vista a relevância para a saúde pública, evidência de segurança e eficácia e custo-efetividade comparados. É esperado que estejam disponíveis no contexto do sistema de saúde em todos os momentos, em quantidades adequadas e a um preço que os indivíduos e a comunidade possam arcar.”(WHO/EDM, 2002)

A OMS formula, bi-anualmente, uma lista modelo como forma de orientação aos países tanto de produtos, como também de condução do processo de construção/atualização da lista, chamando a atenção para o fato de que o conceito de medicamentos essenciais deve ser flexível e adaptável às diferentes realidades dos mesmos.

A definição do elenco pressupõe um processo multiprofissional, pois os saberes necessários envolvem conhecimentos de farmacologia, clínica, epidemiologia, aspectos técnicos dos medicamentos e mercado.

Os principais critérios são a segurança e eficácia dos produtos. Como critérios adicionais, deve-se considerar os aspectos epidemiológicos das doenças para as quais o produto se destina, possibilidade de proporcionar as condições de estocagem adequadas, disponibilidade de capacidade técnica de prescrição e manuseio do produto, custo de tratamento e comodidade posológica, entre outros. Mais atualmente tem havido o esforço de incorporar as abordagens da terapêutica baseada em evidência e da farmacoeconomia, como balizadores do processo de constituição dos elencos.

O grande esforço de consolidação da lista como estratégia mestra na assistência farmacêutica se deve ao fato de que podem ser esperados resultados na área gerencial, na econômico-industrial e na clínica. Na área gerencial permite aumentar o conhecimento do grupo administrativo quanto aos procedimentos de aquisição, de estocagem e facilitar a programação de recursos tanto financeiros quanto de espaço físico de armazenagem. Na área de econômico-industrial, permite direcionar os esforços

de produção, controle de qualidade e regulação de preços e, na área clínica, permite restringir os produtos disponíveis àqueles selecionados com os critérios de segurança e eficácia e facilita o treinamento dos profissionais envolvidos na utilização.

Para aumentar a efetividade da lista alguns importantes fatores de sucesso devem ser garantidos. Deve haver credibilidade e legitimidade entre os prescritores e usuários. Para isto, é importante que o processo de definição seja transparente e participativo. A lista deve ter boa apresentação e ser adequadamente divulgada. O documento da lista deve ser fácil de manusear, facilitando o trabalho dos profissionais, com forma de localização pelo nome do produto, que deve usar a denominação genérica – a Denominação Comum Brasileira (DCB) e pela ação farmacológica, como mínimo. Deve haver treinamento dos profissionais envolvidos quanto ao seu uso. Além disto, as ações seguintes do ciclo devem ser pautadas na lista pois se os produtos padronizados não estiverem disponíveis, ou se houver disponibilidade de produtos não padronizados, todo o processo é desacreditado.

Como o elenco visa cobrir cuidados prioritários de saúde, é previsível que, eventualmente, haja situações de exceção, onde, frente a um caso clínico particular, nenhum produto padronizado seja adequado, o que pode acontecer por mecanismos de resistência ou intolerância. Assim, é uma decisão razoável para o sistema a de cobrir tratamentos não padronizados. Contudo, se a lista é bem formulada, estes casos devem ser exceção e não a regra, devendo existir normatização clara de fluxo de aprovação e viabilização destes casos. O esperado é que este tipo de situação seja tão mais raro quanto menos complexo o nível de atenção, uma vez que os casos clínicos mais particulares deveriam estar sendo atendidos nos níveis de maior complexidade do sistema.

A programação de compras tem como finalidade definir a quantidade de medicamentos a ser adquirida, bem como os mecanismos mais adequados, o que inclui a modalidade de compra a ser usada e respectiva periodicidade, assim como o cronograma de entrega, que deve ser compatível com a flutuação da demanda e o espaço disponível de estocagem.

A aquisição visa operacionalizar a programação previamente realizada, conduzindo o processo de forma a obter a melhor qualidade com os menores preços. É usual que os procedimentos sejam conduzidos por profissionais diferentes, como forma de aumentar a transparência.

O armazenamento visa assegurar a qualidade dos produtos, assim como preservá-los quanto a desvios e deterioração, para o existe que uma série de cuidados conhecidos e consagrados.

No caso dos medicamentos, um aspecto que merece especial cuidado é o prazo de expiração da validade, pois além do risco da perda financeira, comum a todos os produtos, existe o risco de perda de eficácia ou ganho de toxicidade se o produto vencido é utilizado.

Um almoxarifado guarda quantidade de produtos que representam valor financeiro, de forma que o sistema de informação deve, como mínimo absoluto, abranger estas informações.

Existem diversas formas de abastecimento das unidades usuárias mas o processo de distribuição deve garantir, como aspectos mínimos de qualidade, o abastecimento contínuo e adequado, o fornecimento dos produtos corretos e adequadamente identificados, sistema de informação que facilite o controle de estoque nas unidades de dispensação, a rastreabilidade do produto e do processo de fornecimento, de forma a rapidamente identificar pontos de falha e impedir sua repetição ou propagação. Assim, se for identificada alguma falha técnica de algum medicamento em qualquer ponto do sistema, deve ser possível recuperar todo o processo, desde o fornecedor até todos os usuários potencialmente afetados.

A dispensação de medicamentos representa oportunidade privilegiada do serviço de farmácia entrar em contato diretamente com seu cliente final. É, também, muitas vezes, a última interação do usuário com a unidade de saúde em um determinado evento de cuidado. Constitui uma especial oportunidade de, diretamente, influir no uso racional de medicamentos, verificando a adequação da prescrição e orientando o paciente quanto ao uso correto dos medicamentos. É bastante raro, nos países em desenvolvimento, que haja um serviço de dispensação onde todos os atendimentos sejam feitos por profissionais farmacêuticos. Há também uma grande variabilidade nos profissionais que atuam na dispensação, assim como nas demais atividades do ciclo da assistência farmacêutica (Silva, 1999), a maioria deles sem treinamento específico. É, assim, importante que os serviços contem com procedimentos normatizados para orientar a ação dos profissionais quanto ao que eles possam realizar. É também fundamental que os serviços contem com fontes de consulta como apoio imediato para dirimir dúvidas que surgem na rotina de serviço.

As atividades de gerenciamento e informação devem proporcionar suporte e recursos às demais atividades, garantido o funcionamento harmônico, assim como o cumprimento dos objetivos e metas.

4.1.1 Preço e Mercado de Medicamentos

Os medicamentos constituem a intervenção terapêutica mais freqüentemente empregada e o tratamento correto e oportuno de uma série de doenças pode prevenir intervenções mais caras mais adiante. Por outro lado, o uso inadequado pode acarretar efeitos adversos e desperdício de recursos. Têm, assim, o apelo da “bala mágica”, que salva vidas e alivia incômodos. Dentre os insumos da saúde, guardam a peculiaridade de poder ser usados pela decisão autônoma do consumidor, para quem, as razões da eficácia são muitas vezes um mistério ou compreendidas de forma distorcida. O mercado de medicamentos constitui-se como atividade particularmente lucrativa. Ranking feito pela Revista Fortune das 500 maiores empresas nos EUA no ano de 2000 mostrou que as empresas farmacêuticas lideravam em termos de retorno sobre investimento, representando um valor de 39% para seus acionistas (MSF, 2001). Estas, dentre outras razões, tornam o medicamento uma mercadoria especial, conferindo peculiaridades a este mercado.

O tamanho do mercado mundial de medicamentos foi estimado em US\$ 317 bilhões no ano de 2000 (Hasenclever, 2002) com estimativa de US\$ 406 bilhões em 2002 (MSF, 2001), com uma distribuição bastante desigual entre os países. A Tabela 1 mostra a evolução de faturamento nos 12 principais mercados mundiais, onde se observa que apenas os 5 últimos dentre os 12 primeiros são países em desenvolvimento, podendo-se assim inferir que a capacidade aquisitiva das sociedades são fortes determinantes do consumo de medicamentos.

Tabela 1. Principais mercados na indústria farmacêutica (vendas em farmácias e drogarias), 1997-2000, US\$ milhões.

País	1997	1998	1999	2000
EUA	101.429	74.095	130.000	97.385
Japão*	46.887	38.764	53.400	51.434
Alemanha	22.122	15.470	18.500	14.424
França	18.212	14.165	17.700	13.283
Itália	10.580	9.123	11.300	9.035
Reino Unido	8.427	8.385	11.000	8.888
Espanha	6.019	5.284	6.600	5.290
Brasil	8.946	10.310	6.200	5.153

País	1997	1998	1999	2000
China	5.437	Nd	6.200	Nd
Argentina	3.888	3.557	4.900	3.422
México	3.600	3.263	4.000	4.905
Índia	3.300	Nd	3.400	Nd

Nd = não disponível; * Inclui vendas a hospitais

Fonte: Hasenclever, 2002:12 (elaboração a partir de IMS)

Dentre as cerca de dez mil empresas fabricantes de produtos farmacêuticos, em torno de 100 delas são responsáveis por quase 90% dos produtos farmacêuticos para consumo humano (Gereffi, apud Bermudez, 1995), sendo que as dez maiores empresas respondem por 43,39% do mercado (Tabela 2).

Tabela 2. Dez maiores empresas farmacêuticas no mundo e participação percentual no mercado, 2000

Empresa	Participação no mercado após fusão (%)
GlaxoWellcome + SmithKline	7,00
Pfizer + Warner Lambert	6,90
Merck & Co	4,40
Astra Zeneca	4,35
BristolMeyers Squibb	4,00
Novartis	3,95
Aventis	3,85
Johnson&Johnson	2,84
American Home Products	3,10
Parmacia Upjohn +Searle	3,00

Fonte: Hasenclever, 2002:12

É necessário ressaltar que nos últimos anos as fusões entre as grandes empresas farmacêuticas tem sido uma constante.

A inserção das indústrias no mercado pode ser analisada por diferentes formas de segmentação. O segmento dos medicamentos que requerem prescrição médica como exigência para venda ou dispensação ao consumidor apresenta o maior faturamento nos principais mercados, em detrimento dos medicamentos de venda livre (a apresentação da prescrição médica não é uma exigência para venda ou dispensação ao consumidor). A segmentação pode também ser analisada entre o mercado de medicamentos inovadores (detentor da patente) e de genéricos (medicamentos cuja patente já expirou e comercializados pela denominação genérica) e genéricos de marca (medicamentos cuja patente já expirou mas são comercializado sob um nome comercial – no Brasil são chamados similares). Segundo Hasenclever (2002), o impacto dos genéricos tem se

mostrado diferente entre os países, representando em média de 2 a 3% do mercado em valor e 20 a 60% em volume. Segundo a mesma autora, as exceções são Irlanda, Inglaterra e Dinamarca, que representam, respectivamente, 8%, 18% e 35% do mercado em valor. Até pouco tempo o mercado de genéricos se caracterizava por empresas de pequeno e médio porte observando-se, atualmente, a entrada de grandes empresas no mercado que passam a investir neste segmento.

No Brasil, a partir da Lei 9.787/99 (Brasil, 1999), que introduziu no mercado os medicamentos genéricos (bioequivalentes e intercambiáveis), a partilha de mercado aumentou de 1,5% a 8,4% em volume, considerado o período entre junho 2000 e fevereiro 2003, incluindo um total de 2.710 apresentações registradas de 39 fabricantes (ANVISA, 2003)

Outrossim, a principal forma de segmentação é quanto à classe terapêutica, onde as indústrias se especializam particularmente quanto às atividades de pesquisa e desenvolvimento. Há uma concentração de investimentos nas classes terapêuticas de interesse dos mercados de maior poder aquisitivo (Tabela 3) que representam, por consequência, maiores perspectivas de retorno do investimento, sendo possível *“faturar centenas de milhões e até bilhões de dólares por ano com uma única droga”* (MSF, 2001: 16).

Tabela 3. Participação nos gastos de P&D por doença e participação no mercado mundial, 1997.

Doença (ATC)	Gastos P&D Industriais (%)	Mercado Mundial (%)
Órgãos sensoriais	22,4	22,2
Neoplasias, sistema endócrino e doenças do metabolismo	22,3	17,4
Cardiovascular	16,5	19,7
Antiinfeciosos	14,9	14,3
Sistema respiratório	6,4	6,8
Sistema digestivo e sistema geniturinário	2,7	16,3

Fonte: Pharmaceutical Research Manufacture's of America (PhRMA) apud Hasenclever, 2002:13.

Ainda que os antiinfeciosos apareçam na lista de prioridades apontada na Tabela 3, nos últimos 25 anos somente 15 novos fármacos foram desenvolvidos para doenças tropicais (13) e tuberculose (2) (MSF,2001).

A inovação é a forma central de concorrência na indústria farmacêutica. Dentre as estratégias utilizadas de inovação estão o desenvolvimento de novos princípios ativos

patenteáveis e a conquista das preferências dos consumidores através de intensivas estratégias de marketing e propaganda (Hasenclever, 2002). O surgimento de novos produtos no mercado, muitas vezes não representam novidades em termos de abordagem terapêutica ou avanços clínicos importantes.

Os gastos globais em P&D na área da saúde vêm aumentando de forma considerável. Estimava-se para 2001 o valor recorde de financiamento para P&D, na ordem de US\$70 bilhões, sendo que cerca da metade (US\$ 30,5 bilhões) somente pelo setor privado do EUA. Observa-se crescente financiamento da pesquisa na área pelo setor privado, que recentemente assumiu a liderança em relação ao setor público, o que permite entender que as prioridades sejam determinadas tendo em vista esta realidade (MSF, 2001; Currat & Feacham, 2002). Segundo os mesmos trabalhos, apenas 10% das pesquisas globais em saúde são dedicados às condições que respondem por 90% da carga global de doenças, desequilíbrio que tem sido referido como desequilíbrio 10/90.

Muitos autores têm falado acerca da limitada concorrência do mercado de medicamentos, oriunda das falhas de mercado (Bennett et. al, 1997; Madrid *et al.*, 1998; Rêgo, 2000; Câmara do Deputados, 2000; Machado dos Santos, 2001). Estas acarretam que alguns pressupostos que determinam o preço em mercados hipoteticamente perfeitos não se verificam no mercado da saúde, limitando ou inviabilizando a escolha entre as alternativas disponíveis, assim como o acesso e consumo dos bens e serviços de saúde. Conforme dito por Machado dos Santos (2001:24-25), dentre os pressupostos que **não** se verificam no setor saúde, podemos citar:

- a) *“os consumidores são os melhores juízes de seu próprio bem estar;*
- b) *os consumidores são racionais nas suas decisões de consumo;*
- c) *os consumidores, tendo total liberdade e autonomia de escolha e cientes de sua renda monetária para um certo período de tempo, são capazes de planejar sua demanda de consumo.”*

As mais importantes falhas que caracterizam os mercados farmacêuticos são listadas a seguir:

- *Existência de oligopólios e de monopólios* – observa-se que o controle das empresas se dá por classes e sub-classes terapêuticas que não constituem alternativas entre si, sendo que o mercado relevante está fortemente concentrado. O baixo grau de poder de mercado de algumas poucas empresas produtoras de medicamentos é reforçado pelo controle que elas detêm das fontes de matéria-prima. A força do mercado

farmacêutico é também criada por uma série de outros mecanismos, como a lealdade de marca, que permite manter a força do mercado mesmo após a expiração da patente; a segmentação de mercado onde o domínio se dá nas sub-classes terapêuticas.

- *Proteção por patentes e lealdade a marcas* – o fato da tecnologia de medicamentos ser facilmente copiável em determinadas fases produtivas faz com que as empresas inovadoras persigam duas estratégias principais para manter o monopólio de seus produtos e processos: o nome de marca para diferenciar o produto e a proteção patentária. A indústria, através de estratégias de propaganda e marketing procuram preservar seus nichos de mercado mesmo depois da expiração das patentes.
- *Separação das decisões sobre prescrição, consumo e financiamento* – De modo geral, quem consome não é quem decide sobre os medicamentos, quem decide não paga e quem paga (parcial ou integralmente) às vezes é um terceiro, como é o caso quando os medicamentos são cobertos por seguros públicos ou privados. Em consequência, há interesses contrapostos, dado que quem paga quer minimizar custos, quem consome quer o melhor e quem decide é influenciado pela oferta, que, além de ser concentrada, procura induzir a um maior consumo (Rêgo, 2000). Acerca desta característica de mercado, Furnis, (apud Rego, 2000), faz uma interessante analogia com a situação onde uma pessoa vai a um restaurante e decide o cardápio (médico), um segundo, gostando ou não do prato, consome a refeição (paciente) e, após a saída de ambos, um terceiro, que não pediu e não comeu, paga a conta.
- *Assimetria de informação* – Os consumidores finais de medicamentos muitas vezes não decidem sobre o que devem consumir e, mesmo quando o fazem, em geral sabem muito pouco sobre a qualidade, a segurança, a eficácia, o preço comparativo a alternativas reais e as características específicas do medicamento. O médico e o farmacêutico, que seriam os mais bem informados, muitas vezes, sabem menos que os laboratórios produtores. Os principais tipos de problemas quanto à informação são quanto à eficácia, quanto à qualidade e quanto à propriedade da prescrição de um determinado medicamento para um determinado paciente. Os medicamentos constituem, assim, os chamados “bens credenciais”. Conforme Fiúza e Lisboa (2001), quando a qualidade de um bem pode ser verificada pelo consumidor antes de sua compra ele é chamado “bem de busca”; quando a qualidade somente pode ser verificada após sua compra, é chamado “bem de experiência” e quando, como é o caso dos medicamentos, o consumidor tem poucos elementos técnicos para verificar

a qualidade por seus próprios meios é chamado “bem credencial”. Uma das conseqüências deste desequilíbrio de informação é que tanto o fabricante quanto o comércio se utilizam disto para vender medicamentos sem que haja a necessidade real ou propagar informações distorcidas com a finalidade de aumentar as vendas. Existem algumas alternativas de estratégias para abordar este problema, que incluem a regulamentação das práticas promocionais de medicamentos, a promoção de treinamento e a informação para os diferentes atores envolvidos (prescritores, dispensadores e consumidores). Neste cenário, é crucial a importância de órgãos de vigilância sanitária bem estruturados e aparelhados além da promoção, pelo governo, de estratégias para melhorar o equilíbrio de informação entre os diferentes atores envolvidos.

- *Demanda inelástica* – o baixo grau de substitutividade dos produtos farmacêuticos, aliado à assimetria de informação são fatores que confluem para que a demanda de medicamentos seja altamente inelástica a preços, o que significa dizer que a procura pelo produto, principalmente quando consideradas a cronicidade e gravidade da doença tenderá a ser pouco responsiva a variações de preço.
- *Externalidades* – baseia-se na teoria do bem público ou bem de mérito (aquele onde o benefício do uso se estende para além daqueles que atingem diretamente o usuário), como o caso das vacinas que beneficia diretamente o usuário mas também a coletividade ou do tratamento de um companheiro assintomático de um portador de doenças sexualmente transmissíveis, que não perceberá nenhum benefício direto do uso do medicamento.

Tais falhas de mercado acarretam que basicamente todos os países da OCDE adotam algum grau de regulação deste mercado. A promoção da equidade no acesso fundamenta-se não apenas em argumentos éticos baseados na compreensão da saúde como um direito humano, mas também em argumentos de ordem pragmática, dadas as conseqüências sociais, econômicas e financeiras que podem resultar do adoecimento da população, desestabilizando as famílias e comprometendo a força de trabalho atual e potencial. Numa grande simplificação, pode-se dizer que a ação governamental deve, fundamentalmente, buscar que a necessidade se transforme em demanda e que a demanda, baseada na necessidade, se transforme em utilização racional dos produtos. As intervenções governamentais quanto à regulação visam, portanto, reduzir o impacto das falhas de mercado e podem ser direcionadas do ponto de vista da **oferta**, onde visam minorar os problemas decorrentes do funcionamento do mercado e atuar na regulação

de preços ou da **demanda**, onde visam fortalecer o poder de barganha do comprador (Hasenclever, 2002).

Os diferentes processos de reforma têm apontado para a redução da participação do Estado e defendido o aumento da atuação do setor privado (Gerschman., 1999). Tendo em vista a importância dos medicamentos nas ações de saúde e as fragilidades do mercado na promoção da equidade, propõe-se que o Estado assuma, minimamente, responsabilidades essenciais (Quadro 4), que não necessariamente precisam ser todas desenvolvidas por organismos próprios, podendo ser delegadas a outros atores do setor farmacêutico (Quadro 5) (Bennett *et al.*, 1997).

Quadro 4. Funções essenciais do estado nos mercados farmacêuticos

<p>1. Policy-making</p> <ul style="list-style-type: none">• Desenvolvimento e revisão da política nacional de medicamentos, incluindo elementos sobre:<ol style="list-style-type: none">1. financiamento público de medicamentos (quanto?, do quê?)2. capacidade aquisitiva (incluindo políticas de regulação e competição de preços)3. uso racional de medicamentos4. qualidade• Legislação, regulação e iniciativas programáticas para implementação da política• Monitoramento e avaliação da política <p>2. Regulação de medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none">• Licenciamento e inspeção de importadores, distribuidores, farmácias e outros pontos de varejo• Licenciamento e inspeção de boas práticas de produção (GMP) de fabricantes• Registro de medicamentos (segurança, eficácia, qualidade)• Controle de marketing e informação independente de medicamentos• Vigilância pós comercialização (segurança, eficácia, qualidade) <p>3. Padrões profissionais</p> <ul style="list-style-type: none">• Definir padrões de formação para farmacêuticos, médicos e outros profissionais• Licenciamento de farmacêuticos, médicos e outros profissionais• Desenvolvimento e vigilância do cumprimento de códigos de conduta <p>4. Acesso aos medicamentos essenciais</p> <ul style="list-style-type: none">• Subsídio dos custos de medicamentos essenciais para as populações mais pobres• Garantia de acessibilidade geográfica aos medicamentos essenciais• Abastecimento de medicamentos essenciais nas unidades públicas de saúde• Garantia de níveis apropriados de consumo de medicamentos e vacinas para doenças transmissíveis <p>5. Uso racional de medicamentos</p> <ul style="list-style-type: none">• Garantia da disponibilidade e disseminação de informação não enviesada• Educação continuada de profissionais de saúde• Educação dos público e dos pacientes
--

Fonte: Bennett *et al.*, 1997: 24

Conforme Bennett *et al.* (1997) diferentes atores – públicos, privados lucrativos e não lucrativos – podem estar envolvidos na diferentes etapas do mercado

farmacêutico, que implica no funcionamento consequente de diferentes subsistemas (Quadro 5). A ação de regulação do estado pode ser direcionada à atuação de cada um dos atores envolvidos e a todos ou qualquer dos subsistemas.

Quadro 5: Atores públicos e privados segundo o subsistema do mercado farmacêutico

<i>Sub- sistema</i>	<i>Setor público</i>	<i>Setor privado não lucrativo</i>	<i>Setor privado lucrativo</i>
Política Nacional de Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Saúde (ponto focal) • Outros ministérios 	<ul style="list-style-type: none"> • Associações profissionais • Grupos de consumidores, associação de portadores de doenças • Instituições de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Companhias farmacêuticas • Instituições de saúde
Desenvolvimento de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Institutos nacionais de pesquisa • Concessionárias governamentais de pesquisa • Universidades públicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Universidades privadas • Fundações privadas • Institutos de pesquisa 	<ul style="list-style-type: none"> • Empresas farmacêuticas que fazem P&D
Registro e regulação de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Autoridade nacional de vigilância 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizações de consumidores 	<ul style="list-style-type: none"> • Serviços específicos (p.ex. de controle de qualidade)
Produção/ importação	<ul style="list-style-type: none"> • Monopólios estatais de importação • Organizações estatais de produção • Almoarifados centrais de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizações não lucrativas de produção de medicamentos • ONGs com atividades relacionadas aos medicamentos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> • Indústrias locais transnacionais • Indústrias locais nacionais
Distribuição atacadista	<ul style="list-style-type: none"> • Almoarifados médicos centrais • Atacadistas estatais • Gerências regionais de distribuição de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • ONGs com atividades relacionadas aos medicamentos essenciais 	<ul style="list-style-type: none"> • Grandes atacadistas privados • Pequenos atacadistas privados
Informação de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos ligados a confecção e atualização do formulário nacional de medicamentos de protocolos terapêuticos 	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de informação de medicamentos • Organizações de consumidores 	<ul style="list-style-type: none"> • Mídia • Indústria
Prescrição/ propagada	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades públicas de saúde • Farmácias públicas de dispensação • Equipes de saúde comunitária 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitais e clínicas filantrópicas • Equipes de saúde comunitária 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitais e clínicas privados • Trabalhadores autônomos de saúde
Dispensação/ venda varejista	<ul style="list-style-type: none"> • Unidades públicas de saúde • Farmácias públicas de dispensação • Equipes de saúde comunitária 	<ul style="list-style-type: none"> • Farmácias de dispensação 	<ul style="list-style-type: none"> • Farmácias e drogarias
Consumo pela população	Famílias/ consumidores individuais		

Fonte: Bennett *et al.*, 1997:14-15.

Nos últimos anos tem havido forte tendência à liberalização dos mercados na América Latina e muitos países têm abandonado o controle de preços. Esta tendência é estimulada pela crença que as forças competitivas de mercado seriam eficazes para regular os preços e estimular o crescimento econômico (Bennett *et al.*, 1997; Madrid *et al.*, 1998). No entanto, o que se observa é que a liberalização do mercado de medicamentos tem sido acompanhada pelo aumento de preços, proliferação da oferta de produtos e propaganda excessiva, levando ao aumento não racional do consumo.

Existe uma ampla gama de medidas para controle das despesas com medicamentos; algumas são aplicáveis independentemente da natureza, pública ou privado do comprador. Outras, como o controle de preços, somente podem ser aplicadas pelo setor público, mas com efeitos para o comprador privado, individual ou institucional. O Quadro 6 elenca medidas sugeridas por Velásquez *et al.* (1998) para o controle de gasto com medicamentos.

Quadro 6. Exemplos de medidas para controlar os gastos com medicamentos

Exemplos	Explicação e observações
Compra a granel	<ul style="list-style-type: none"> • Inclui licitações • Inclui compra combinada
Estabelecimento de teto para os gastos	<ul style="list-style-type: none"> • Nível máximo para os gastos • Limites de gastos correspondentes a cada episódio terapêutico
Seleção de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Listas positivas, como as de medicamentos essenciais, preparadas com base em critérios de inclusão (necessidade em saúde pública, valor terapêutico, custo)
Limitações quanto à comercialização e à publicidade	<ul style="list-style-type: none"> • a publicidade e a promoção podem constituir parte apreciável dos custos de fábrica (15-25%). • As limitações seriam direcionadas a reduzir os preços e racionalizar o consumo.
Controles ou incentivos sobre a prescrição	<ul style="list-style-type: none"> • Destinados a reduzir o consumo e a incentivar a prescrição de medicamentos mais baratos ou genéricos
Controle de preços	<ul style="list-style-type: none"> • Destinado a compatibilizar a capacidade de pagamento das fontes de financiamento sem inviabilizar o mercado (o que provocaria desabastecimento)
Promoção do uso racional	<ul style="list-style-type: none"> • Várias práticas de uso não racional podem acarretar desperdício de recursos e aumento desnecessário dos custos de tratamento (p.ex. prescrição de itens não necessários ou que não agregam valor ao tratamento, efeitos adversos preveníveis que requerem tratamento)
Uso de medicamentos genéricos	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar a competição por preços
Pagamento pelo usuário ou co-pagamento	<ul style="list-style-type: none"> • Podem inibir o consumo excessivo mas exercer conseqüências negativas quanto à equidade

• Fonte: adaptado de Velasquez *et al.*, 1998

A política de medicamentos genéricos constitui uma estratégia com objetivo de impulsionar a competição de mercado de medicamentos via preço. Fundamenta-se no

entendimento que a competição neste mercado se dá normalmente por mecanismos extra-preços, baseada na diferenciação de produtos (estratégias ancoradas, principalmente, no monopólio de marcas comerciais, marketing, assimetria de informações e concentração do mercado por classes terapêuticas) (Velásquez *et al.*, 1998, Machado dos Santos, 2001a). Baseia-se em duas estratégias principais: o uso da denominação genérica dos medicamentos em todas as etapas da sua utilização e a disponibilidade de equivalentes intercambiáveis com medicamentos de marca com os quais possam competir pelo preço. A ação das políticas públicas na regulação do mercado de genéricos tem sido fundamental para a efetividade do programa nos diferentes países, no sentido de garantir seu impacto na redução dos preços, na aceitação pelos prescritores e pela sociedade e de seu uso racional. O Quadro 7 apresenta os mecanismos propostos por Bennett *et al.* (1997) para promover o uso de medicamentos genéricos.

Quadro 7. Mecanismos para promover o uso de medicamentos genéricos

<p>Legislação e regulamentação de suporte</p> <ul style="list-style-type: none">• Agilidade nos procedimentos de registro• Desenvolvimento de produto e autorização durante o período de patente• Disposições que permitam, encorajem ou requeiram a prescrição e substituição de medicamentos• Exigência de que os rótulos e informativos de medicamentos contendam a denominação genérica <p>Capacidade de garantia de qualidade</p> <ul style="list-style-type: none">• Desenvolvimento de listas de substituição e não substituição• Procedimentos para demonstrar bioequivalência• Capacidade de garantia de qualidade no nível nacional• Capacidade de inspeção da fabricação e comercialização no nível nacional <p>Aceitação do público e dos prescritores</p> <ul style="list-style-type: none">• Envolvimento das associações profissionais no desenvolvimento da política• Implementação por fase, iniciando com a autorização para substituir• Requerer o uso de nomes genéricos nos processos de educação e treinamento dos profissionais de saúde• Disponibilidade de listas de consulta denominação genérica-nome comercial para os profissionais de saúde• Ampla campanha de promoção dos genéricos dirigida aos consumidores e aos profissionais <p>Fatores econômicos</p> <ul style="list-style-type: none">• Disponibilidade da informação de preços para o público e para os profissionais• Usar como preço de referência nos programas de reembolso• Controle do preço de varejo para favorecer a dispensação de genéricos• Apoio pela organização de seguros saúde públicos e privados• Acordos com a indústria (redução da regulação de preços, aumento da proteção de patentes)

Existem argumentos a favor e contra o controle de preço. O debate é resumido no Quadro 8. Algum nível de controle de preços é exercido pela maioria dos países. Os principais mecanismos são resumidos no Quadro 9.

Quadro 8. Principais argumentos a favor e contra o controle de preços

<i>A favor</i>	<i>Contra</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Redução dos preços no nível dos indivíduos • Redução gasto total em medicamentos • Melhora a informação sobre preços para seguradoras e consumidores • São necessários porque a ação isolada das forças de mercado são insuficientes para assegurar a competição. 	<ul style="list-style-type: none"> • São desastrosos e passíveis de manipulação • Encorajam a falsificação de práticas contábeis • Provocam escassez de produtos (real ou artificial) • Não impactam as despesas individuais ou institucionais porque encorajam o uso de produtos mais caros e em maior quantidade • Reduz inovação e competição • São desnecessários para a maioria das necessidades se os medicamentos são vendidos pelo nome genérico

Fonte: Bennett *et al.*, 1997: 56

Quadro 9. Principais formas de controle de preços

Mecanismo de controle	Descrição	Comentários
Sobre a margem de produção		
Preços baseados nos custos (<i>cost-plus pricing</i>)	Preços são negociados entre os produtores e a autoridade nacional com base nos custos de pesquisa, produção, marketing e na margem de lucro por produto	Pode ser difícil obter informação confiável e a transferência de preços pode distorcer os custos reais. Susceptível à manipulação pelas práticas contábeis
Preço de referência (<i>reference pricing</i>)	Preços definidos pela comparação com preço de outros medicamentos. Preços de referência interna usam medicamentos similares no mercado nacional. Referência externa usa o mesmo medicamento ou similares vendidos em outros países	Pouco transparente e não requer informação das companhias. Geralmente usado como controle indireto de preço para o estabelecimento de níveis de reembolso de medicamentos em esquemas de seguro saúde
Preços baseados no lucro (<i>profit-based pricing</i>)	Controle de todos os lucros ou retorno de investimento de capital com base empresa por empresa	Depende do acesso a razoável informação das companhias. Susceptível a manipulação por práticas contábeis.
Controle sobre a margem de comercialização		
Custo + porcentagem fixa	Distribuidores e varejistas acrescentam uma porcentagem fixa ao preço	Pode encorajar a venda de itens mais caros
Custo + porcentagem decrescente	Quanto mais caro o medicamento, mais baixa a margem de lucro	Pode incentivar a venda de itens mais baratos

Mecanismo de controle	Descrição	Comentários
Preço máximo de venda	Valor de reembolso fixado tendo como base o equivalente genérico	Encoraja o uso de genéricos
Custo + taxa fixa de dispensação	Taxa de reembolso por prescrição fixa	Reduz o incentivo para a prescrição de itens mais caros
Custo + taxa de dispensação diferenciada	Maior taxa de reembolso para produtos genéricos	Encoraja o uso de genéricos

Fonte: Bennett *et al.*, 1997: 53-59; Madrid *et al.*, 1998:53-54

As diferentes medidas de controle de preço não são excludentes e a escolha depende de vários fatores, como os mecanismos predominantes de financiamento de medicamentos adotados, a capacidade regulatória do Estado, a estrutura de produção e comercialização existente no país, a capacidade de inovação tecnológica existente, dentre outros fatores.

O controle de preços e de lucros constituem abordagens de regulação da capacidade voltadas à oferta. Medidas voltadas à regulação da demanda incluem: definição de listas positivas (p.ex. lista de medicamentos essenciais) ou negativas de financiamento; sistema de co-pagamento; controle de prescrições e estabelecimento de tetos orçamentários (Rego, 2000; Fiúza & Lisboa, 2001).

Nos países onde há o financiamento público de medicamentos, é comum a existência de listas positivas ou negativas, definindo o que é ou não passível de financiamento que pode ser diferenciado por produto ou grupo de produtos. Os países em desenvolvimento costumam usar o co-pagamento pelo usuário como forma de suplementar o financiamento. No entanto, a maioria dos países da OCDE também utiliza este sistema para regular a demanda, pelo entendimento de que a gratuidade pode implicar no consumo excessivo. Segundo Rego (*ibid.*), em países como a Grã-Bretanha, Austrália, Japão, Nova Zelândia e Holanda, os usuários pagam um valor fixo por prescrição; em outros (Dinamarca, França, Grécia, Itália, Portugal, Bélgica, Irlanda, Coreia, Luxemburgo, Noruega, Espanha, Suíça, Suécia, Turquia, Canadá e seguradoras privadas americanas), pagam um percentual sobre o preço do medicamento; outros ainda (Finlândia e a Itália) adotam sistemas mistos.

O controle de prescrições não tem ainda apresentado resultados consistentes.

Em alguns países como França e Alemanha os médicos estão sujeitos a penalidades, caso ultrapassem o teto orçamentário que lhes tenha sido atribuído.

Cabe ressaltar que a regulação do mercado deve também ter em conta, além da questão econômica, aspectos éticos ligados aos procedimentos de comercialização, bem como aqueles ligados à garantia da segurança, qualidade e eficácia dos produtos.

4.1.2 Globalização, Propriedade Intelectual

Na indústria farmacêutica, podemos considerar que as principais barreiras à entrada de novos competidores são o custo da inovação, aliado aos custos de promoção dos novos produtos com a finalidade de obter a confiança e fidelidade do consumidor. A proteção de patentes torna-se, assim, de grande interesse a indústrias com capacidade de pesquisa e desenvolvimento. O monopólio obtido no tempo de vigência da patente permite também controle, pelo fabricante, do preço a ser cobrado. A corrida pela inovação acarreta que muitos dos novos medicamentos lançados não representam avanços terapêuticos reais permitindo às empresas grande lucratividade. A título de exemplo desta questão, o NIHCM (2002) refere que, nos EUA, no período compreendido entre 1989 a 2000, somente 153 (15%) de um total de 1.053 novos medicamentos aprovados para comercialização foram considerados medicamentos altamente inovadores.

O GATT (*General Agreement on Tariffs and Trade* – Acordo Geral de Tarifas e Comércio) foi criado ao final da Segunda Guerra, como parte do conjunto de organizações (Fundo Monetário Internacional e Banco Mundial, que à época tinha o nome de Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento) que tinham o objetivo de construir um sistema econômico mundial e, sobretudo, criar as normas para o livre comércio entre as nações, eliminando barreiras comerciais e outras formas de discriminação. A Rodada Uruguai de negociações formalmente iniciada em setembro de 1986 em Punta Del Este pretendia resolver, entre outras coisas, as questões do comércio internacional em novos campos, principalmente serviços e propriedade intelectual (Velásquez et Boulet, 1999).

A Rodada Uruguai de negociações encerrou-se em abril de 1994, com a assinatura do Acordo TRIPS (*Trade-Related Aspects on Intellectual Property Rights*) por 123 países, entre eles o Brasil. Esta foi a última rodada de negociação no âmbito do GATT, dada a criação da OMC (Organização Mundial do Comércio), que entrou em funcionamento a partir de 1995.

A OMC assumiu, a partir de então, “a *responsabilidade do comércio de mercadorias, acordos multinacionais de aviação civil, licitações governamentais, produtos lácteos e bovinos e fiscalização da aplicação das resoluções aprovadas na Rodada Uruguai*” (Bermudez *et al.*, 2000: 57), tendo o objetivo de promover: “(1) não discriminação (2) liberação progressiva das barreiras de comércio (3) políticas condizentes e transparência (4) competição e (5) determinações especiais para os países em desenvolvimento.” (WHO, 2001:1).

A discussão das patentes farmacêuticas se situa no campo da discussão dos direitos de propriedade intelectual (DPI), expressão que designa o “direito de apropriação sobre criações, obras e produções do intelecto, talento e engenho” (Bermudez *et al.*, 2000:51). O Direito do Autor e a Propriedade Industrial são as grandes áreas compreendidas nesta discussão.

A primeira Lei de Patentes foi aprovada pelo Estado de Veneza em 1474. Quase quatrocentos anos depois, em 1873, vários países, entre eles o Brasil, assinaram a que ficou conhecida como Convenção de Paris. Ficaram a partir daí consagrados os três pressupostos básicos do sistema de Propriedade Industrial: Independência de Patentes e Marcas (a concessão em um país não tem relação com a concessão em outro país), Tratamento igual para Nacionais e Estrangeiros (impede tratamento preferencial ou discriminatório em favor do nacional) e Direitos de Prioridade (o requerente de patente, modelo de utilidade, modelo ou desenho industrial, marca de indústria, comércio ou serviço em um dos países da União, ou seu sucessor, gozará de prioridade durante os prazos fixados pela Convenção, para o depósito do mesmo pedido em qualquer dos países da União) (Bermudez *et al.*, 2000).

O Acordo TRIPS estabelece, entre outras coisas, os mecanismos de sanção para os Estados que descumpram as normas internacionais. O Acordo TRIPS compõe-se de 73 artigos distribuídos em 7 partes, estando as patentes contempladas na Parte II. Fica fixada a obrigatoriedade de conceder proteção às invenções em todas as áreas tecnológicas que preencham os requisitos de patenteabilidade (novidade, atividade inventiva e utilização industrial) (Bermudez *et al.*, 2000a, Fiúza & Lisboa, 2001). Tais requisitos privilegiam o setor farmacêutico, uma vez que os medicamentos facilmente se enquadram em todos eles.

O acordo prevê algumas salvaguardas para a proteção da vida e da ordem pública, sendo as mais importantes, a importação paralela e a licença compulsória.

A importação paralela admite a importação, sem a autorização do fabricante em um determinado país, do mesmo produto oferecido por este fabricante em outro mercado também sob proteção de patente, mas a preço mais barato. Baseia-se no princípio da exaustão dos direitos de propriedade intelectual, segundo o qual a exclusividade de direito do detentor da patente para importar o produto protegido termina quando o produto é lançado no mercado (WHO, 1999).

A licença compulsória consiste na concessão da licença de produção sem a permissão do detentor da patente quando razões de interesse geral o justificam.

Para que sejam efetivas, essas salvaguardas devem estar adequadamente previstas nas legislações dos países. Da mesma forma, é também importante definir claramente os critérios de patenteabilidade. Termos como “novidade” e “utilidade” podem ter diferentes interpretações. Correa (2001) chama a atenção para o fato de que, no que concerne aos medicamentos, uma série de recursos como polimorfismo, isomeria ótica, pro-drogas, recursos de modificação cinética ou combinação de medicamentos podem ser usados para aplicar ou estender o tempo de patentes além dos 20 anos previstos sem necessariamente representar vantagens terapêuticas (Correa, 2001, t’Hoen, 2002).

Os países têm sido mais ou menos hábeis na formulação de sua legislação na área. Estudo realizado por Oliveira *et al.* (2002) abrangendo a legislação de 10 países da América Latina (Bolívia, Colômbia, Equador, Perú, Venezuela, Argentina, Brasil, República Dominicana, México e Panamá) e um país da África (Moçambique) mostrou que todos eles adequaram sua legislação na área após a publicação do Acordo TRIPS. Somente Argentina e Brasil utilizaram o período de transição admitido para reconhecimento de patentes de produtos farmacêuticos, para os quais todos eles admitem patentes de produtos e processos. A legislação do Panamá não contempla a licença compulsória e a de Argentina e Moçambique não contempla a possibilidade de importação paralela. As condições para uso da licença compulsória variam bastante de país a país.

Por um lado, existe a defesa de que os DPI podem estimular o crescimento econômico o que, por sua vez, pode contribuir para a redução da pobreza, estimular o aumento de invenções e novas tecnologias, inclusive em campos importantes para a manutenção e proteção da vida, como a agricultura e a saúde, promover o investimento nacional e estrangeiro e a transferência de tecnologia. Por outro, lado se argumenta que os países mais pobres seriam pouco beneficiados por essas vantagens. Os DPI teriam

pouco efeito de estímulo à invenção nos países em desenvolvimento ou nos não desenvolvidos já que não contariam com capacidade técnica e humana de suporte. Os DPI também não seria estímulo efetivo para o desenvolvimento dos produtos necessários às populações mais pobres, p.ex., os medicamentos para as doenças negligenciadas, pois estas populações não têm recursos para pagar por estes produtos. O desenvolvimento tecnológico via imitação também seria limitado e as firmas estrangeiras instaladas nos países teriam mais facilidade de abastecer o mercado via importação do que pela produção nacional (CIPR, 2002).

Conforme previsto em seu plano estratégico para o período 2000-2003 (WHO, 2000) a OMS tem envidado esforços para monitorar o impacto dos acordos comerciais no acesso aos medicamentos nos países em desenvolvimento. A idéia é desenvolver um modelo de indicadores e de metodologia de coleta de dados que permita responder de que forma as patentes e os DPI estão afetando o preço dos medicamentos, a introdução de medicamentos genéricos no mercado, o desenvolvimento de medicamentos para doenças negligenciadas, o investimento estrangeiro e a transferência de tecnologia para os países mais pobres (ENSP, 2003).

4.2 A organização do setor saúde no Brasil

Um dos grandes marcos históricos do processo de Reforma da Saúde no Brasil foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em março de 1986. Nesta Conferência, se legitimou um longo processo de discussão no país, resultando como recomendação principal, a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde que se conformou na criação de um **Sistema Único de Saúde**, com comando único em cada esfera de governo.

Podem ser identificados três tipos básicos de proteção social: baseado no seguro, no provimento pelo Estado e no mercado (Fleury, 2000). A reforma sanitária brasileira foi marcada nos textos regulatórios pelo modelo baseado no provimento pelo Estado. O texto constitucional, atualizado em 1988, no capítulo da seguridade social, garante no artigo 196 a “saúde como direito de todos e dever do estado”, assim como o “acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (Brasil, 1988).

Dentre as importantes mudanças que fazem distanciar o modelo brasileiro do modelo geral de reforma da saúde na América Latina, estão o estabelecimento do

financiamento como competência das três esferas, federal, estadual e municipal, mais recursos da seguridade e outras fontes e o caráter público do sistema de saúde, conferindo papel complementar ao setor privado, ainda que sem limitar sua atuação no mercado aberto.

Em 1990, a Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990a), e a Lei nº 8.142 (Brasil, 1990b), regulamentam as determinações da Constituição e consagram os princípios de descentralização das ações e serviços de saúde e de municipalização da gestão, definindo papéis e atribuições dos gestores nos três níveis de atuação. A Lei nº 8.080 estabelece a organização básica das ações e serviços de saúde, quanto à direção e gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo no Sistema Único de Saúde. A Lei nº 8.080 em seu artigo 6º assegura o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a assistência farmacêutica. A Lei nº 8.142 estabelece as disposições legais para a participação da sociedade na gestão do sistema e as formas e condições das transferências intra-governamentais no SUS.

Estes três documentos passam, então, a constituir a base do sistema de saúde no Brasil, baseado em princípios que têm sido classificados como ético/doutrinários e organizacionais/operativos do SUS, sumariados no Quadro 4 (Brasil/MS/S.Ex., 2000):

Quadro 10. Princípios gerais do SUS.

Princípios ético/ doutrinários	Princípios organizacionais/ operativos
<p>universalidade – garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão;</p> <p>eqüidade – o SUS deve tratar desigualmente os desiguais, oferecendo mais a quem precisa mais, procurando reduzir a desigualdade;</p> <p>integralidade – as pessoas têm o direito de serem atendidas no conjunto de suas necessidades e os serviços de saúde devem estar organizados de modo a oferecer todas as ações requeridas por essa atenção integral;</p>	<p>descentralização - processo que implica na redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, para garantir a direção única em cada esfera;</p> <p>regionalização e hierarquização - capacidade dos serviços de oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência, bem como o acesso a todo tipo de tecnologia disponível, possibilitando um ótimo grau de solução de seus problemas;</p> <p>participação dos cidadãos - democratização do conhecimento do processo saúde/doença, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema. A descentralização somente será bem sucedida se houver participação da comunidade. Para que a rede regionalizada e hierarquizada se organize, é necessário que o processo de descentralização seja bem conduzido; por sua vez, o desenvolvimento da participação da comunidade exige que haja responsáveis locais a quem a população possa se dirigir.</p>

Fonte: Brasil/MS/S.Ex., 2000: 6

As diferentes instâncias colegiadas de decisão constituem outra importante característica do SUS, assumindo papel fundamental nas diferentes esferas de governo (Quadro 11). Constituem ainda as instâncias gestoras o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, entidade de direito privado que congrega os Secretários e seus substitutos legais - gestores oficiais das Secretarias de Estado da Saúde e do Distrito Federal e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, órgão colegiado de representação do coletivo de Secretários Municipais em todo país, congregando todos os municípios brasileiros, atualmente cerca de 5.500. No âmbito estadual existe o Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), que congrega o conjunto dos Secretários Municipais de Saúde

Esses conselhos têm instituído *Câmaras Técnicas* de estudos, de intercâmbio de experiências e de proposições de normas com a finalidade de subsidiar a formulação de políticas e estratégias específicas relativas à gestão dos serviços e às ações inerentes ao setor saúde, nos âmbitos regional e nacional. O CONASS conta com a **Câmara Técnica de Assistência Farmacêutica**, criada em 1998 e que tem prestado importante contribuição ao desenvolvimento da política de medicamentos e da Assistência Farmacêutica no SUS.

Quadro 11 Algumas características das instâncias colegiadas do SUS.

Conferência de Saúde

- ✓ Deve reunir-se a cada quatro anos, nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal), com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.
- ✓ A representação dos usuários é paritária⁶

Comissão Intergestora Tripartite – CIT

- ✓ Integrada por: 5 representantes do MS, 5 do CONASS e 5 do CONASEMS
- ✓ Coordenador indicado pelo MS
- ✓ Funciona com regularidade desde 1994

Comissão Intergestora Bipartite – CIB

- ✓ Composição também paritária, sendo integrada por representação da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) ou órgão equivalente
- ✓ O Secretário da capital é membro nato
- ✓ Pode funcionar com comissões regionais

Conselho de Saúde (Nacional, Estadual e Municipal)

- ✓ Caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários
- ✓ Atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo
- ✓ Representação dos usuários é paritária [50% usuários e 50% outros (25% de trabalhadores de saúde e 25% prestadores públicos e privados)]

Fonte: Marin *et al.*, 2003

Seguindo-se ao estabelecimento da base regulatória, o desafio colocado foi realizar a transição do sistema, principalmente na distribuição de poder e competência, entre cinco instâncias possíveis (federal, estadual, regional, distrital e municipal), no fluxo de recursos e modelos de gerenciamento, incluídos aqui a definição dos modelos assistenciais, das prioridades e estratégias e mecanismos de avaliação. As Normas Operacionais Básicas têm sido o principal instrumento normativo para estas questões (Andrade *et al.*, 2000). Até o momento foram publicadas quatro NOBs - 01/91; 01/92, 01/93, 01/96 - tendo sido estas duas últimas as mais expressivas em termos de consequências práticas. Os esforços de implantação das NOBs têm representado uma seqüência de avanços e retrocessos, como a tendência de concentração de recursos e poder, mais marcada no governo Collor (Cordeiro, 2001) e a dificuldade operacional e

⁶ Paritário: caráter atribuído aos Conselhos de Saúde pela Lei nº 8.142/90; significa que metade dos membros são representantes dos usuários e que a outra metade se divide entre governo, prestadores de serviços (contratados e conveniados) e trabalhadores de saúde.

gerencial dos municípios dada a grande disparidade na distribuição da capacidade instalada.

A Norma Operacional atualmente em vigor é a NOB/96 (MS, 1996) que, redefine os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única, os instrumentos gerenciais do SUS, os mecanismos e fluxos de financiamento, a sistemática de avaliação, o acompanhamento das ações e recursos financeiros e os modelos de cuidado, privilegiando a atenção básica. A dificuldade de manter sistemas funcionais completos nos municípios gerou a necessidade de redefinir competências e mecanismos de cooperação entre eles com garantia de cobertura financeira, o que resultou na publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2001). A NOAS busca, em relação à NOB/96, ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica de Saúde (ABS), definir o processo de regionalização da assistência, criar mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e atualizar os critérios de habilitação de estados e municípios. Dentre as ações cuja oferta deve estar localizada o mais perto possível da residência dos cidadãos está o “suprimento/dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica” (MS/Sex., 2001), o que tem sido considerado, por muitos, um retrocesso, pela falta de referência às demais ações da assistência farmacêutica.

De acordo com a NOAS/2001, os municípios podem habilitar-se em duas condições: **gestão plena da atenção básica ampliada (GPABA)**; e **gestão plena do sistema municipal (GPSM)**. À época do estudo, a habilitação dos municípios estava baseada na NOB onde a primeira situação recebia a denominação de **gestão plena da atenção básica (GPAB)**. Para cada tipo de qualificação são definidas responsabilidades, requisitos e prerrogativas. Como diferença fundamental, os municípios de GPAB têm autonomia para gerir toda a rede básica de cuidados de epidemiologia e de vigilância sanitária. Os de GPSM tem autonomia para gerir toda a rede, incluído a hospitalar, pública e conveniada e a ambulatorial de alta complexidade.

O financiamento do SUS é competência das três esferas de governo, sendo custeado através de recursos financeiros provindos do Tesouro, nas três referidas esferas. As principais fontes de financiamento são a Contribuição sobre financiamento (COFINS), a Contribuição sobre lucro líquido, as Fontes fiscais destinadas à Cobertura de Despesas com Pessoal e Encargo Social e a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF).

O conjunto dos recursos financeiros estabelece o **Teto Financeiro Global** (TFG) que se define para Estados (TFGE) e Municípios (TFGM), de acordo com Programação Pactuada Integrada (PPI). Os critérios para pactuação integrada são definidos nas CIB e na CIT, sendo aprovados nos respectivos Conselhos. A Fração Assistencial Especializada (FAE) destina-se ao custeio de procedimentos ambulatoriais de média complexidades, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais e tratamento fora do domicílio, sob gestão dos estados.

A atenção básica é financiada por uma parte fixa, calculada com base populacional, transferida a todos os municípios habilitados e uma parte variável, atrelada a funções específicas do sistema, os programas incentivados (Saúde da Família/Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, Assistência Farmacêutica Básica, Combate às Carências Nutricionais, Combate a Endemias e Vigilância Sanitária).

É também proposto um incentivo para a avaliação de resultados com o Índice de Valorização de Resultados - IVR, valor proporcional ao cumprimento de metas definidas e aprovadas pelas CIT e CIBs, no sentido do impacto das ações de saúde.

Os recursos financeiros são passados fundo a fundo, sendo necessário que cada estado e município crie seu **Fundo de Saúde, proposto como** um instrumento de agilização da execução financeira, sendo o ordenador de despesas o Secretário Municipal de Saúde, o que permite operacionalização direta e automática, devendo ocorrer sem interferência das Secretarias de Planejamento e Fazenda e/ou Finanças.

Todos os níveis de governo devem avaliar o funcionamento do sistema de saúde, no seu âmbito e naqueles vinculados, no que diz respeito ao desempenho nos processos de gestão, formas de organização e modelo de atenção, tendo como eixo orientador a promoção da equidade no acesso e na alocação dos recursos tendo, como instrumento básico para o acompanhamento e avaliação dos sistemas de saúde, o Relatório de Gestão. Os principais instrumentos propostos para a programação, controle e avaliação nas três esferas estão sumariados no Quadro 12.

Quadro 12. Instrumentos de programação, controle e avaliação para as três esferas de governo, com respectiva descrição e fluxo

<i>INSTRUMENTO</i>	<i>DESCRIÇÃO</i>	<i>FLUXO</i>
1. AGENDA	Prioridades e estratégias justificadas e detalhadas por esfera de governo; etapa prévia do processo de planejamento da gestão em saúde	Descendente: gestores federal → estaduais → municipais e correspondentes conselhos e comissões intergestores

INSTRUMENTO	DESCRIÇÃO	FLUXO
2. PLANO DE SAÚDE	Introdução, diagnóstico situacional, prioridades, estratégias, análise estratégica, programação, quadro de metas, conclusões	Ascendente: gestores municipais → estaduais → federal e correspondentes conselhos e comissões intergestores
3. QUADRO DE METAS	Metas quantificadas por esfera de governo; base para elaboração dos relatórios de gestão	Ascendente: gestores municipais → estaduais → federal e correspondentes conselhos e comissões intergestores
4. RELATÓRIO DE GESTÃO	Correlação entre as metas, os resultados e a aplicação de recursos	Ascendente: gestores municipais → estaduais → federal e correspondentes conselhos e comissões intergestores

Fonte: MS, 2001

O Ministério da Saúde publica anualmente os indicadores pactuados para o monitoramento da atenção básica. Uma evolução importante é o esforço de apontar para resultados em saúde, transcendendo a lógica simplista de produtividade que durante muito tempo imperou no país.

É, for fim, importante dizer que o Brasil conta, na verdade, com pelo menos 2 sistemas de saúde. O SUS e o sistema privado, onde ocorre a população de maior renda ou aquela coberta por algum tipo de seguro saúde (Hasenclever, 2002; Marin *et al.*, 2003). Hasenclever *et al.*, 2002, utilizando dados do IBGE, exemplifica que a cobertura de população segurada varia de 2,6% na faixa de renda até 1 salário mínimo até 45,6% na faixa acima de 20 salários mínimos. Ainda que tendo em conta que o Estado brasileiro avançou no processo de regulamentação da assistência médica suplementar, criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em janeiro de 2000, Cordeiro (2001), chama a atenção para o fato de que o processo de pactuação da Saúde não leva em conta o mercado privado de saúde, incluindo os seguros-saúde, estabelecendo uma dissociação normativa e de planejamento.

4.2.1 Medicamentos e Assistência Farmacêutica no Brasil

4.2.1.1 Preço, mercado, comercialização, patentes e acesso a medicamentos

O mercado brasileiro de medicamentos, a despeito da queda de faturamento observada a partir de 1999, tem sido um dos maiores do mundo ocupando a 8ª posição em 2000 em termos de faturamento (Hasenclever, 2002). A Figura 5 ilustra a variação de vendas em faturamento e em unidades no período de 1997 a 2000. Uma análise grosseira indica a tendência de queda do preço médio unitário. Bemudez *et al.* (2000a)

chamam atenção, no entanto, que este tipo de dado pode ser bastante falacioso, uma vez que estudo realizado comparando o preço de um elenco de medicamentos no Brasil e no México indicou valores muito acima da média para alguns produtos, diferenças marcantes entre marcas, além de grande variação em função do tempo de lançamento dos produtos no mercado.

O mercado é fortemente dominado pelas empresas de capital estrangeiro (Tabela 4) e os chamados “medicamentos éticos”, teoricamente vendidos sob prescrição, onde estas empresas predominam, correspondem a 93% do total do mercado.

Tabela 4. Distribuição das vendas de medicamentos por origem de capital das empresas. Mercado Farmacêutico do Brasil, 1995 a 1998.

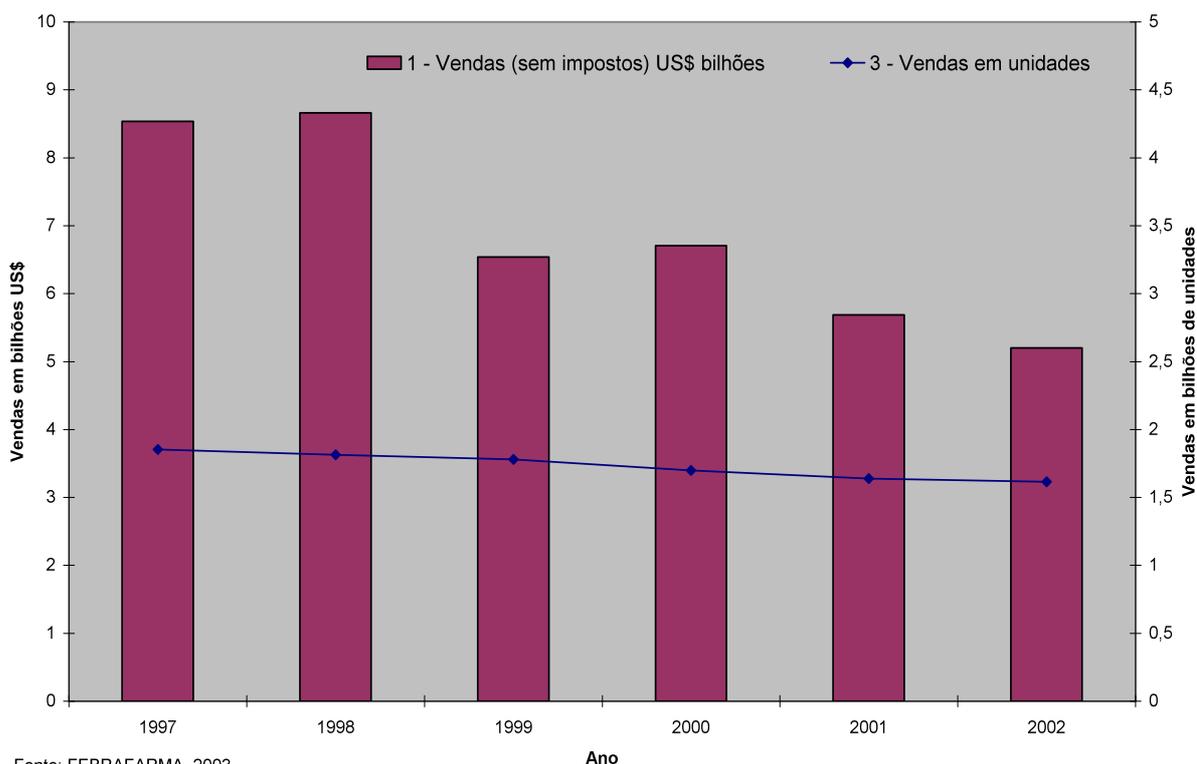
Origem do capital	Nº de empresas	%			
		1995	1996	1997	1998
Brasil	190	31,34	31,42	30,90	31,22
Estados Unidos	23	27,02	27,70	27,90	28,46
Alemanha	12	17,59	17,57	18,13	17,84
Suíça	04	11,80	11,25	10,85	10,61
França	5	5,68	5,73	5,83	5,62
Reino Unido	02	2,77	2,66	2,65	2,54
Holanda	02	1,67	1,59	1,61	1,65
Itália	02	0,89	0,91	0,99	0,94
Suécia	02	0,98	0,89	0,84	0,81
Japão	02	0,23	0,24	0,25	0,25
Dinamarca	01	0,03	0,04	0,05	0,06
Áustria	01	-	-	-	-
Total	246	100,00	100,00	100,00	100,00

Fonte: Dados de IMS, Perfil do Mercado Farmacêutico, apud Machado dos Santos, 2001.: 53

O ciclo de vida dos medicamentos é maior que a média mundial, com o mercado sendo liderado por produtos com mais de 10 anos no mercado.

O Brasil conta com produção estatal, com um parque de 18 Laboratórios Oficiais, distribuídos em 11 estados da federação. Bermudez (1997), aponta para a potencial importância estratégica deste setor que, infelizmente, tem sido ao longo destes últimos anos submetidos a políticas descontínuas e erráticas. A partir da extinção da CEME, os Laboratórios Oficiais vêm reformular sua inserção nas políticas públicas. Observa-se resultados bastante heterogêneos, onde alguns poucos laboratórios contam com parques bem estruturados e demais com instalações precárias e obsoletas.

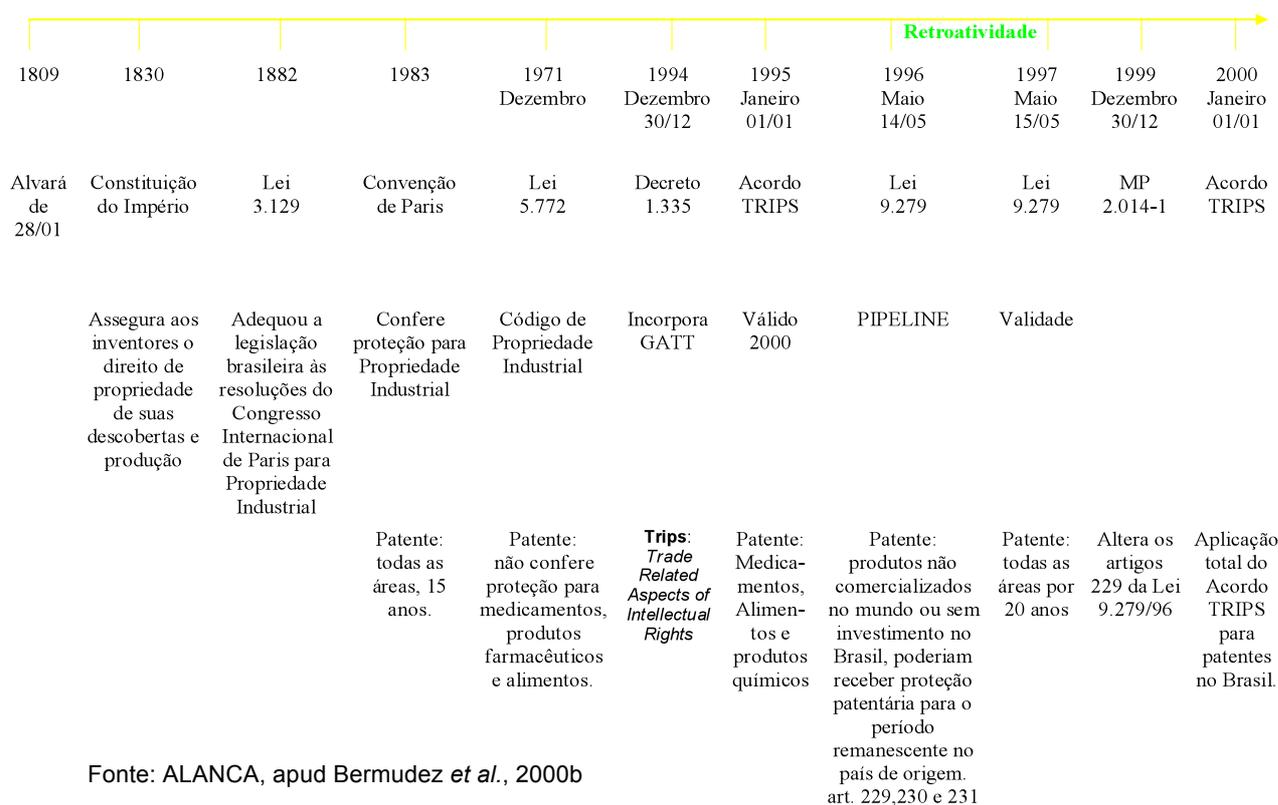
Figura 5. Mercado brasileiro de medicamentos. Vendas em bilhões de dólares e bilhões de unidades. Brasil, 1997 a 2000.



Importantes mudanças têm marcado o funcionamento do mercado, onde destacamos algumas delas, como a liberalização dos preços a partir do início da década de 90, a expansão do acesso aos antiretrovirais, a partir de 1996, o reconhecimento de patentes a partir de 1997, a criação da ANVISA em 1999, a retomada dos esforços de regulação de preços, com a criação da Gerência Geral de Regulação Econômica e Monitoramento de Mercado e a publicação da fórmula paramétrica de reajuste de preços, em 2001, a política de genéricos, que dentre um conjunto de estratégias, tem como marco a Lei 9787.

A respeito das patentes, Barbosa (apud Bermudez, 2000) faz lembrar que o Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a promulgar uma lei de patentes, em 1830. Os produtos farmacêuticos ficaram sem proteção patentária no Brasil de 1969, com a mudança do Código Brasileiro de Propriedade Industrial, até à entrada em vigor da atual Lei de Propriedade Industrial – Lei 9.279/96 (Brasil, 1996). A evolução da legislação brasileira nesta área é apresentada resumidamente na Figura 6.

Figura 6. Cronologia da proteção de patentes no Brasil



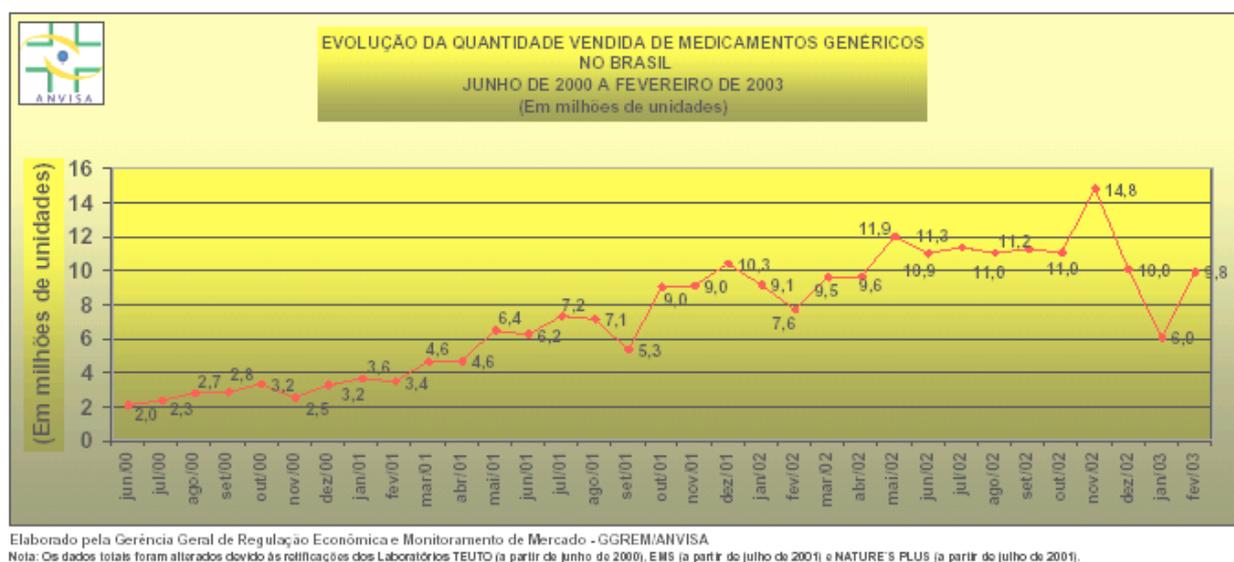
A política de medicamentos genéricos é uma estratégia considerada de importante potencial de impacto na redução de preços e no uso racional, que agora ressurge em bases técnica e politicamente melhor definidas, com forte investimento da promoção do conceito junto aos prescritores e junto à população, com importantes campanhas na mídia e ações junto a associações profissionais na área da saúde, com a garantia de qualidade através dos teste de bioequivalência, com acompanhamento no impacto nos preços praticados no mercado, dentre outras medidas (BERMUDEZ, 2001; Machado dos Santos, 2002). Isto tem resultado no crescimento das vendas (Figura 7), ainda que com resultados controversos em relação ao impacto nos preços (Fiúza & Lisboa, 2001).

Bermudez *et al.* (2000), citando Médici *et al.*, pontuam os aspectos, que caracterizam o mercado brasileiro de medicamentos e que, a despeito das diversas iniciativas realizadas, continuam bastante atuais:

- a) “Alta predominância da importação de matérias-primas;

- b) Predominância da estratégia de concorrência pela diversificação de produtos não mediante preços, ocasionando grande diversidade de produtos registrados e vendidos no país;
- c) Baixos requisitos de capital para a implantação dos parques industriais, com base na baixa relação capital/produto e na falta de economia de escala;
- d) Setor deficitário no que diz respeito à balança comercial;
- e) Alta concentração da produção por classes terapêuticas nas empresas transnacionais” (Bermudez et al., 2000:30-31).

Figura 7. Evolução da quantidade vendida de medicamentos genéricos no Brasil, junho de 2000 a fevereiro de 2003.



Quando à demanda, uma característica importante é que a maior parte do financiamento do consumo de medicamentos são as despesas pessoais. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 1998, mostram que os medicamentos comprometem uma porção maior da renda das famílias mais pobres (Tabela 5). Apesar dos gastos crescerem com a renda, comprometem uma parcela menor do rendimento total das famílias mais ricas (Biasoto Jr & Nishijima, 2003). Segundo os mesmos autores (*ibid.*), ainda com base na PNAD de 1998, a parcela da população com renda até 2 salários mínimos depende exclusivamente do setor público para obtenção dos medicamentos (Tabela 6).

Tabela 5. Participação dos gastos com medicamentos na renda familiar mensal referente às famílias que efetivamente gastaram com medicamentos.

<i>Decil</i>	<i>Gastos médios mensais (R\$)</i>	<i>Renda familiar (R\$)</i>	<i>% Gasto com medicamentos/renda (%)</i>
1	26,08	97,92	26,63
2	29,67	187,37	15,83
3	33,53	272,03	12,33
4	36,53	367,76	9,93
5	38,01	489,66	7,76
6	43,83	610,64	7,18
7	46,43	831,36	5,58
8	52,84	1.156,36	4,57
9	61,65	1.816,83	3,39
10	82,36	5.761,56	1,43

Fonte: Biasoto Jr & Nishijima, 2003: 190

Tabela 6. Fonte de assistência farmacêutica e médica segundo a faixa de renda. Brasil, 1998.

<i>Faixa de renda</i>	<i>% população</i>	<i>Assistência médica</i>	<i>Assistência farmacêutica</i>
Baixa renda (até 2 SM)	40,51	Pública	Distribuição pública
Renda média (2 a 20 SM)	48,89	Pública e privada	Distribuição Pública e aquisição privada
Alta Renda (acima de 20 SM)	3,62	Privada	Aquisição em farmácias privadas

Fonte: Biasoto Jr & Nishijima, 2003: 190

O setor filantrópico tem uma participação errática e não regulamentada na dispensação de medicamentos. Não se logrou encontrar nenhum trabalho com estatísticas consistentes sobre esta atividade no setor, fazendo pensar que a maioria das situações informalmente conhecidas, geralmente ligadas ao trabalho religioso e abastecidas a partir de doações, não são regulamentadas. Até onde se sabe, não há dispensação de medicamentos ligada aos estabelecimentos filantrópicos de atenção à saúde formalmente estabelecidos.

No setor privado os medicamentos são obtidos em estabelecimentos de comércio varejista, farmácias ou drogarias. A Portaria do Ministério da Saúde nº 2/95 (BRASIL/MS, 1995) estabelece os medicamentos de venda livre no Brasil que podem, portanto, ser dispensados sem a exigência da apresentação de receita médica. Os medicamentos cuja dispensação exige a apresentação de receita têm sua embalagem indicada por uma tarja vermelha ou preta (para os medicamentos que causam dependência física ou psíquica ou representam grande risco à saúde). Na prática, estas normas são facilmente desrespeitadas, conforme demonstrado por ARRAIS *et al.* (1997) em estudo sobre a automedicação no Brasil, que encontrou que, das 5.332

especialidades farmacêuticas procuradas, 2.351 (44,1%) eram medicamentos de faixa vermelha (apresentação de receita médica obrigatória).

4.2.1.2 Assistência farmacêutica no setor público

Historicamente, a inserção da assistência farmacêutica nas políticas públicas está presente pelo menos desde a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), em 1923, quando a venda de medicamentos era definida como atribuição obrigatória das instituições previdenciárias. Posteriormente, com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) era feita a revenda de medicamentos através de drogarias próprias, sindicatos ou empresas conveniadas. Não havia restrições ao elenco de medicamentos oferecidos e o preço era total ou parcialmente financiado, descontado em folha de pagamento (Wilken e Bermudez, 1999; Silva, 2000). Outro marco no país, no sentido da promoção do acesso, foi a criação da Central de Medicamentos (CEME), em 1971, que, quanto à distribuição, funcionou como uma grande licitadora, adquirindo os medicamentos e promovendo sua distribuição nas unidades de atendimento.

As listas de medicamentos essenciais têm sido a base de muitos programas de saúde recentes, desenvolvidos com o objetivo de reduzir a morbi-mortalidade nos países em desenvolvimento, nos quais os gastos com medicamentos comprometem parte importante de seus orçamentos (WHO, 2001; MSH, 1997), consistindo em poderosa ferramenta com impacto tanto nos custos, quanto no uso racional de medicamentos. Destaca-se aqui o pioneirismo do Brasil que, em 1964, através do Decreto nº 53.612 estabeleceu a Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário e, desde 1975 conta com a RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

Dando conseqüência aos princípios da descentralização, a CEME foi extinta em 1997, ficando estabelecido que a provisão de alguns itens seria de competência direta do nível federal e, de outros, do nível municipal, com financiamento das três esferas, programa este que começou a ser operacionalizado em 1999. Por outro lado, várias estimativas (Bermudez, 1997) têm indicado uma baixa efetividade histórica destes esforços governamentais em um cenário que carece de análises mais acuradas do problema de forma a redirecionar os esforços de forma mais racionalizadora (Cosendey, 2000)

No cenário atual, no que tange à Assistência Farmacêutica, e no bojo dos esforços regulatórios decorrentes da Norma Operacional Básica 1996, destacam-se

como de interesse para este trabalho a implantação da Portaria 3.916 (Brasil/ MS/GM, 1998), que define a Política Nacional de Medicamentos e, com um escopo mais operacional, a Portaria 176 (Brasil/ MS/GM, 1999) que define o Piso da Assistência Farmacêutica Básica (PAFB), classifica modalidades de fornecimento de medicamentos quanto à fonte de financiamento, define as competências de cada nível de governo quanto a este aspecto e fornece orientação quanto à organização da AFB nos moldes dos instrumentos da NOB 96 (Plano de Saúde e Programação Anual). Ainda, conjuntamente à definição do PAFB, são definidas condições para qualificação dos estados e municípios para o recebimento deste recurso, baseadas na demonstração de capacidade organizativa nesta área. Estes dois documentos marcam uma redefinição da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil.

Esses, dentre outros documentos oficiais, definem como objetivo básico dos vários esforços governamentais empreendidos como sendo *“garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”* (Brasil/ MS/GM, 1998).

Os medicamentos de uso ambulatorial, prescritos na rede pública podem ser obtidos gratuitamente em farmácias de dispensação localizadas nas unidades de atendimento ou em estabelecimentos próprios.

A PNM é hoje o grande balizador na área. O documento estabelece sua finalidade enquanto política setorial, como sendo a de expressar *“as decisões de caráter geral que apontam os rumos e as linhas estratégicas de atuação de uma determinada gestão”* (Brasil, 1998) dentro de uma temática específica. Sua formulação deve ser capaz de:

- *“-tornar públicas e expressas as intenções do Governo;*
- *permitir o acesso da população em geral e dos formadores de opinião em particular à discussão das propostas de Governo;*
- *orientar o planejamento governamental no detalhamento de programas, projetos e atividades;*
- *funcionar como orientadoras da ação do Governo, reduzindo os efeitos da descontinuidade administrativa e potencializando os recursos disponíveis”* (Brasil, 1998).

A PNM estabelece oito diretrizes e quatro grupos de prioridades para o setor (Quadro 13) sendo a reorientação da assistência farmacêutica definida dentre as prioridades, com foco em algumas ações específicas.

Quadro 13. Diretrizes e prioridades definidas pela Política Nacional de Medicamentos

<i>Diretrizes</i>	<i>Prioridades</i>
Adoção de relação de medicamentos essenciais	Revisão permanente
Regulamentação sanitária de medicamentos	Revitalização, a flexibilização de procedimentos e a busca por maior consistência técnico-científica Elaboração de procedimentos operacionais sistematizados Treinamento
Reorientação da assistência farmacêutica	Garantia de recursos pelas 3 esferas para distribuição direta ou descentralizada Descentralização plena da aquisição e distribuição de medicamentos Financiamento específico para os medicamentos da atenção básica Atenção especial aos medicamentos de alto custo
Promoção do uso racional de medicamentos	Campanhas educativas Registro e uso de medicamentos genéricos Formulário terapêutico nacional Farmacoepidemiologia e farmacovigilância
Desenvolvimento científico e tecnológico	-
Promoção da produção de medicamentos	-
Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos	-
Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos	Treinamento de RH (gerenciamento de sistemas de saúde e de informação; guias terapêuticos padronizados; farmacovigilância)

Fonte: elaboração a partir da PNM (Brasil, 1998)

A descentralização é explicitamente reafirmada, ficando claro que “para o Ministério da Saúde, a premissa básica passa a ser a descentralização da aquisição e distribuição de medicamentos essenciais” (*ibid.*, 1998, Bermudez, 2002), não eximidas as responsabilidades do nível federal e estadual em situações especiais. Estabelece que

“a definição de produtos a serem adquiridos e distribuídos de forma centralizada deverá considerar três pressupostos básicos, de ordem epidemiológica, a saber:

a) doenças que configuram problemas de saúde pública, que atingem ou põem em risco as coletividades, e cuja estratégia de controle concentra-se no tratamento de seus portadores;

- b) *doenças consideradas de caráter individual que, a despeito de atingir número reduzido de pessoas, requerem tratamento longo ou até permanente, com o uso de medicamentos de custos elevados;*
- c) *doenças cujo tratamento envolve o uso de medicamentos não disponíveis no mercado”.(ibid.).*

A Portaria MS 176 (Brasil, 1999) estabelece as bases operacionais para a descentralização, definindo o Piso da Assistência Farmacêutica Básica (PAFB), um dos últimos programas incentivados da atenção básica a ser normatizado. No Anexo 2 (p. 143) as responsabilidades das 3 esferas de governo quanto à Assistência Farmacêutica segundo a PNM (Portaria MS 3916 – Brasil, 1998) e o Programa de Descentralização da Assistência – PAFB (Portaria MS 176 – Brasil, 1999

A Portaria 176 estabelece que os medicamentos relativos aos Programas Nacionais de AIDS (antiretrovirais), Tisiologia, Hanseníase, Sangue e Hemoderivados (Fator VIII, Fator IX, Completo Protrombínico e DDAVP), Diabetes (Insulina) e Controle de Endemias, são de responsabilidade do nível federal que os repassará às secretarias estaduais de saúde.

Os medicamentos das tabelas do SIA/SUS, que são os oncológicos, os utilizados na internação e os medicamentos de alto custo continuam cobertos por este mecanismo.

Os medicamentos da atenção básica passam a ter financiamento compartilhado pelas três esferas, sendo R\$ 1,00 habitante/ano pelo nível federal, e, no mínimo R\$ 0,50 pelo nível estadual e R\$ 0,50 pelo nível municipal, comprometendo-se o nível federal, a tomar medidas intersetoriais para redução de preços, principalmente dos medicamentos de uso contínuo. Os estados e municípios devem criar um conta bancária específica, pois o recurso pressupõe um fundo específico.

O detalhamento quanto ao elenco a ser comprado em cada estado bem como a operacionalização dos procedimentos fica remetida à pactuação a ser definida em cada estado e encaminhada ao Ministério da Saúde.

Os municípios habilitados a algum sistema de gestão têm o arbítrio de aderir ou não ao plano, devendo o estado definir as normas específicas para qualificação aos recursos. Os municípios não habilitados a algum sistema de gestão ficam tutelados pelo estado, não podendo receber diretamente os recursos.

Os estados devem encaminhar ao Ministério da Saúde um Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica fundamentado:

“I - na descentralização da gestão;

II - no diagnóstico da situação de saúde do estado;

III - no diagnóstico das atividades de seleção, programação, aquisição, distribuição/dispensação, desenvolvidas na assistência farmacêutica, no âmbito do estado;

IV - nos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis;

V - na rede de serviços existentes, de acordo com o nível de complexidade;

VI - nas condições necessárias ao cumprimento das boas práticas de armazenagem;

VII - na proposta de capacitação e aperfeiçoamento permanente dos recursos humanos envolvidos na operacionalização do Plano.” (Brasil, 1999).

Segundo a lógica de funcionamento do SUS, pode-se entender que, da mesma forma, os municípios devem encaminhar ao nível estadual seu plano municipal de assistência farmacêutica.

Um estudo conduzido pelo Ministério da Saúde em 2000 mostrou que os 27 diferentes elencos do PAFB pactuados nos estados tinham apenas 2 medicamentos em comum. Com base nisto, o Ministério da Saúde determinou, através da Portaria 16 (Brasil, 2001), um elenco mínimo obrigatório para este programa com 19 diferentes medicamentos e 28 apresentações.

Ao longo do tempo, foram sendo criados novos programas federais de medicamentos. Até o período de interesse do estudo, junho de 2001, existiam o Programa de Saúde Mental, criado ainda em 1999, com financiamento federal e estadual e o Farmácia Popular, para uso do Programa de Saúde da Família, com kits de medicamentos definidos por equipe, com financiamento federal, produção pelos laboratórios oficiais e distribuição coordenada por Farmanguinhos, responsável pela montagem dos kits. O Quadro 14 mostra, de forma sumarizada, alguns aspectos do Programa Farmácia Popular, permitindo ver que, desde sua existência o elenco, apesar de restrito, mostra um considerável grau de discordância da RENAME, iniciativa de responsabilidade do mesmo Ministério, servindo como um indicador a mais da desarticulação da Assistência Farmacêutica no país. A mostra Tabela 7 mostra os valores relativos às despesas dos diferentes programas federais (Cárdenas, 2002).

As Figura 8 e Figura 9 permitem visualizar que, a despeito da redução de despesas do programa de HIV-aids e aumento relativo de despesa com os demais programas, o primeiro ainda representa importante fator de despesa em relação aos demais. Merece destaque o fato de que o programa de antiretrovirais reduziu as despesas com aumento da população coberta.

Quadro 14. Número de itens, % de itens fora da RENAME e preço em Reais por kit do Programa Farmácia Popular. Brasil, 2001 a 2003.

	<i>PSF 2001</i>	<i>PSF 2002</i>	<i>PSF 2003</i>
Nº itens	32	33	23
%itens fora RENAME	18,8	18,2	21,7
Preço/kit	1.192,02	1.245,39	1.143,52

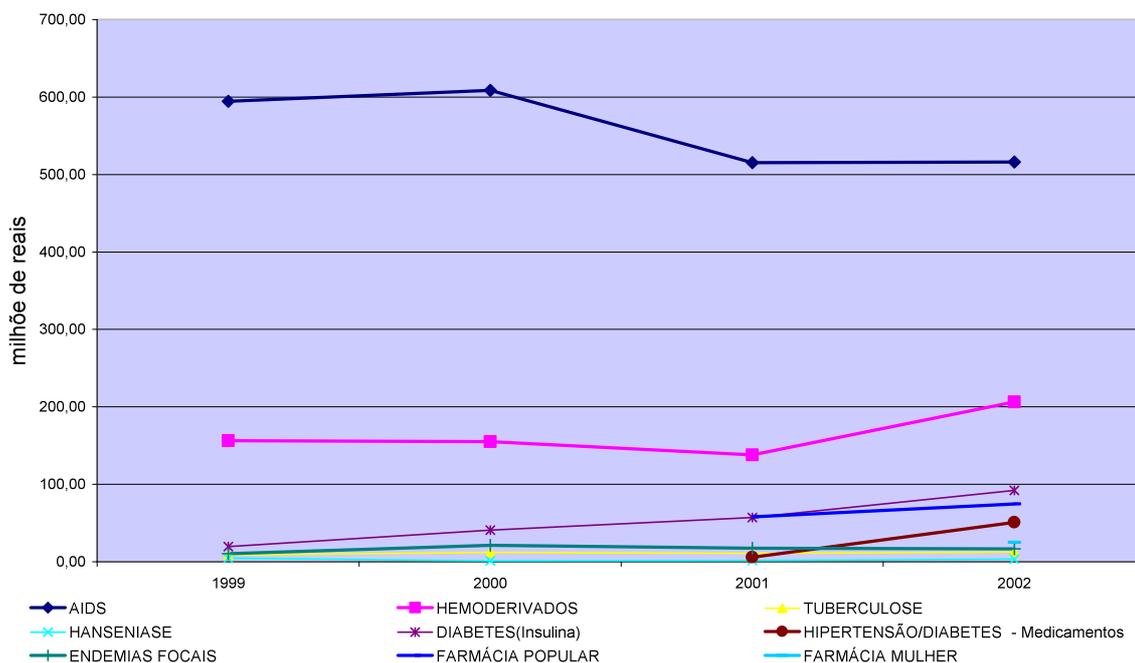
Fonte: Elaboração própria a partir de dados cedidos por Farmanguinhos

Tabela 7. Despesas federais com medicamentos em Reais, Brasil, 1998 a 2002.

<i>PROGRAMA</i>	<i>1999</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>
AIDS	594.324.000,00	608.772.262,00	515.500.000,00	516.000.000,00
HEMODERIVADOS	156.391.000,00	155.230.000,00	137.900.000,00	206.401.000,00
TUBERCULOSE	8.788.800,00	12.012.824,00	10.800.000,00	12.488.766,00
HANSENIASE	4.592.000,00	1.422.160,00	1.644.581,00	3.239.606,00
DIABETES(Insulina)	19.529.000,00	41.059.861,00	57.323.139,00	91.954.674,86
HIPERTENSÃO/DIABETES	-	-	6.007.056,90	50.900.000,00
ENDEMIAS FOCAIS	10.439.202,00	21.075.670,00	17.500.000,00	16.593.715,00
FARMÁCIA POPULAR	-	-	57.902.240,00	74.723.000,00
FARMÁCIA MULHER	-	-	-	24.878.681,60
TOTAL GERAL	794.064.002,00	839.572.777,00	804.577.016,90	997.179.443,46

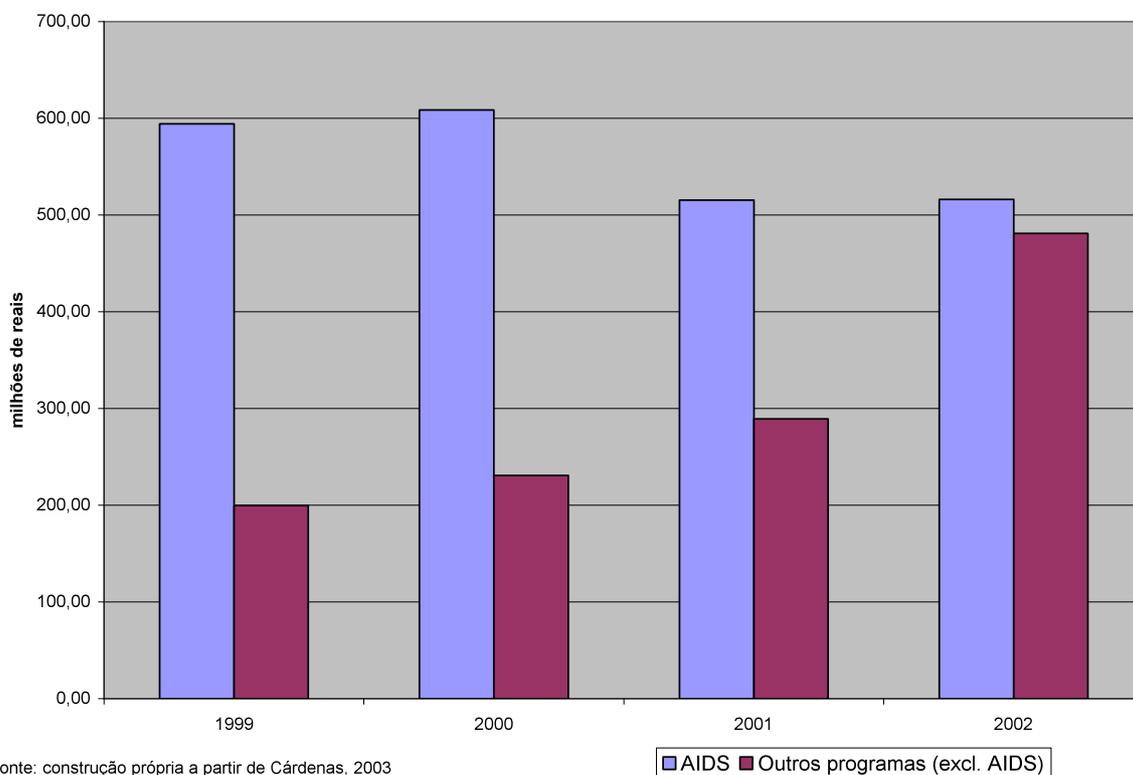
Fonte: Cárdenas, F., 2002

Figura 8. Evolução das despesas federais pro programa de medicamentos. Brasil, 1998 a 2002.



Fonte: construção própria a partir de Cárdenas, 2003

Figura 9. Despesas federais relativas entre o programa de HIV-aids e os demais. Brasil, 1998-2002.



Fonte: construção própria a partir de Cárdenas, 2003

A Tabela 8 mostra tendência de queda dos gastos federais em medicamentos, tanto como percentual do gasto total em saúde com em percentual do PIB.

Tabela 8. Gastos federais em medicamentos e gastos federais em saúde. Brasil, 1999 a 2001.

	1999	2000	2001
Gasto federal com medicamentos (R\$) (1)	794.064.002,00	839.572.777,00	804.577.016,90
Gasto federal com medicamentos (US\$)	431.087.948,97	427.807.784,46	340.648.214,11
Gasto total em saúde (R\$) (2)	20.334.265.375,00	22.699.254.125,00	26.135.922.737,00
Gasto Total em saúde (US\$)	11.039.232.016,83	11.566.498.917,20	11.065.634.758,88
Gasto federal em saúde como % PIB	2,09%	2,06%	2,18%
Gasto federal em medicamentos como % gasto federal em saúde	3,91%	3,70%	3,08%
Gasto federal em medicamentos como % PIB	0,08%	0,08%	0,07%
Dólar Médio Compra dez (3)	1,842	1,9625	2,3619
População (4)	167.910.000	170.143.000	172.386.000
PIB (R\$) (3)	973.845.966.000,00	1.101.255.078.000,00	1.200.060.364.000,00
PIB (US\$)	528.689.449.511,40	561.149.084.331,21	508.091.097.844,96

Fonte: elaboração própria a partir de outras fontes:

1. Cárdenas, 2003
2. Ministério da Saúde, 2003 (www.saude.gov.br)
3. Banco Central, 2003 (www.bancocentral.gov.br)
4. IBGE, 2003 (www.ibge.gov.br)

Desta forma, tinha-se à época do estudo mecanismos definidos de financiamento para os medicamentos da atenção básica, medicamentos para saúde mental, oncológicos, alto custo ou excepcionais, endemias (tuberculose, hanseníase, malária, tripanossomíase, leishmaniose), insulina, antiretrovirais, e hemoderivados, e medicamentos para uso em pacientes hospitalizados. Isto cobria apenas parcialmente os medicamentos da RENAME, ou seja, os medicamentos essenciais para os quais, teoricamente, deveria haver um compromisso amplo.

Uma interpretação importante que se tem feito é a de que, tendo em vista que a base do sistema é a descentralização, aos níveis federal e estaduais cabe somente o financiamento de medicamentos de situações especificamente definidas. Assim, todos os medicamentos da RENAME não contemplados nos diferentes mecanismos explicitados por estes níveis seria, portanto, de competência do nível municipal.

No Brasil, a PNM deixa claro que o elenco de essenciais define o conjunto de produtos com os quais o governo se compromete a promover o acesso, o que torna o elenco o eixo orientador das políticas. Este tem sido um ponto de conflito entre o

sistema público de saúde e a sociedade, pois tem crescido, particularmente nos maiores estados da federação o número de mandados judiciais impetrados contra o governo para obtenção de medicamentos. Estes mandados têm contemplado os diferentes medicamentos disponíveis no mercado e, inclusive, alguns produtos não registrados no Brasil, à completa revelia da lista de medicamentos essenciais, a RENAME. A base para o deferimento tem sido o Artigo 6º da Lei 8080 (Brasil, 1990) que define a execução da assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica, como competência do campo de atuação do SUS. Estudo realizado por Sebrão (2003) mostra a evolução do número de mandados judiciais impetrados contra o governo do estado do Rio de Janeiro, atingindo o valor de mais de mil mandados em 2002 (Tabela 9). O mesmo trabalho mostra que a maioria das ações de todo o período, cerca de 905, não foram julgadas, de modo que o número total representa com bastante aproximação o total de pacientes atendidos por este mecanismo.

Tabela 9. Evolução do número de mandados judiciais impetrados contra o estado do Rio de Janeiro por ano de início da ação (estrato). janeiro de 1991 a dezembro de 2002

ANO DE INICIO	Nº TOTAL DE AÇÕES
1991	1
1995	4
1996	88
1997	314
1998	79
1999	85
2000	345
2001	713
2002	1.144
TOTAL	2.733

Fonte: Sebrão, 2003

As formas de operacionalização do elenco de medicamentos essenciais estão ainda em construção no novo contexto da descentralização.

Assim, o nível Federal elaborou a versão 1999 da RENAME, a primeira após a extinção da CEME e do início da descentralização da assistência farmacêutica, estando hoje vigente a versão 2002.

Os estados e municípios têm autonomia para definir suas próprias listas, a despeito do que nem todos o fizeram. Uma assunção razoável é a de que, ao não definir uma lista própria, a base da seleção é a RENAME.

No Brasil, a aquisição de medicamentos no setor público ocorre nas modalidades admitidas para aquisição de material de consumo - concorrência, tomada de preços, convite - cuja regulamentação principal é a Lei 8666 (Brasil, 1993) e, mais recentemente, o pregão (Brasil, 2000). O pregão, sistema que veio agilizar bastante o processo de aquisição, pode ser presencial ou por meio eletrônico, a disputa pelo fornecimento é feita por meio de propostas e lances em sessão pública, porém no sentido contrário ao Leilão, ou seja, em valores decrescentes a partir de um preço máximo de referência. As principais características das modalidades admitidas para compra de material de consumo são resumidas no Quadro 15.

Quadro 15. Comparativo entre as principais modalidades de licitação para aquisição de medicamentos.

TIPO DE LICITAÇÃO*	VALOR FINANCEIRO	PRAZO DE PUBLICAÇÃO	CADASTRO
Dispensa	Até R\$ 8.000,00	-	-
Convite	R\$ 8.000,00 a R\$ 80.000,00	05 dias úteis	Cadastrado ou Convidado
Tomada de Preços	R\$ 80.000,00 a R\$ 650.000,00	- 15 dias contados da publicação (tipo menor preço) - 30 dias (tipo técnica ou técnica e preço)	Obrigatório
Concorrência Pública	Acima de R\$ 650.000,00	- 30 dias da 1a. publicação - 45 dias (tipo técnica ou técnica e preço)	Cadastrado e/ou interessado
Pregão	Qualquer valor	Mínimo de 8 dias	Cadastrado

Fonte: Marin *et al.*, 2003.

O princípio básico da Lei é o de que as compras ou vendas realizadas nos serviços público ocorram por processo de concorrência, com igual oportunidade de participação dos licitantes, garantidos os princípios da legalidade, impessoalidade, igualdade, publicidade, probidade administrativa, vinculação ao instrumento de convocação e julgamento objetivo. Em casos específicos e bem definidos, é admitida a dispensa de licitação (baixos valores financeiros envolvidos – no ano do estudo, R\$ 8.000,00, aquisição de órgão ou entidade pública, como é o caso dos Laboratórios Oficiais, emergência ou calamidade pública, dentre outras) ou ela é inexigível (no caso dos medicamentos a única situação que a justifica é a existência de um único fornecedor) (Marin *et al.*, 2003).

O sistema exige, na ausência de justificativa técnica, a compra pelo menor preço. Em se tratamento de medicamentos, em caso de empate, a preferência é do genérico.

Embora o sistema admita a consideração da técnica e da qualidade, na prática isto é razoavelmente difícil. Quanto maior o número de itens, maior é o valor e o número de licitantes envolvidos e maior tempo e burocracia para tramitação dos processos de compra (Luiza *et al.*, 1999). No entanto, é fato que, via de regra, os gerentes públicos trabalham aquém das possibilidades permitidas pela lei para comprar com bom preço, boa qualidade e menor tempo. Uma das questões é quanto à especificação, que, uma vez iniciado o trâmite do processo, não pode ser alterada. Assim, no caso dos medicamentos, é importante incluir todos os aspectos que implicam em qualidade, como a especificação completa, incluindo as questões referentes a embalagem, o prazo de validade admissível para o produto, a certificação técnica do fabricante, entre outras. Outro cuidado importante é o monitoramento do fornecedor, pois é possível suspendê-lo na presença de provas de falha de idoneidade técnica ou comercial.

Um recurso admitido pela Lei 8666, no Artigo 15º, o Registro de Preços, somente recentemente passou a ser mais utilizado e tem como vantagem racionalizar a principal etapa crítica da aquisição, que é o tempo de tramitação do processo. Os preços podem ser registrados para um período largo, durante o qual os produtos podem ser solicitados dos fornecedores habilitados. O Governo federal tem feito registros nacionais de preços para vários produtos, os quais podem ser usados por qualquer nível governamental.

No Brasil, as aquisições são normalmente feitas por pessoal de área administrativa, sendo particularmente importante, no caso dos medicamentos, a participação de profissional da área técnica. O gerente da assistência farmacêutica deve manter acompanhamento de todo o processo, com objetivo de evitar alternativas frente a intercorrências, no sentido de garantir o atendimento das prioridades de saúde.

Tem sido sempre bastante comum no Brasil que as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde mantivessem almoxarifados gerais para todos os insumos, incluindo os medicamentos. Há casos que esses almoxarifados fiquem sob responsabilidade de outras secretarias que não a de Saúde, por exemplo a de Administração. Isto dificulta a ingerência por parte do farmacêutico e torna mais difícil a discussão e preservação das peculiaridades de cuidados de armazenagem que devem ser mais estritos para este tipo de produto. Assim, tem-se consagrado no país a denominação de Central de Abastecimento Farmacêutico para o almoxarifado exclusivo para a guarda de medicamentos e afins, sob gerência de profissional da área.

Quanto às intervenções para o uso racional de medicamentos, será focado o papel da dispensação, por ser de governabilidade mais direta da gerência da assistência farmacêutica no nível local.

5 METODOLOGIA

Sobre a avaliação de políticas públicas e o acesso aos medicamentos

A despeito do termo avaliação poder abrigar muitas e diferentes definições, pode-se dizer que “avaliar” consiste, fundamentalmente, em fazer um julgamento do mérito, valor ou significância acerca do objeto avaliado, podendo ser este um serviço, uma política ou um programa (Contandriopoulos *et al.*, 1997a; CDC, 1999).

Em última análise, o objeto de uma avaliação pública será sempre uma intervenção ou um de seus componentes. Os efeitos da intervenção poderão ser maiores, menores ou diferentes dos objetivos que motivaram seu planejamento ou implantação e dependerão da interação complexa de seus elementos, que, didaticamente, podem ser definidos como: objetivos, recursos, serviços, bens e atividades.

Segundo House (*apud* Novaes, 2000), as avaliações em saúde constituem-se um campo ainda em construção conceitual e metodológica, acarretando que pode ser encontrado na literatura com variados e diferentes formatos. Novaes (2000: 549), propõe uma conceituação baseada em um conjunto de critérios: (1) *objetivo da avaliação* (priorização das condições de produção do conhecimento ou das condições de utilização do conhecimento (tomadas de decisão, aprimoramentos na gestão); (2) *posição do avaliador* (externo ou interno, por referência ao objeto avaliado); (3) *enfoque priorizado* (interno, de caracterização/compreensão de um contexto, ou externo, de quantificação/comparação de impactos de intervenções); (4) *metodologia predominante* (quantitativa ou qualitativa, situacional ou experimental/quasiexperimental); (5) *contexto da avaliação* (controlado ou natural); (6) *forma de utilização da informação produzida* (demonstração/comprovação ou informação, instrumentalização); (7) *tipo de juízo formulado* (comprovação/negação de hipóteses, recomendações ou normas); *temporalidade da avaliação* (pontual, corrente

ou contínua). O Quadro 16 sumariza o enquadramento das tipologias avaliativas propostas por Novaes (*ibid.*) os critérios propostos.

Quadro 16. Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados.

Crítérios	Avaliação investigatória	Avaliação para decisão	Avaliação para gestão
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramento
Posição do avaliador	Externo (interno)	Interno/ externo	Interno/ externo
Enfoque priorizado	Impactos	Caracterização/ compreensão	Caracterização/ quantificação
Metodologia dominante	Quantitativo (qualitativo) experimental/ quasi-experimental	Qualitativo e quantitativo situacional	Quantitativo e qualitativo situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Utilização da informação	Demonstração	Informação	Instrumentos para gestão
Juízo formulado em relação à	Hipóteses	Recomendações	Normas
Temporalidade	Pontual/ replicado	Corrente/ pontual	Integrado/ contínuo

Fonte: Novaes, 2000: 549.

Contandriopoulos *et al.*, (1997a), propõem classificação bastante similar com base em duas abordagens principais: a pesquisa avaliativa, elaborada a partir de um procedimento científico e a avaliação normativa, baseada em critérios e normas que podem ser resultados de proposições de pesquisas avaliativas ou outro tipo de pesquisa, ou fundamentadas na opinião de especialistas.

A avaliação normativa pode ser direcionada a aspectos de estrutura, processo ou resultado e corresponde às atividades de controle e acompanhamento ou garantia da qualidade, em um paralelo à “avaliação para decisão” e “avaliação para gestão” propostas por Novaes (2000).

A pesquisa avaliativa pode ser decomposta em seis tipos de análise: (1) *análise estratégica* (verifica a adequação estratégica entre a intervenção e a situação problemática que deu origem à intervenção); (2) *análise da intervenção* (interroga sobre a capacidade dos recursos que foram utilizados e dos serviços produzidos para atingir os objetivos propostos); (3) *análise da produtividade* (indaga sobre a possibilidade de produzir mais serviços com os mesmos recursos ou os mesmos serviços com menos recursos); (4) *análise dos efeitos* (analisa a influência da intervenção no estado de saúde); (5) *análise de rendimento* (consiste em relacionar os recursos empregados com os efeitos obtidos); (6) *análise de implantação* (analisa a influência do grau de

implantação da intervenção sobre os efeitos obtidos, contraposta à influência do contexto onde a intervenção acontece) (Contandriopoulos *et al.*, 1997a).

Uma intervenção, uma vez iniciada pode vir a ser concretamente implantada, resultando na sua rotinização ou institucionalização ou ser abandonada ou transformada (Denis & Champagne, 1997). Conforme os mesmos autores, existe um grande dissenso sobre as variáveis contextuais explicativas da implantação de uma intervenção.

Segundo Contandriopoulos (1997), as pesquisas sintéticas, onde se inserem estudos de caso, são indicadas para explicar e prever comportamentos complexos, permitindo examinar o conjunto de relações onde as variáveis se comportam de forma interdependente. Nesta abordagem trabalha-se em uma única ou num pequeno número de unidades de análise, onde o potencial explicativo advém da profundidade da análise e não do número de unidades estudadas.

Chen (1990) chama a atenção para importância de que as avaliações sejam baseadas no modelo teórico (*theory-driven evaluation* - TDE) que explicita a compreensão sobre a interação dos fatores envolvidos no problema estudado. Uma das vantagens de fazê-lo seria a possibilidade de analisar se as falhas observadas no programa resultam de falhas de implementação ou da teoria subjacente. Ainda, a construção do modelo lógico, ao explicitar o entendimento de como os diferentes componentes identificados interagem com o contexto para a produção dos resultados, aumentam tanto a validade interna do estudo, ao buscar identificar as explicações rivais, como a validade externa, na medida que buscam compreender a influência do contexto nos resultados das intervenções. A construção lógica expressa no modelo teórico ou modelo lógico podem resultar de estudos anteriores, normas técnicas ou experiência de especialistas, gestores ou avaliadores.

A validade interna das pesquisas sintéticas está relacionada à “*qualidade, complexidade e exclusividade da articulação teórica sobre a qual se baseia o estudo*” e “*pela adequação entre o modo de análise escolhido e o modelo teórico a ser testado*” (*ibid.*:45).

A validade externa se apóia, segundo o mesmo autor, nos princípios da similitude, que se refere ao potencial de generalização dos resultados a um universo empírico semelhante, ao princípio da robustez, que se manifesta quando os efeitos de reproduzem em contextos diversificados e o princípio da explicação, que resulta da compreensão dos fatores de produção e inibição de efeitos (*ibid.*, Cosendey, 2000).

A análise de implantação trata de procurar explicar a vinculação entre os efeitos observados com os elementos realizados da intervenção e o contexto onde eles acontecem (King *et al.*, 1987, Contandriopoulos, 1997). Procura compreender o conjunto de fatores que influenciam os resultados obtidos após a introdução de uma intervenção. A medição do grau de implantação exige a especificação, a priori, dos componentes da intervenção, a identificação das práticas requeridas para a implantação, a descrição das práticas efetivamente realizadas no nível das áreas envolvidas na intervenção e, finalmente, a análise da variação da implantação em função da variação das características contextuais (Denis & Champagne).

Os indicadores são expressões objetivas de critérios utilizados para apreciação da qualidade, constituindo-se em artifício aplicável em qualquer das abordagens de avaliação. Os critérios, por sua vez, podem ser definidos como os atributos que correspondem a um nível de qualidade desejado ou esperado. Os indicadores devem guardar alguns atributos fundamentais (MSH, 1997): (1) clareza (deve ser fácil de entender e calcular); (2) utilidade (refletir uma importante dimensão do desempenho); (3) mensurabilidade (poder ser definido em termos quantitativos ou qualitativos); (4) confiabilidade (permitir avaliação consistente ao longo do tempo e entre diferentes observadores); (5) validade (medir realmente o que se propõe a medir).

O método de avaliação rápida foi desenvolvido com a finalidade de que possa ser usado como ferramenta gerencial de rotina para melhorar a qualidade do cuidado, o desempenho de programas, facilitando o envolvimento da sociedade por municiá-la de informações fundamentais ao processo de decisão (Division of Family Health and Division of Epidemiology/WHO, 1993). O método foi adaptado para a avaliação de serviços farmacêuticos pelo Management Science for Health (MSH/RPMP, 1995). Sua aplicação pressupõe a maior simplificação metodológica possível sem comprometimento da qualidade dos dados com finalidade de apoio à decisão. Da mesma forma, a OMS vem se empenhando em desenvolver e simplificar metodologias de avaliação aplicadas à área de política de medicamentos sendo o documento mais importante o “*Indicators for Monitoring National Drug Policies*”, atualmente na 2ª edição (WHO, 1999c). Os relatórios gerados devem ser simples, sendo os dados expressos em frequências simples, porcentagens e proporções, com o uso de recursos gráficos e visuais, sempre que necessário, de forma a facilitar a compreensão pelo pessoal de serviço e pela sociedade (WHO, 1993; MSH/RPMP, 1993).

Adotou-se para este estudo a definição de acesso a medicamentos proposta por Bermudez *et al.* (apud Oliveira *et al.*, 2002:1432).

“relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado”.

Estas considerações nos levam, basicamente, ao mesmo modelo teórico proposto no estudo de acesso desenvolvido pelo Consultative Meeting em Ferney-Voltaire (WHO/MSH, 2001). A principal diferença é que preferimos substituir dentre as dimensões de acesso, a “aceitabilidade”, por “adequação”, pois nos parece que, conforme proposto por MacKeigan & Larson (1989) a aceitabilidade esta ligada à satisfação do usuário com o atendimento como um todo, para o que concorrem a articulação harmônica de todas as dimensões do acesso, sendo, assim, melhor entendida como resultado e não como uma dimensão do acesso aos medicamentos. Tendo em vista chegar a um modelo que identifique as possibilidades de intervenção ou o monitoramento de intervenções já realizadas, nos pareceu mais útil pensar as dimensões em termos das principais barreiras do acesso e assim, a adequação do serviço no sentido de quanto, juntamente às demais dimensões, ela se presta a propiciar o uso adequado e a satisfação do usuário como resultados desejados.

Foram consideradas as dimensões do acesso (disponibilidade física, capacidade aquisitiva, acessibilidade geográfica e adequação) propostas no Consultative Meeting de Ferney Voltaire (Figura 3, p. 27).

O estado do Rio de Janeiro, saúde e assistência farmacêutica

O estado do Rio de Janeiro, localizado na região sudeste do país, contava à época do estudo com população de 14.060.813 habitantes sendo que, 5.628.913 (40%) concentrados na capital, o município do Rio de Janeiro. A despesa familiar com saúde, medida na região metropolitana, representava 5,44% da despesa familiar total, segundo dados da POF de 1996. O grau de urbanização, de 96,4% é maior que a média nacional, de 81,25%, com dados de 2000. O PIB *per capita* de R\$7.354,21 é 30% maior que o nacional, de R\$5.647,66, com 11,76% da população vivendo em estado de pobreza e taxa de desemprego na população acima de 10 anos de 11,5% (Rio de Janeiro, 2002). O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) aumentou de 0,750, em 1991 para 0,802 em 2000, o que representou crescimento de 6,9%, ainda que caindo da 4ª para a 5ª posição no ranking nacional (PNUD, 2001).

O estado é dividido em 8 regiões (Baía da Ilha Grande, Baixada Litorânea, Região Centro-Sul, Médio Paraíba, Metropolitana, Noroeste, Norte e Serrana) e mais recentemente 9, com a Metropolitana dividida em I e II.

À época do estudo, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro era constituída pelo Gabinete do Secretário, quatro subsecretarias e duas coordenações. A Subsecretaria de Saúde era composta por duas superintendências, a Superintendência de Saúde Coletiva e a Superintendência de Saúde, além do Departamento de Farmácia, vinculado a esta última (Estado do Rio de Janeiro, 2002).

O Departamento de Farmácia contava, à época, com a seguinte estrutura: Coordenação de Programas, responsável pelo relacionamento com os municípios em relação aos programas federais e estaduais, Coordenação da Área Hospitalar, referente às 24 unidades próprias, Coordenação de Medicamentos Excepcionais, Núcleo de Mandados Judiciais, Núcleo de Informática e Informação, 01 Comissão Estadual de Assistência Farmacêutica com representações do COSEMS/RJ e dos municípios e 01 Comissão de Assistência Farmacêutica Hospitalar (*ibid.*).

Com aprovação em abril de 2002, o estado do Rio de Janeiro, teve seu primeiro Plano Estadual de Saúde para o período 2001-2004, posterior, portanto, ao período de coleta de dados, que ocorreu em junho de 2001.

A dinâmica de construção deste Plano envolveu a identificação de problemas pelos gestores da SES. Na área de Assistência Farmacêutica foram apontados os seguintes problemas:

- *“Falta de uma política de Assistência Farmacêutica;*
- *Fragmentação do medicamento no âmbito da SES;*
- *Visão departamental hospitalocêntrica;*
- *Ausência de análise, avaliação e controle dos medicamentos;*
- *Desconhecimento, internamente à SES, da importância da Assistência Farmacêutica”* (Rio de Janeiro, 2002:54).

Os medicamentos fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde aos municípios são aqueles provenientes dos programas federais, os produtos que, pelo pacto, são de aquisição pela Secretaria Estadual de Saúde (o que, no caso do Rio de Janeiro são somente os medicamentos para doenças sexualmente transmissíveis (DST)), os medicamentos do programa de saúde mental e os medicamentos referentes à contra-

partida estadual no pacto da atenção farmacêutica básica, estes, todos de fabricação do IVB. Estes últimos são entregues diretamente pelo IVB aos municípios. Os demais, são disponíveis no almoxarifado estadual, o Departamento Geral de Insumos Básicos – DGIB.

O pacto do Programa de Assistência Farmacêutica Básica - PAFB, no Rio de Janeiro resulta em que, adicionalmente ao R\$1,00 habitante ano financiados pelo governo federal diretamente aos Fundos Municipais, os municípios alocam R\$ 0,50 e o nível estadual R\$ 0,60, sendo este repassado na forma de produtos de fabricação do IVB. O elenco, inicialmente de 30 itens (Anexo 2, p. 145), havia sido alterado em reunião da CIB realizada no mês do estudo, para um elenco com um total de 46 itens, 30 deles obrigatórios e o restante opcional. Desta forma, à época do estudo vigia, na prática, o 1º elenco.

À época da pesquisa, conforme informação fornecida pelo Departamento de Farmácia 77 municípios (83,7%) contavam com profissionais farmacêuticos como gerentes da Assistência Farmacêutica.

Estratégia da pesquisa

Trata-se uma pesquisa sintética, no modelo de estudo de casos único, o estado do Rio de Janeiro, com diferentes níveis de análise, que compreenderam os 20 municípios e a entrevista aos atores-chave das ONGs. Conforme já se chamou atenção na seção 5.1, a validade das pesquisas sintéticas é fortemente dependente do modelo teórico adotado, que deve refletir o conjunto coerente de elementos envolvidos no fenômeno, bem como suas relações teóricas. O modelo teórico para o presente estudo é apresentado na Figura 3, (p. 27). O modelo lógico deve explicitar os principais elementos da intervenção e suas principais interações para produção dos efeitos. O modelo lógico proposto para o estudo é apresentado na Figura 10 (p. 80) e procura refletir de que forma os principais componentes da assistência farmacêutica, propostos pela política nacional de medicamentos (Brasil, 1998) para o nível municipal, interagem quanto às dimensões do acesso a medicamentos. No Anexo 2 (p. 143), procura-se sistematizar as competências das esferas de governo em relação à PNM e ao PAFB.

A abordagem inclui elementos da **pesquisa avaliativa**, na medida em que busca compreender, por meio de procedimentos científicos as relações existentes entre os diferentes componentes do acesso a medicamentos essenciais, dentro do referente

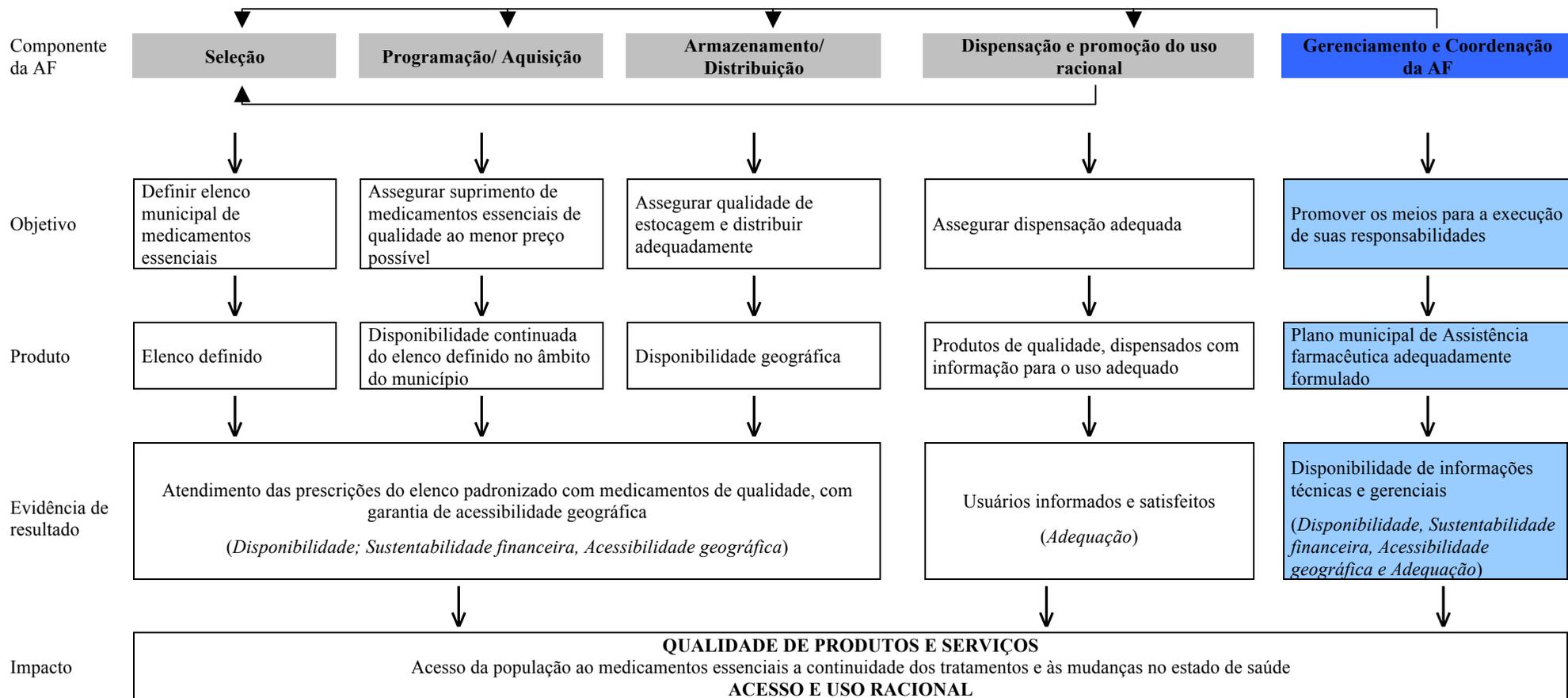
proposto; e da **avaliação normativa**, na medida em que utiliza como base de análise os padrões de qualidade propostos na literatura. A pesquisa, pelo seu caráter acadêmico, foi voltada ao ganho de conhecimento, mas, também, com vista a construir modelos úteis ao suporte da tomada de decisão, de forma que se procurou obter a compreensão da realidade. Contudo, como não se tinha a pretensão imediata de influir de forma direta e imediata na realidade, não houve a preocupação de construir consenso quanto aos critérios e ponderações utilizados para expressar as medidas, tendo estes sido propostos pelo pesquisador, com base na literatura e experiência pessoal. Tratou-se, ainda, de uma avaliação externa, uma vez que o pesquisador não pertence a nenhuma das instituições abordadas no estudo. A limitação inerente à avaliação externa, de falta de conhecimento e intimidade do avaliador com a situação avaliada, foi minorada pelo fato do pesquisador já ter participado de pelos menos três outros projetos de avaliação no nível municipal do estado.

O trabalho foi realizado no estado do Rio de Janeiro pela facilidade política e geográfica no acesso aos gerentes e aos serviços de saúde, além da articulação que o NAF/ENSP vem implementando com a Secretaria de Estado da Saúde ao longo dos últimos anos.

Considerando que a principal questão do estudo é quanto ao grau de acesso da população aos medicamentos essenciais elegeu-se o nível local, com foco na atenção básica de saúde, como espaço privilegiado para medir o acesso da população a esses medicamentos. Isto se deve ao papel assumido pelos municípios no contexto da descentralização, como expresso nos documentos que norteiam esta abordagem - a Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 1998) e na Portaria de Descentralização da Assistência Farmacêutica (Brasil, 1999) - aliado à importância estratégica da atenção primária no modelo de saúde vigente. É neste nível que se alcança a cobertura de um maior contingente populacional. Outra razão que justifica essa escolha, é que neste nível de atenção à saúde podem ser avaliadas todas as dimensões do acesso a medicamentos consideradas neste estudo, a exceção, no público, da capacidade aquisitiva, uma vez que, no Brasil, o fornecimento de medicamentos nas unidades públicas é gratuito.

A pesquisa foi financiada pelo Programa de Financiamento e Apoio à Pesquisa Estratégica do Estado do Rio de Janeiro – FAPERJ.

Figura 10: Modelo lógico: componentes da assistência farmacêutica municipal conforme definição da Portaria 3916/98 e acesso a medicamentos essenciais.



Desenho operacional do estudo

5.1.1 Abordagem no nível municipal

No nível municipal foram avaliados os indicadores para a análise de implantação da diretriz relativa a Assistência Farmacêutica da PNM no nível local, os indicadores de acesso aos medicamentos no setor público e os indicadores de acesso aos medicamentos no setor privado. As técnicas de coleta de dados envolveram entrevista, observação, consulta de documentos e dramatização, esta última utilizada pela técnica de paciente simulado (MSH/RPMP, 1995), empregada nas farmácias privadas.

Os indicadores da Assistência Farmacêutica foram categorizados segundo o componente funcional, como proposto no modelo lógico (Figura 10), de acordo com critérios de qualidade. Para análise do grau de implantação foi atribuída uma pontuação para cada indicador em valor do valor atingido cotejados de acordo com o microcontexto que envolvia cada medida, correspondendo às seguintes situações:

0 = inexistente ou planejamento incipiente
1 = em planejamento ou execução parcial
2 = implementado

A média ponderada permitiu definir uma pontuação para cada critério e, assim, para cada componente. Segundo Cosendey *et al.*, 2003, para indicadores medidos em escala ordinal, o conceito da percentagem é aplicável. O valor das freqüências de escalas nominais permite construir escalas ordinais. Uma vez definido um valor aceitável, a relação percentual entre o valor observado e aquele, permite a construção de medidas sumárias, com base na fórmula apresentada abaixo:

$$\sum_{i=1}^n \left(\frac{Y_i(O)}{Y_i(E)} \right) \times 100$$

Onde:

$Y_i(O)$ = valor observado

$Y_i(E)$ = valor esperado

Os mesmos autores (*ibid.*) propõem, acerca da análise de implantação do Programa Farmácia Básica a seguinte escala de classificação:

Tabela 11. Caracterização dos municípios estudados segundo indicadores selecionados (valores médios). Rio de Janeiro, 2001.

Variável	Rio de Janeiro (todos os municípios)			Rio de Janeiro (excl. capital)			Municípios estudados		
	GPAB	GPSM	Média Geral	GPAB	GPSM	Média Geral	GPAB	GPSM	Média Geral
<i>Atenção hospitalar</i>									
Internações Hospitalares do SUS	4.856,91	27.172,05	10.653,05	4.856,91	13.112,74	6.920,87	6.688,21	18.379,80	9.764,95
Leitos Hospital. 2001/Jun	265,61	1.723,75	634,76	265,61	799,16	395,58	283,00	1.620,40	617,35
<i>Atenção básica</i>									
PSF População coberta Jun/2000	7.910,68	10.849,50	9.157,45	7.910,68	10.849,50	9.157,45	4.997,67	15.693,50	9.276,00
Rede ambul. SUS 2001/Jun	23,00	68,30	32,85	23,00	56,47	29,99	25,13	79,40	38,70
% Cobertura PSF 2001	35,2	20,4	31,4	35,2	21,5	31,8	37,0	14,7	31,0
Média Consultas Médicas	3,43	2,01	3,12	3,43	2,04	3,14	3,27	2,02	2,96
Média visitas Domiciliares.	0,32	0,20	0,29	0,32	0,21	0,29	0,38	0,28	0,35
Tx int diabetes	15,46	10,69	14,41	15,46	11,01	14,52	17,17	10,67	15,55
<i>Despesa em saúde</i>									
SIOPS Desp Prop. Saúde p/Hab	119,65	72,40	108,26	119,65	73,35	108,92	103,56	74,70	96,34
SIOPS Desp própr. Saúde	4.059.248,49	27.638.619,66	9.741.024,67	4.059.248,49	12.190.012,05	5.943.205,90	4.278.044,70	20.806.868,14	8.410.250,56
SIOPS Desp Total Saúde	6.921.518,40	77.163.282,08	23.847.244,59	6.921.518,40	30.223.378,66	12.320.729,93	7.687.526,29	45.614.175,70	17.169.188,64
SIOPS Desp. Tot. Saúde p/Hab	166,95	162,38	165,85	166,95	162,28	165,87	140,18	149,05	142,40
SIOPS % Rec própr Aplic Saúde	19,58	14,59	18,38	19,58	14,83	18,48	19,09	19,91	19,30

Fonte: www.datasus.gov.br, em 01 de maio de 2003.

Aceitável	≥ 80%
Insatisfatório	40-79%
Crítico	0-39%

O INSALUD (1998), propõe, para avaliação da Farmácia Hospitalar, também baseado num processo semelhante de construção de escores percentuais, a seguinte escala:

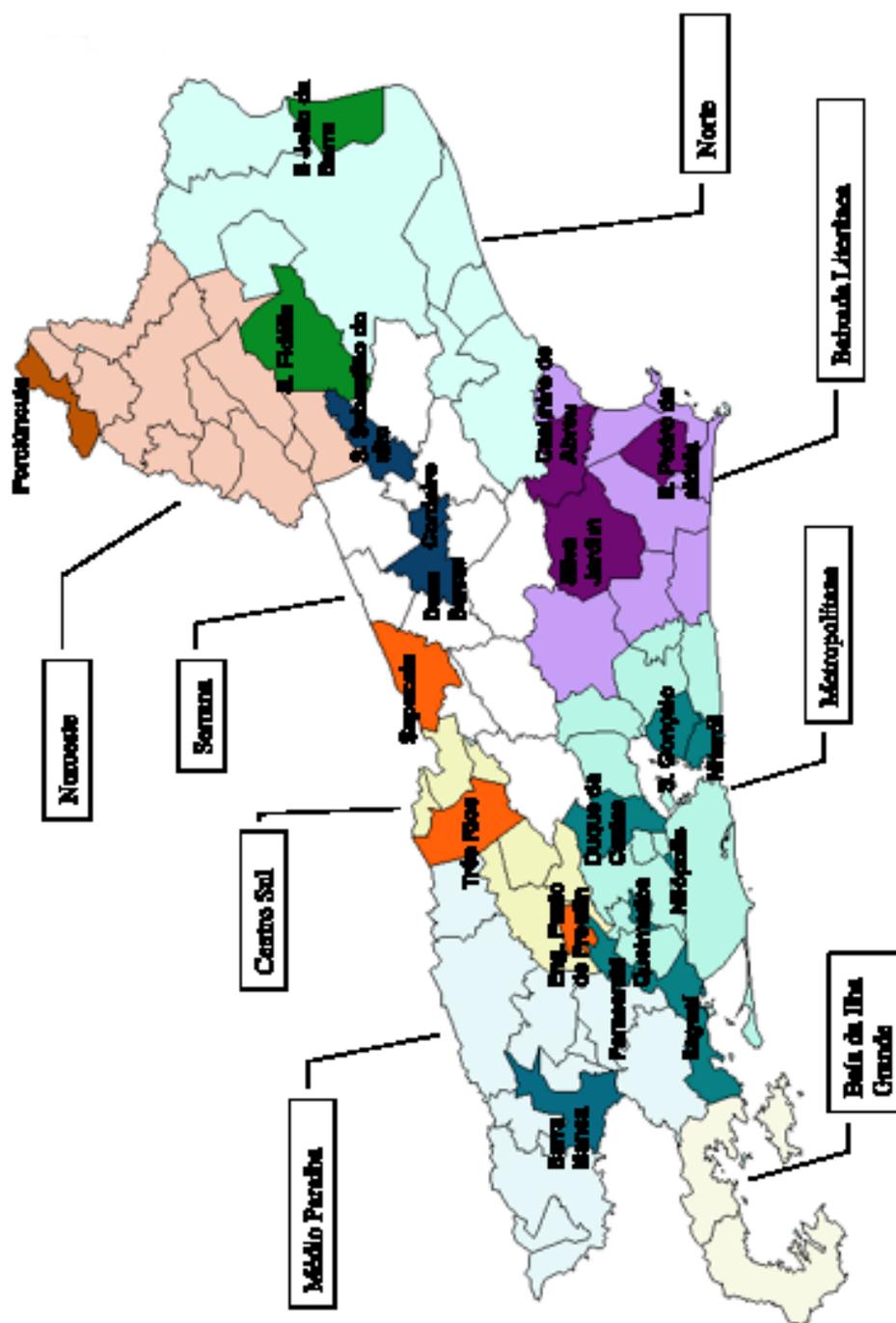
Nível I – Adequado	Mais de 75 %
Nível II – Aceitável	55-74 %
Nível III – Insatisfatório	35-54 %
Nível IV – Crítico	Menos de 35%

Os resultados obtidos serão contrastados segundo ambas as escalas. Na apresentação dos resultados de cada indicador, se discutem os fatores de contexto identificados que influenciam sua análise.

Os indicadores de acesso aos medicamentos foram classificados segundo as dimensões propostas para o estudo (Figura 3, p. 27: disponibilidade física, capacidade aquisitiva, acessibilidade geográfica, adequação e qualidade de produtos e serviços tendo como base a metodologia definida para o estudo internacional SEAM - *Strategies for Enhancing Access to Medicines* (WHO-MSH, 2000), por sua vez calcado na metodologia de avaliação rápida. Dado que, no setor público brasileiro o medicamento é distribuído gratuitamente, a dimensão quanto à capacidade aquisitiva foi alterada para sustentabilidade financeira. Os indicadores utilizados foram adaptados do MSH/RPMP, 1995; WHO, 1999; WHO-MSH, 2000 e Cosendey, 2000 ou criados para este estudo. A apresentação dos indicadores de acesso a medicamentos no setor público e no setor privado utilizados é feita no Anexo 3 (p.).

Tanto a OMS (WHO, 1999c) quanto o MSH/RPMP (1995) desenvolveram seus indicadores em amplo processo de consulta a especialistas e testagem em ampla gama de países. Preferem, contudo, não propor padrões, tendo em vista as dificuldades impostas pela a falta de conhecimento acumulado para sustentar valores ideais para a maioria das situações. Assim, preferimos, no presente trabalho, valorar os indicadores em função da proposta explicitada nos documentos que basearam a abordagem do trabalho – a Política Nacional de Medicamentos (Brasil,1998) e a Portaria da Descentralização da Assistência Farmacêutica (Brasil, 1999) tendo em conta questões

Figura 11. Municípios selecionados segundo a região do estado. Rio de Janeiro, 2000.



Os pesquisadores de campo foram selecionados dentre alunos de um curso de Especialização em Farmácia Hospitalar nos Moldes de Residência, curso de *latus censu* oferecido pela Universidade Federal Fluminense e remunerados por município visitado. Participaram 20 pesquisadores de campo, que trabalharam em duplas, cada dupla visitando 2 municípios, o que viabilizou a coleta de dados em 1 semana de trabalho. Todos os pesquisadores de campo assistiram a 3 dias de treinamento conjunto e realizaram pré-teste e piloto (no município do Rio de Janeiro) para permitir a avaliação das adaptações feitas nos instrumentos. Todos os entrevistadores receberam um manual de procedimentos (Anexo 4, p. 150). Toda a coleta foi supervisionada por duas duplas, cada uma formada por um pesquisador sênior e um auxiliar de pesquisa, que circularam pelos municípios estudados durante o período de coleta, dirimindo dúvidas e oferecendo suporte, pessoalmente e por telefone celular. O roteiro de orientação para a condução da supervisão de campo é apresentado no mesmo Anexo 4 (p. 150). Um pesquisador vinculado ao estudo permaneceu em base fixa, também oferecendo suporte por telefone.

Nas unidades de observação foram analisadas as secretarias municipais de saúde, a principal unidade de dispensação, considerando o volume de atendimento de receitas e uma farmácia varejista privada (a maior dentre as localizadas perto da maior unidade de atendimento público ambulatorial). Não foi realizado, a despeito de proposto na metodologia que serviu de orientação, o estudo em unidades assistenciais privadas ou filantrópicas, tendo em vista que, no Brasil, este tipo de unidade não realiza venda ou dispensação de medicamentos.

Na seleção dos medicamentos traçadores procurou-se abranger os diferentes mecanismos públicos de financiamento que atualmente se dividem nas seguintes categorias:

- Medicamentos do elenco de assistência farmacêutica básica no estado do Rio de Janeiro (adquiridos pelos estados e municípios com recursos das três esferas): ácido acetil salicílico comprimido 100 mg, amoxicilina comprimido 500 mg, amoxicilina suspensão oral 250mg/5mL, benzilpenicilina benzatina 1.200.000UI, captopril comprimido 25 mg, eritromicina comprimido 500 mg, eritromicina suspensão oral 125mg/5mL, glibenclamida comprimido 5 mg, hidroclorotiazida comprimido 50 mg, mebendazol suspensão oral 100 mg/5mL, propranolol 40 mg, sais de reidratação oral (fórmula padrão OMS), salbutamol xarope 0,4mg/mL, sulfametoxazol + trimetoprima comprimido (400 + 80) mg

- Medicamentos do elenco de saúde mental do estado do Rio de Janeiro (adquiridos pela secretaria estadual de saúde com recursos estaduais e federais): diazepam comprimido 5 mg, fenobartibal comprimido 100 mg;
- Medicamento estratégico (adquiridos pelo Ministério da Saúde com recursos federais): isoniazida + rifampicina cápsula (200 + 300) mg;
- Outros medicamentos essenciais de uso ambulatorial amplo e sem mecanismo de financiamento público definido (adquiridos com recursos municipais): aciclovir comprimido 200 mg, cimetidina comprimido 200 mg, preservativos masculinos.

A pesquisa de campo foi precedida da apresentação do projeto, incluindo a proposta metodológica, para o Departamento de Farmácia da Secretaria de Estado da Saúde e para o Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS) e, ainda, para a coordenação do Curso de Especialização em Farmácia Hospitalar da Universidade Federal Fluminense e os tutores de estágio dos alunos. Tivemos muita boa receptividade em todos estes fóruns. Todas as visitas às Secretarias Municipais de Saúde foram precedidas por contato telefônico solicitando autorização para a pesquisa e fazendo o agendamento da visita. Ao abordar as SMS, as Farmácias Públicas de Dispensação e as Farmácias Privadas, os pesquisadores de campo apresentavam uma carta de apresentação do projeto, além de portar crachá de identificação confeccionado para este fim. Nas abordagens aos pacientes foi previamente solicitado consentimento verbal. Com todos os entrevistados foi firmado o compromisso de confidencialidade.

Foram aplicados os instrumentos referidos no Quadro 17 e apresentados nos Anexo 5 (p. 159).

Quadro 17: Formulários e atividades de pesquisa segundo as unidades de observação

<i>Formulário para coleta de dados</i>	<i>Fonte de dados</i>	<i>Tarefa do entrevistador</i>	<i>SMS/Almox. Municipal</i>	<i>Farmácia Pública de Disp.</i>	<i>Farmácia privada</i>
Questionário de pesquisa	Pessoa responsável	Entrevista e observação	X (1/2)	X (5)	X (8)
Comparação de preços A	Lista de preços/Pessoa responsável	Entrevista, consulta de documentos, observação			X (9)
Comparação de preços B	Registro de compras/Pessoa responsável	Entrevista/ Consulta documentos	X (3)		

<i>Formulário para coleta de dados</i>	<i>Fonte de dados</i>	<i>Tarefa do entrevistador</i>	<i>SMS/Almox. Municipal</i>	<i>Farmácia Pública de Disp.</i>	<i>Farmácia privada</i>
Paciente simulado	Balconista	Dramatização e observação			X (10)
Análise de prescrição/dispensação	Prontuários de pacientes/ prescrição	Transcrição		X (6)	
Entrevista de Saída de pacientes	Paciente	Entrevista		X (7)	X (11)
Formulário de posição de estoque	Fichas de estoques/ pessoa responsável/ observação	Entrevista/ Consulta de documentos	X (4)		

O detalhamento operacional que orientou o trabalho de campo é apresentado no .

5.1.2 Abordagem às organizações não governamentais de representação de portadores de patologias

Com a finalidade de complementar a análise do contexto, foi realizada entrevista com informante-chave das organizações não governamentais de representação de portadores de patologias. A coleta de dados, foi feita através de entrevistas a organizações não governamentais de proteção e defesa de portadores de doenças e a gestores públicos de saúde no nível federal e estadual, com atividades ligadas a medicamentos, a partir de entrevistas, declarações na mídia em eventos de caráter público e documento oficiais.

Para este estudo contou-se com a colaboração de pesquisador do Núcleo de Assistência Farmacêutica com formação em Ciências Sociais.

Para obter informações sobre a percepção de necessidade, qualidade e as ações de organizações da sociedade de civil no que diz respeito ao acesso a medicamentos, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com quatro representantes destas instituições nos meses de julho e agosto.

A identificação dos atores foi feita com base nas representações dos portadores de patologias no Conselho Nacional de Saúde, já que esta é uma instância que tem como um dos objetivos o controle social. Foram selecionados as seguintes organizações: Morhan (Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase); Grupo Pela Vidda (portadores do HIV/Aids); e Federação Brasileira das Entidades de Renais Crônicos. Além disso, foi incluído mais um representante do movimento de aids, o GIV, por sua atuação em comissões de ética e principalmente por suas ações na luta por medicamentos de aids.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Quanto aos municípios visitados

Foram visitados os 20 municípios previstos. Apresenta-se, a seguir, os resultados em relação a organização da assistência farmacêutica no nível municipal, segundo o componente analisado. Com o intento de facilitar a leitura, a apresentação e discussão de cada componente é precedida por um quadro sumário contendo o objetivo geral do componente, conforme proposto no modelo lógico, os principais achados e a pontuação conferida.

6.2 Organização da assistência farmacêutica municipal

6.2.1 Seleção de medicamentos

Objetivo: O processo de seleção deve definir o elenco de medicamentos que estarão disponíveis nos diferentes níveis do sistema, bem como os principais critérios e competências de fornecimento, servindo como eixo orientador para os demais sub-componentes do ciclo da assistência farmacêutica.

Critério/Indicador	Resultado	Pontuação 6/12 = 0,5
<i>Os municípios adotam uma lista de medicamentos essenciais e esta é coerente com a lista nacional de medicamentos essenciais?</i>		1
1. % de medicamentos dos elencos municipais que não fazem parte da RENAME	25%	1
<i>Os municípios adotam procedimentos adequados de atualização da relação municipal de medicamentos essenciais</i>		3
2. % de municípios, dentre os que têm elenco municipal, que fizeram atualização nos últimos 2 anos	100	2
3. %municípios, dos que possuem REMUME, que contam com um comitê profissional para a definição da mesma?	40%	1
<i>O elenco de medicamentos essenciais é a base orientadora das ações da assistência farmacêutica e da prescrição médica</i>		2
4. % valor em reais gastos em aquisições feitas no nível municipal para medicamentos não padronizados na REMUME (RENAME para os que não têm REMUME) em relação ao valor total gasto na aquisição de medicamentos pelo município	ND	0
5. % municípios que declaram ter procedimentos normatizados para a aquisição de medicamentos não padronizados	35,0%	1
6. % municípios que mantêm mais que 10% de itens não padronizados em estoque	60%	1

A maior parte dos municípios – 80% (15), declararam ter relação municipal de medicamentos essenciais e todos eles, a exceção de dois, onde o dado não foi computado por esquecimento do entrevistador, declarou tê-lo feito nos últimos 2 anos. Destes, obteve-se a cópia impressa de 12 elencos. Um deles não foi analisado por estar demasiadamente confuso, subdividido em listas sucessivas sem identificação precisa das diferenças entre elas, com vários medicamentos repetidos. Nos 11 elencos analisados (9 de municípios de GPAB e 2 GPSM), observou-se que 25,0% dos itens diferiam da RENAME, com resultados semelhantes para ambos os tipos de gestão (24,4% e 26,3%, respectivamente).

De forma geral, os elencos tinham uma má apresentação, com formatação de difícil leitura, sem nenhum tipo de categorização dos produtos (grupo farmacológico ou tipo de atenção de destinação), com vários erros de grafia e apresentações dos medicamentos incompletas (p.ex. sem concentração por unidade posológica ou volume final da unidade de dispensação).

Apenas dois municípios forneceram documentos de padronização com uma apresentação mais formal, organizado por grupos farmacológicos. Um deles classificava seu elenco também quanto ao tipo de atenção (ambulatorial ou hospitalar) e por 7 categorias quanto ao tipo de uso (Quadro 18). Apesar de algumas designações usadas para as categorias não nos terem parecido ser muito auto-explicativas, a ideia de apontar no elenco a responsabilidade de fornecimento de cada item parece bem interessante.

Quadro 18. Categorização utilizada para os medicamentos padronizados por um dos municípios visitados. Rio de Janeiro, 2001.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. medicamentos padronizados disponíveis para uso;2. medicamentos padronizados disponíveis para uso somente com justificativa por escrito;3. medicamentos padronizados a serem adquiridos pelas unidades por linha de crédito, se necessário;4. medicamentos excluídos temporariamente da padronização;5. medicamentos excluídos da padronização;6. medicamentos padronizados disponíveis nas unidades públicas provenientes de programas oficiais do Ministério da Saúde;7. medicamentos de uso excepcional dispensados somente por órgãos oficial não municipal). |
|---|

Seis (40%) dos 15 municípios que declararam ter relação municipal de medicamentos informaram contar com uma comissão multiprofissional para fazê-lo. Apenas um único município apresentava, na cópia da padronização, os nomes dos profissionais responsáveis pelo elenco. A informação dos nomes responsáveis pela lista

confere transparência e credibilidade à lista, permitindo aos seus usuários conhecerem os profissionais encarregados de sua elaboração, suas credencias e potenciais conflitos de interesse.

Não se conseguiu ter acesso aos documentos de compra do ano anterior em nenhum dos municípios visitados e também nenhum deles contabilizava o total gasto para aquisição de não padronizados, o que comprometeu a avaliação do indicador 4 da Seleção. Outrossim, verificou-se que em pelo menos 11 municípios é comum a prática da compra de medicamentos não padronizados mediante solicitação do paciente, geralmente à Secretaria Municipal de Ação Social ou assemelhado. Em geral a decisão é tomada por um profissional não médico, mais frequentemente a assistente social, que avalia a condição sócio-econômica do paciente e autoriza a compra. Infelizmente, a despeito do grupo de supervisão do projeto ter experiência em coleta de dados na área de assistência farmacêutica no estado, este nunca foi um aspecto estudado e, em consequência, as informações do questionário foram insuficientes para uma análise mais detalhada, a despeito de 4 grupos de pesquisa de campos terem feito anotações a este respeito. No entanto, em dois municípios onde pudemos diretamente nos deparar com a situação, foi feita entrevista não estruturada com os responsáveis pela autorização além de observação da documentação envolvida.

Em ambos os casos, chamou atenção o fato de que o formulário de entrevista social perguntava o número do título eleitoral do requisitante e que a maioria absoluta dos medicamentos solicitados por este mecanismo eram prescritos pelo nome comercial. Em nenhum deles o profissional da área social que autorizava o fornecimento, tinha em mãos o elenco da atenção básica ou a relação de medicamentos padronizados no município e, mesmo que a tivesse, a comparação ficaria prejudicada, tendo em vista o uso de denominações diferentes (um, prioritariamente pela denominação genérica e outro, prioritariamente pela denominação comercial). A análise rápida da listagem adquirida nos 2 municípios indicou alto grau de superposição, sugerindo que os pacientes preferiam lançar mão deste mecanismo em lugar de acorrer à dispensação pública usual. Uma possível explicação pode ser porque os usuários percebem neste tipo de atendimento uma atenção mais personalizada, além da maior garantia de disponibilidade. Os entrevistados dos dois municípios declararam que este era um mecanismo que permitia mais *“justiça social”*, pois *“na farmácia do SUS ou tem remédio pra todo mundo ou falta pra todo mundo. Aqui, a gente pode priorizar os que precisam mais. Além disso eles compram com muita burocracia. Por isso é que falta*

sempre”. Esta fala sugere que os profissionais se sentem empoderados ao serem outorgados com o poder de autorizar ou não o acesso ao medicamento. A solicitação de verificação e registro do número do título de eleitor dos usuários sugere uso eleitoral dos mecanismos. Ficam, é claro, prejudicadas a transparência do processo, assim como o atendimento aos princípios do SUS.

Em um dos municípios, o paciente, portando a receita, devia apresentar-se para avaliação social. Os itens autorizados no todo em parte eram indicados em formulário próprio. O paciente se dirigia ao estabelecimento comercial indicado que o atendia, retinha o formulário de autorização de venda que posteriormente, apensado da nota fiscal era enviado para a secretaria de ação social para pagamento mensal. Neste município, a análise da movimentação do mês anterior à visita, revelou despesa de R\$ 6.371,79, valor que convergiu com a média mensal declarada pelo entrevistado. Este foi um dos municípios onde não se conseguiu qualquer dado de despesa total em medicamentos pela Secretaria Municipal de Saúde. No entanto, tendo como base a população residente, o município deveria gastar R\$ 689,12 para cumprir sua contrapartida quanto à assistência farmacêutica básica, onde se pode constatar 12,5% de itens zerados do conjunto de produtos traçadores no momento da visita. O valor gasto neste mecanismo alternativo correspondeu, portando, a cerca de 10 vezes mais que o valor que deveria ser destinado à Assistência Farmacêutica Básica.

No segundo município que possibilitou esta análise, foi informado que o mecanismo estava sendo recentemente implementado no governo que então se iniciava. O paciente, da mesma forma que na situação anterior, se dirigia à Ação Social, munido da receita e comprovante de residência. Os pleitos aprovados eram anotados e, ao fim do dia, um funcionário da Secretaria buscava os medicamentos na Farmácia de referência, que faturava mensalmente. Foi informado que houve pesquisa de preço para escolher a Farmácia. Frente à indagação de como esta pesquisa foi realizada, uma vez que o mecanismo estava em implantação e os pedidos começavam a aparecer de forma crescente, não permitindo uma previsão de que tipo de produto seria mais demandado, não houve resposta satisfatória. Foi informado que a despesa média mensal nos primeiros quatro meses foi de R\$ 2.000,00 mas que se pretendia chegar, até o final daquele ano, ao valor mensal de R\$ 6.000,00. Neste caso, a contrapartida do município para a assistência farmacêutica básica.

Em ambos os casos, se declarou que eventualmente se atendia pleitos de *“medicamentos muito caros, até importados”*.

Este fato indica que, na prática, em vários municípios está sendo usado um mecanismo alternativo de financiamento dos medicamentos, teoricamente mais dirigido à equidade, no sentido de que pretende privilegiar os mais pobres, em detrimento da universalidade.

O uso disseminado deste mecanismo nos municípios do interior, talvez ajude a explicar o fato de tão poucos municípios terem declarado haver sido processados pelos usuários com a finalidade de fornecimento de medicamentos. Cinco municípios declararam terem sido processados no ano anterior, sempre com vitória do paciente, período em que a Secretaria Estadual de Saúde sofreu 345 mandados judiciais com a mesma finalidade (Sebrão, 2003).

Sete municípios (35%) declararam algum nível de normatização para aquisição de medicamentos não padronizados envolvendo avaliação clínica e administrativa. Os entrevistados foram indagados quanto à manutenção de itens não padronizados em estoque. Houve perda de dados em 4 municípios, por desconhecimento da resposta pelo entrevistado (2) e falha de anotação do entrevistador (2). Com os dados obtidos observou-se que 6 dos 14 municípios de onde se obteve esta informação, faziam estoque de mais de 10% de medicamentos não padronizados em relação ao total de medicamentos em estoque.

As vantagens das listas de medicamentos essenciais incluem a racionalização dos gastos com medicamentos (Velasquez *et al.*, 1998), o que somente se efetivará se a lista for utilizada para orientação das compras. Empreender o esforço de elaboração da lista sem que isso resulte em sua utilização real representa, portanto, um duplo desperdício.

6.2.2 Aquisição

Objetivo: *Assegurar o suprimento de medicamentos essenciais de qualidade, em quantidades adequadas às necessidades, ao menor preço possível*

Critério/Indicador	Resultado	Pontuação 2/6 = 0,33
<i>Existe sistema para monitorar o desempenho dos fornecedores</i>		0
% municípios que declararam tomar alguma providência quanto a problemas com o fornecedor dentre os que declararam problemas de fornecimento	20,0%	0
<i>O sistema de compra é realizado de forma a obter os melhores preços</i>		1
% que referem adquirir medicamentos dos Laboratórios Oficiais	73,7%	1

Critério/Indicador	Resultado	Pontuação 2/6 = 0,33
<i>A gerência de assistência farmacêutica mantém controle do processo de abastecimento</i>		1
% municípios onde o responsável pela assistência farmacêutica declara manter registro de acompanhamento de compras	55	1

Dos municípios entrevistados, apenas 5 (20%) declararam já ter tomado algum procedimento frente a uma inadequação do processo de aquisição. A medida mais freqüentemente referida foi o contato com o fornecedor para a substituição do produto e, em um dos municípios, a medida informada foi a contratação de dois farmacêuticos. Onze (55%) municípios declararam que a gerência municipal de assistência farmacêutica mantém registro do processo de compra de forma a viabilizar algum tipo de acompanhamento. Foi evidenciado que, a exceção de 6 municípios, nos demais esta gerência têm controle extremamente frágil dos dados contábeis, que ficam a cargo da Secretaria Municipal de Administração ou órgão assemelhado. Seis municípios, todos de GPAB, informaram o total de despesas próprias com medicamentos no ano de 2000 (Tabela 12), permitindo verificar que os valores *per capita* variaram de R\$ 1,32 a R\$ 28,89. O município que alcançou a menor despesa *per capita* foi também o único dentre os estudados que declarou fazer todas as aquisições de Laboratórios Oficiais (Tabela 13).

Comparadas as despesas próprias com medicamentos com as despesas próprias totais em saúde (DATASUS/SIOPS, 2003) observa-se que, dos municípios estudados somente L, N e O dispunham do dado no Sistema de Informações do Gasto Público em Saúde (SIOPS). Nestes, as despesas próprias com medicamentos representaram respectivamente 5,7%; 13,0% e 6,0% das despesas próprias totais em saúde. Esse valores estão abaixo da média da America Latina (Madrid *et al.*, 1998). Isto sugere tanto que os municípios com melhor desempenho são os mais prontos a publicizar seus dados quanto que um bom sistema de informação parece estar ligado à boa gestão.

Tabela 12. Despesa *per capita* em medicamentos segundo o município, condição de gestão e população. Rio de Janeiro, 2000.

Município	Condição Gestao	População 2001¹	Despesa total com recursos municipais	Despesa pc c/ medicamentos c/ recursos municipais(\$)
L	GPAB	19.800	98.560,00	4,98
N	GPAB	8.436	185.000,00	21,93
O	GPAB	38.484	50.646,60	1,32
Q	GPAB	13.046	40.000,00	3,07

Município	Condição Gestao	População 2001 ¹	Despesa total com recursos municipais	Despesa pc c/ medicamentos c/ recursos municipais(\$)
R	GPAB	10.041	290.088,49	28,89
S	GPAB	18.300	108.609,82	5,93

5. Datasus, 2001
pc = per capita

Tabela 13. Distribuição percentual de despesa com medicamentos segundo o tipo de fornecedor. Rio de Janeiro, 2000.

Município	Cond. Gestao	Porcentual de despesa por tipo de fornecedor					Despesa pc
		Varejista	Distribuidor	Fabricante	Laboratório Oficial	Total	
L	GPAB	30,4	56,8	9,1	3,6	100,0	4,98
N	GPAB	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	21,93
O	GPAB	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	1,32
Q	GPAB	25,0	75,0	0,0	0,0	100,0	3,07
R	GPAB	16,3	58,4	0,3	0,0	100,0	28,90
S	GPAB	24,4	75,6	0,0	0,0	100,0	5,93

Observa-se que as despesas em medicamentos com recursos próprios, efetuadas pelos municípios são bem maiores que a contrapartida municipal pactuada para a AFB (R\$ 0,50 habitante/ ano). Uma das razões aventadas foi a possibilidade dos medicamentos de uso hospitalar estarem distorcendo os resultados pois, à esta época, a maioria dos municípios não conseguia produzir relatórios independentes para as despesas com medicamentos hospitalares e ambulatoriais. No entanto, dos municípios da Tabela 13 apenas o L e o R tem hospitais municipais, o que, portanto, não parece ter influenciado nos resultados encontrados.

Foram abordadas questões quanto a quatro diferentes tipos de modalidade de aquisição: fornecimentos via Secretaria Estadual de Saúde, Compra dos Laboratórios Oficiais, Compra por Processo Licitatório e Compra com Dispensa de Licitação. Não há, como seria o esperado pela determinação da política nacional de medicamentos (Brasil, 1998), privilégio dos laboratórios oficiais, uma vez que nem todos os municípios adquirem medicamentos junto aos mesmos. O tempo de espera entre o envio da solicitação e o recebimento dos produtos (Tabela 14) pode ser uma das explicações para este fato. Uma outra possibilidade pode ser porque, dada à baixa adesão das compras municipais aos produtos RENAME, vários itens adquiridos não são ofertados pelos Laboratórios Oficiais.

Os Laboratórios Oficiais referidos para a compra foram aqueles localizados no estado do Rio de Janeiro (Farmanguinhos, IVB, LFE, LFM, LFA) e a FURP. Apenas 1 município referiu o LAFEPE.

Tabela 14. Distribuição percentual segundo o tempo de espera declarado por tipo de fornecedor utilizado. Rio de Janeiro, 2001.

Tempo de espera	Varejista	Distribuidor	Fabricante Privado	Laboratório Oficial
	% de municípios			
Até 1 semana	92,3	5,9	0,0	0,0
7 a 30 dias	7,7	41,2	45,5	21,4
30 a 60 dias	0,0	35,3	27,3	42,9
Mais de 60 dias	0,0	11,8	18,2	28,6
Variável	0,0	5,9	9,1	7,1
	100,0	100,0	100,0	100,0
	Número de municípios			
Faz aquisição com o tipo de fornecedor	13	17	11	14
Não faz aquisição com o tipo de fornecedor (número)	6	2	8	5
Perda	1	1	1	1

O tipo de aquisição que concentra o maior número de referências de problemas são as entregas feitas pelo DGIB (Tabela 15 e Figura 12), sendo os mais frequentemente referidos, o envio de quantidades incorretas e de produtos vencidos. A segunda maior concentração de referência a problemas foi em relação às aquisições feitas por processo licitatório.

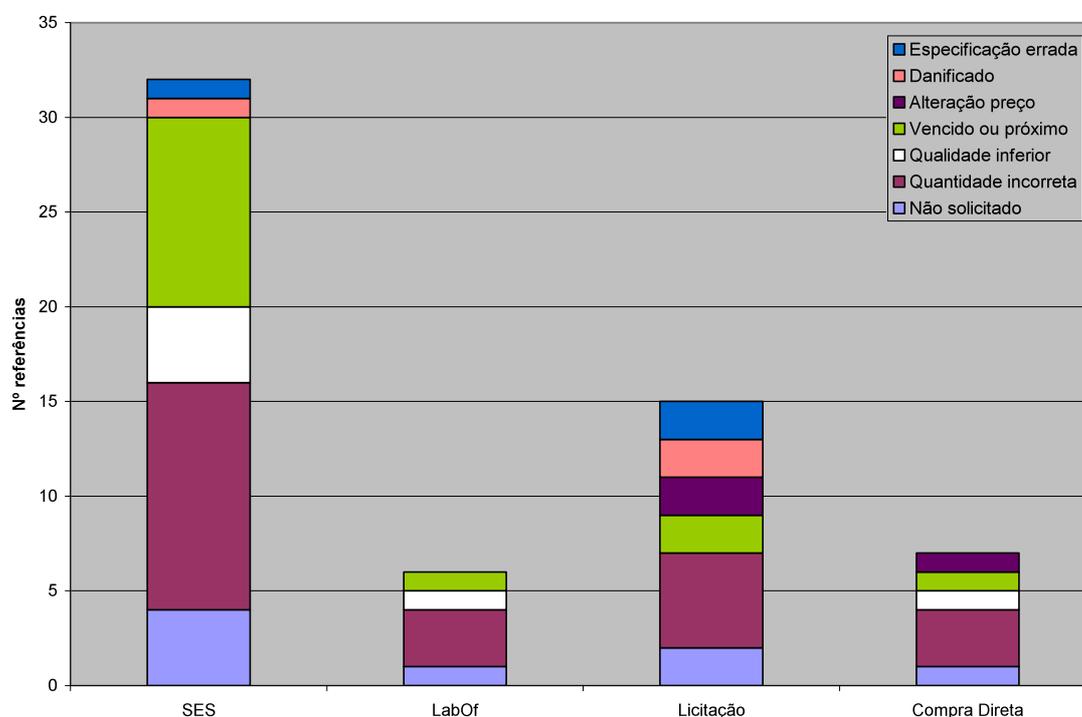
A despeito da complexidade burocrática para a condução desta modalidade de compra e o caráter bastante restritivo imposto pelo arcabouço legal, existe uma série de intervenções que podem minorar os problemas, como a programação adequada, a especificação correta e um edital cuidadoso.

Tabela 15. Problemas referidos quanto ao recebimento de medicamentos segundo a modalidade de aquisição. Rio de Janeiro, 2001.

Problema de Recebimento	# e (%) de problemas referidos			
	DGIB	Laboratório Oficial (dispensa de licitação)	Licitação	Compra Direta (dispensa de licitação)
Não solicitado	4 (12,5)	1 (16,7)	2 (13,3)	1 (14,3)
Quantidade incorreta	12 (37,5)	3 (50,0)	5 (33,3)	3 (42,9)
Qualidade inferior	4 (12,5)	1 (16,7)	0 (0,0)	1 (14,3)
Vencido ou próximo	10 (31,3)	1 (16,7)	2 (13,3)	1 (14,3)
Alteração preço	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (13,3)	1 (14,3)
Danificado	1 (3,1)	0 (0,0)	2 (13,3)	0 (0,0)

Problema de Recebimento	# e (%) de problemas referidos			
	DGIB	Laboratório Oficial (dispensa de licitação)	Licitação	Compra Direta (dispensa de licitação)
Especificação errada	1 (3,1)	0 (0,0)	2 (13,3)	0 (0,0)
	32 (100)	6 (100)	15 (100)	7 (100)
	Nº municípios que refere			
Nenhum problema	2	7	5	11
Não utilizar a modalidade	0	5	3	1

Figura 12. Problemas referidos quanto ao recebimento de medicamentos segundo a modalidade de aquisição. Rio de Janeiro, 2001.



Os três municípios que declaram não realizar aquisição por processo licitatório são de GPAB. Dos 17 que usam a modalidade chama atenção 1 município de GPAM que declarou a participação usual de apenas 4 licitantes. A distribuição dos municípios segundo o número habitual de licitantes é apresentada na Tabela 16.

Tabela 16. Distribuição dos municípios segundo o número habitual de licitantes nesta modalidade de aquisição. Rio de Janeiro, 2001.

N participantes	Municípios
10 ou mais	8
5 a 10	3
Menos que 5	6

As qualidades e desvantagens apontadas pelos municípios segundo o tipo de aquisição é apresentado no Quadro 19. Fica muito claro que todas as modalidades de abastecimento apresentam problemas, segundo a percepção dos gerentes de assistência farmacêutica, que foi muitas vezes oposta de um município para outro para uma mesma modalidade.

Uma possibilidade é que isto se deva tanto a uma melhor organização, que tenha permitido conquistar o respeito do fornecedor, quanto uma maior desorganização que faz com que o problema passe despercebido.

Quadro 19. Qualidades e problemas apontados pelos municípios segundo a modalidade de aquisição. Rio de Janeiro, 2001.

Qualidade	Problemas
<i>DGIB (todos utilizam a modalidade; 7 apontaram qualidade e 12 apontaram problemas)</i>	
Boa qualidade dos produtos (3)	Falta de produtos (3)
Cumprimento do agendamento (3)	Irregularidade do fornecimento (3)
Facilidade para liberação de medicamentos(2)	Demora atendimento (2)
Boa Comunicação	Horário inadequado
Bom atendimento	Burocracia excessiva;
Fornece medicamentos com boa validade	Dificuldade de agendamento
Boa vontade	Erros de quantidade
Agendamento prévio,	Não tem gastos
<i>LabOf (15 municípios declaram utilizar a modalidade; 12 apontaram qualidades, 6 apontaram problemas)</i>	
Preço (9)	Fornecimento de quantidades incorretas ou incompletas (3)
Qualidade (6)	Demora entrega (2)
Rapidez procedimentos de compra por dispensar licitação (3)	Baixa cobertura dos itens padronizados
Rapidez entrega (2)	Falta de informação, dificuldade contato
Cumprimento cronograma,	Difícil conseguir conduzir a aquisição
Credibilidade com a população	Demora entrega alguns itens
Confiabilidade	Embalagens semelhantes
Embalagem	Não cumprimento cronograma entrega

Qualidade	Problemas
<i>Licitação (17 municípios declararam utilizar a modalidade; todos apontaram qualidades; 13 apontaram problemas)</i>	
Menores preços (14)	Processo demorado (9)
Diversidade itens oferecidos e fornecedores (5)	Incerteza quanto à qualidade (3)
Qualidade (3)	Entrega incompleta (2)
Confiabilidade	Burocracia (2)
Entrega integral	Demora entrega
Possível certificar idoneidade das empresas	Embalagens inadequadas
Rapidez entrega	Baixa garantia quanto ao cumprimento dos prazos de entrega
Cumprimento prazo e quantidade	Preço
Facilidade resolução problemas	Empresas com preços baixo sem documentação correta
Possibilidade de programar a entrega possibilitando abastecer para períodos maiores	Falta de parecer técnico por parte do farmacêutico
	Impossibilidade de negociar preço
<i>Compra direta (19 municípios declararam utilizar a modalidade; 17 apontaram qualidades; 13 apontaram problemas)</i>	
Rapidez (12)	Preço alto (10)
Produtos de qualidade (2)	Dificuldades com o tribunal de contas
Confiança no produto	Impossibilidade de abastecimento por longo prazo
Prazo de pagamento	
Permite atender solicitação dos pacientes	
Permite evitar estoque de medicamentos de baixa rotatividade	
Menos tempo análise documentos	
Menor custo	
Possibilidade de escolha produto	
Permite escolher fornecedor confiável, menos burocracia	
Permite negociar preço, prazos de entrega e pagamento	

A despeito da informação não ter sido sistematicamente coletada, pode-se observar que em pelo menos dois municípios, os formulários utilizados para solicitação de compras continham especificações de medicamentos incompletas (p.ex. falta de concentração por unidade posológica, falta de volume final), o que certamente resulta em erros potenciais ao longo do processo de compra.

Como referido anteriormente, onze (55%) municípios declaram manter, na gerência de assistência farmacêutica, registro para acompanhamento dos processos de compra de medicamentos. Este é um resultado que pode ser considerado fraco, pois esta informação é fundamental ao gerente para que possa prevenir a descontinuidade de tratamentos frente a intercorrências na tramitação das solicitações.

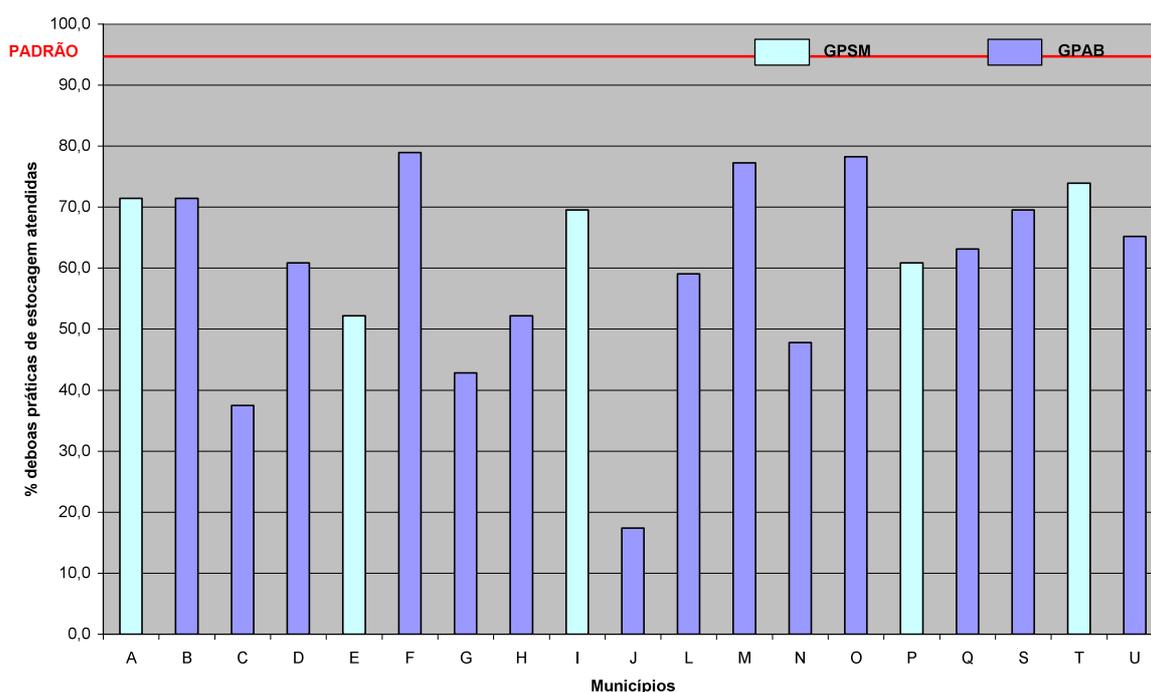
6.2.3 Armazenamento/ distribuição

Objetivo: Assegurar a qualidade dos medicamentos e preservar os valores sob guarda por meio de condições adequadas de armazenamento e de um controle de estoque eficaz, bem como garantir a disponibilidade destes produtos em todos os locais de atendimento ao usuário, garantida a qualidade do produto desde o recebimento até sua entrega ao usuário

Critério/Indicador	Resultado	Pontuação 1/4 = 0,25
São observados pelo menos os aspectos mínimos de boas práticas de estocagem?		1
% boas práticas de estocagem atendidas	60%	1
É realizado controle físico e financeiro do estoque?		0
% almoxarifados municipais que realizam controle físico e financeiro do estoque	20%	0

Os municípios alcançaram a média de 60% de cumprimento de boas práticas de estocagem, sendo que os municípios de GPAB atingiram 58,7% e os de GPMS 65,6%. A Figura 13 permite observar a grande dispersão das medidas, principalmente entre os municípios de GPAB, tendo 3 deles apresentado mais de 75 de adequação de BPE e, por outro lado, um deles apresentou 17,4% de adequação. No entanto, como foram avaliados aspectos absolutamente mínimos de qualidade, o padrão foi estipulado como 95%, de forma que todos os municípios apresentaram resultado insatisfatório.

Figura 13. Grau de boas práticas de estocagem atendidas segundo a haitilação de gestão. Rio de Janeiro, 2001.



Dos itens de verificação para as boas práticas de estocagem os de maior incumprimento foram dispor de manual de procedimentos (5 municípios), realizar controle de lotes recebidos (5 municípios) e manter rastreabilidade dos produtos fornecidos às unidades usuárias (8 municípios). O de maior cumprimento foi a de verificação de validade dos produtos, onde todos os municípios declararam fazê-lo.

Quatro municípios (20%) evidenciaram realizar controle físico e financeiro de estoque, sendo 1 de GPSM e os três demais de GPAB. Estes controles tem como finalidade garantir a confiabilidade dos dados físicos e financeiros, assegurando o conhecimento da posição do estoque, ou seja, se o informado corresponde ao real. Assim, alimenta as informações que subsidiam a programação de medicamentos e a gestão de estoque, permitindo o cálculo dos indicadores fundamentais de monitoramento.

Os almoxarifados declararam abastecer uma média de 18,5 unidades públicas, variando de 0 a 62 . Na Tabela 17 pode-se observar que mesmo os almoxarifados com maior número de clientes não apresentam controle físico-financeiro de estoque de forma diferenciada. Como seria de esperar os almoxarifados dos municípios de GPSM são os que têm maior número de clientes.

Tabela 17. Almoxarifados municipais segundo o número de unidades públicas abastecidas, tipo de habilitação de gestão e evidência de controle físico-financeiro de estoque. Rio de Janeiro, 2001.

Unidades públicas abastecidas	Nº municípios	GPSM	Controle físico financeiro
Até 10	8	0	1
11 a 20	7	1	2
Mais de 20	5	4	1

Cinco municípios declararam fornecer medicamentos para unidades privadas ou filantrópicas (Santa Casa, APAE, Associação de pescadores, Asilo, Hospital filantrópico) sendo que, destes, apenas 1 evidenciou controle físico financeiro de estoque. Não foi investigada a existência de contrato formal para esta relação mas chama atenção a transferência de bens públicos para entidades privadas, ainda que filantrópicas, a partir de uma organização que não realiza controle adequado de estoque.

6.2.4 Dispensação/ Promoção do Uso Racional de Medicamentos

Objetivo: Assegurar que o medicamento, de boa qualidade, seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada, que sejam fornecidas as informações suficientes para o uso correto e embalado de forma a preservar a qualidade do produto

Critério/Indicador	Resultado	Pontuação 3/8 = 0,38
<i>As farmácias contam com recursos adequados para a dispensação racional</i>		3
1. % % unidades públicas de dispensação que contam com profissional farmacêutico	80%	1
2. % farmácias onde o farmacêutico declara participar diretamente das atividades de dispensação	62,5%	1
3. % farmácias com pelo menos uma fonte válida de informação sobre medicamentos	37,5%	1
4. % boas práticas de estocagem adequadas na área de dispensação	44%	0

Em cada município foi visitada a farmácia pública de dispensação indicada pela SMS como sendo a de maior atendimento. Em quatro delas (20%), sendo uma de município de GPSM, se declarou não contar com profissional farmacêutico. Das 16 farmácias com farmacêutico, este profissional participa diretamente das atividades de dispensação em 10 delas (62,5%). Em 6 de 10 farmácias onde o farmacêutico não participa diretamente da dispensação se declarou a realização de orientação aos pacientes quanto ao uso de medicamentos que é feita, portanto, sem a supervisão deste profissional.

Para que o farmacêutico possa orientar os pacientes, um facilitador é ter a mão referência bibliográfica para consulta, sendo que 6 das 14 farmácias de unidades públicas 37,5% que informaram o dado (37,5%) contavam com alguma fonte válida de informação contra 57,9 % das farmácias privadas. Cabe porém ressaltar que em apenas 2 unidades as farmácias dispunham de algum protocolo clínico. Os protocolos tem a finalidade de orientar as abordagens diagnósticas e terapêuticas segundo os melhores padrões de prática. É importante que as equipes de assistência farmacêutica tenham conhecimento dos mesmos assim como pronta possibilidade de consulta, de maneira a apoiar atividades como o monitoramento da conformidade das prescrições com o protocolo, orientação aos usuários, e verificação de contra-indicações.

6.2.5 Gerenciamento (contexto organizacional)

Objetivo: Planejar, organizar, coordenar, acompanhar e avaliar o trabalho desenvolvido com racionalidade para que a Assistência Farmacêutica atinja seus objetivos, o que inclui a identificação e viabilização dos recursos necessários bem

como a harmonização das ações com a política de medicamentos e política de saúde em âmbito geral e específico.

Critério/Indicador	Resultado	Pontuação
<i>Os municípios contam com o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica com vigência para o ano do estudo?</i>		0
%Municípios que formularam Plano Municipal de Assistência Farmacêutica	0	0
<i>A gerência de AF dispõe/gera um mínimo de informações gerenciais</i>		
% municípios onde há controle de gerenciais básicas mínimas	0	0

Nenhum dos municípios apresentou plano municipal de assistência farmacêutica no Departamento de Farmácia da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro.

Considera-se que o bom gerenciamento não pode prescindir de um mínimo de informações que permitam acompanhar a adequada realização das atividades, identificar problemas e racionalizar os esforços de intervenção. Neste sentido, foram consideradas como informações gerenciais mínimas a contabilização de receitas atendidas, como um mínimo indicador de produção relacionado à atividade fim da assistência farmacêutica e a aspectos do controle de estoque também considerados mínimos e fundamentais (controle físico de estoque, controle financeiro do estoque, quantificação financeiro das perdas).

Nenhum município informou o total anual de receitas atendidas e 2 municípios realizavam o controle de estoque, informações que podem ser consideradas como mínimos para apoio à decisão na assistência farmacêutica.

6.3 Grau de implantação

No Quadro 20, se sumariza os resultados alcançados pelos componentes da assistência farmacêutica. Desta forma o cálculo do grau de implantação fica como abaixo:

<i>Componente</i>	<i>Pontos obtidos</i>	<i>Ponderação</i>
Seleção	0,5	1
Aquisição	0,33	1
Armazenamento	0,25	1
Dispensação/Pomocão do Uso Racional	0,38	1

Gerenciamento	0	1
Total	1,46	5

Assim, a relação percentual entre o somatório de pontos obtidos em cada componente em relação à ponderação resultando no grau de implantação de 29,2%.

Segundo a ambas as classificações, tanto de Cosendey (2003), como de INSALUD, 1998, este resultado corresponde à categoria CRÍTICO.

Quadro 20. Sumário da pontuação alcançada por componente, Rio de Janeiro, 2001.

Seleção de medicamentos		
<i>Objetivo: O processo de seleção deve definir o elenco de medicamentos que estarão disponíveis nos diferentes níveis do sistema, bem como os principais critérios e competências de fornecimento, servindo como eixo orientador para os demais sub-componentes do ciclo da assistência farmacêutica</i>		
Critério/Indicador	Resultado	Pontuação 3/12 = 0,25
<i>Os municípios adotam uma lista de medicamentos essenciais e esta é coerente com a lista nacional de medicamentos essenciais?</i>		0
1. % de medicamentos dos elencos municipais que não fazem parte da RENAME	25%	0
<i>Os municípios adotam procedimentos adequados de atualização da relação municipal de medicamentos essenciais</i>		2
2. % de municípios, dentre os que têm elenco municipal, que fizeram atualização nos últimos 2 anos	100	1
3. % municípios, dos que possuem REMUME, que contam com um comitê profissional para a definição da mesma?	40%	1
<i>O elenco de medicamentos essenciais é a base orientadora das ações da assistência farmacêutica e da prescrição médica</i>		1
4. % valor em reais gastos em aquisições feitas no nível municipal para aquisição de medicamentos não padronizados na REMUME (RENAME para os que não têm REMUME) em relação ao valor total gasto na aquisição de medicamentos pelo município	ND	0
5. % municípios que declaram ter procedimentos normatizados para a aquisição de medicamentos não padronizados	35,0%	1
6. % municípios que mantêm mais que 10% de itens não padronizados em estoque	60%	0
Aquisição/ Financiamento		
<i>Objetivo: Assegurar o suprimento de medicamentos essenciais de qualidade, em quantidades adequadas às necessidades, ao menor preço possível</i>		
Critério/Indicador	Resultado	Pontuação 2/6 = 0,33
<i>Existe sistema para monitorar o desempenho dos fornecedores</i>		0
7. % municípios que declararam tomar alguma providência quanto a problemas com o fornecedor dentre os que declararam problemas de fornecimento	20,0%	0
<i>O sistema de compra é realizado de forma a obter os melhores preços</i>		1
8. % que referem adquirir medicamentos dos Laboratórios Oficiais	73,7%	1

<i>A gerência de assistência farmacêutica mantém controle do processo de abastecimento</i>		1
9. % municípios onde o responsável pela assistência farmacêutica declara manter registro de acompanhamento de compras	55	1
Armazenamento/ distribuição		
<i>Objetivo: Assegurar a qualidade dos medicamentos e preservar os valores sob guarda por meio de condições adequadas de armazenamento e de um controle de estoque eficaz, bem como garantir a disponibilidade destes produtos em todos os locais de atendimento ao usuário, garantida a qualidade do produto desde o recebimento até sua entrega ao usuário</i>		
Critério/Indicador	Resultado	Pontuação 1/4 = 0,25
<i>São observados pelo menos os aspectos mínimos de boas práticas de estocagem</i>		1
10.% boas práticas de estocagem atendidas	60%	1
<i>É realizado controle físico e financeiro do estoque</i>		0
11.% almoxarifados municipais que realizam controle físico e financeiro do estoque	20%	0
Dispensação/ Promoção do Uso Racional de Medicamentos		
<i>Objetivo: Assegurar que o medicamento, de boa qualidade, seja entregue ao paciente certo, na dose prescrita, na quantidade adequada, que sejam fornecidas as informações suficientes para o uso correto e embalado de forma a preservar a qualidade do produto</i>		
Critério/Indicador	Resultado	Pontuação 3/8 = 0,38
<i>As farmácias contam com recursos adequados para a dispensação racional</i>		3
12.% unidades públicas de dispensação que contam com profissional farmacêutico	80	1
13.% farmácias onde o farmacêutico declara participar diretamente das atividades de dispensação	62,5	1
14.% farmácias com pelo menos uma fonte válida de informação sobre medicamentos	37,5	1
15.% boas práticas de estocagem adequadas na área de dispensação	44	0
Gerenciamento (contexto organizacional)		
<i>Objetivo: Planejar, organizar, coordenar, acompanhar e avaliar o trabalho desenvolvido com racionalidade para que a Assistência Farmacêutica atinja seus objetivos, o que inclui a identificação e viabilização dos recursos necessários bem como a harmonização das ações com a política de medicamentos e política de saúde em âmbito geral e específico.</i>		
Critério/Indicador	Resultado	Pontuação 0
<i>Os municípios contam com o Plano Municipal de Assistência Farmacêutica com vigência para o ano do estudo?</i>		0
16.%Municípios que formularam Plano Municipal de Assistência Farmacêutica	0	0
<i>A gerência de AF dispõe/gera um mínimo de informações gerenciais</i>		0
17.% municípios onde há controle de gerenciais básicas mínimas	0	0

6.4 Acesso a medicamentos

O Quadro 21 sumariza os indicadores de acesso mensurados para o conjunto de municípios visitados quanto ao atendimento público e o Quadro 22 para o atendimento nas farmácias privadas.

Os resultados serão apresentados e discutidos de forma comparada.

Quadro 21. Indicadores de acesso para o setor público. Rio de Janeiro, junho de 2001.

Indicador	Resultado
Disponibilidade física	
1. Percentual de um conjunto de medicamentos na validade em estoque	66,8%
2. Percentual de tempo sem estoque para o conjunto de medicamentos traçadores	28,5%
Sustentabilidade financeira	
3. Percentagem média dos menores preços de compra obtidos pelo setor público para os medicamentos traçadores em relação aos menores preços encontrados no setor privado	22,3 %
4. Percentagem média entre os menores e os maiores preços de compra obtidos pelo setor público	17,1
Acessibilidade geográfica	
5. Razão de pontos de dispensação de unidade pública de saúde por habitante	0,7/10.000
6. Número médio diário de horas de funcionamento de dispensação por dia na farmácia pública	9
Adequação	
7. Percentual de medicamentos prescritos no setor público que fazem parte da relação pactuada de medicamentos destinados a atenção básica	72,1%
8. Percentual de medicamentos da relação estadual de medicamentos básicos discordantes da relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME)	6,5%
Qualidade de serviços	
9. Percentual de pacientes que declaram ter sido orientados na farmácia quanto ao uso dos medicamentos	5,4%
10. Número médio de medicamentos por prescrição	2,0
Resultado	
11. Percentual de itens prescritos apresentados para dispensação que são dispensados	75,9%
12. Percentual de pacientes que declaram saber como tomar seus medicamentos	59,7%

Quadro 22. Indicadores de acesso para as farmácias privadas. Rio de Janeiro, junho de 2001.

Indicador	Resultado
Disponibilidade física	
1. Percentual de um conjunto de medicamentos na validade em estoque	92,6%
Poder aquisitivo	
2. Percentagem média de preços entre o produto mais barato em relação ao similar ou genérico mais barato	28,7%

Indicador	Resultado
3. Número de dias trabalhados pelo salário mínimo necessário para pagar um curso terapêutico para uma condição traçadora, considerando os maiores preços praticados no setor privado: hipertensão arterial grave ¹	15,9
4. Percentual de população que relata problemas com poder aquisitivo para compra de medicamentos	42,5%
Acessibilidade geográfica	
5. Razão de farmácia privada por habitante	2,57: 10.000
6. Número médio diário de horas de funcionamento de dispensação por dia na farmácia privada (funciona sábado? funciona aos domingos?)	14
Adequação	
7. Percentual de medicamentos da RENAME entre os 20 medicamentos mais vendidos nas farmácias privadas visitadas	33,3%
Qualidade de produtos e serviços	
8. Percentual de pacientes que declaram terem sido orientados na farmácia quanto ao uso dos medicamentos	4,6
9. Número médio de medicamentos por prescrição	1,9
Resultado	
10. Percentual de itens prescritos solicitados que são vendidos	57,8
11. Percentual de pacientes que declaram saber como tomar seus medicamentos	42,5

6.4.1 Disponibilidade física

Quanto à disponibilidade de medicamentos em estoque, o setor público apresentou o resultado do 66,8% e o setor privado 92,6%. Cosendey (2000) sugere, em seu trabalho o mínimo de 95% como valor aceitável, tendo encontrado, para o Rio de Janeiro, o valor de 65,3%, o que sugere que a situação pouco se alterou e os resultados permanecem inadequados. O valor obtido para o setor privado deve ser olhado sob o prisma que o elenco de medicamentos traçadores contemplavam apenas medicamentos essenciais e que estes estabelecimentos trabalham com a lógica de mercado, procurando oferecer os produtos de maior procura. Caso não haja uma boa aceitabilidade destes produtos, o setor não se interessará em oferecê-los. No caso do setor público uma das limitações consiste no fato de que foram verificadas as receitas retidas nas farmácia, o que somente ocorre quando pelo menos um item foi atendido; significa dizer que não foram verificadas as receitas onde nenhum item foi atendido.

O valor de 28,5% de tempo sem estoque para os medicamentos traçadores no setor público reforça o problema do desabastecimento.

6.4.2 Sustentabilidade financeira/ Capacidade Aquisitiva

Tendo em vista que no Brasil os medicamentos são distribuídos gratuitamente no setor público, a análise da capacidade aquisitiva, aspecto mais freqüentemente estudado

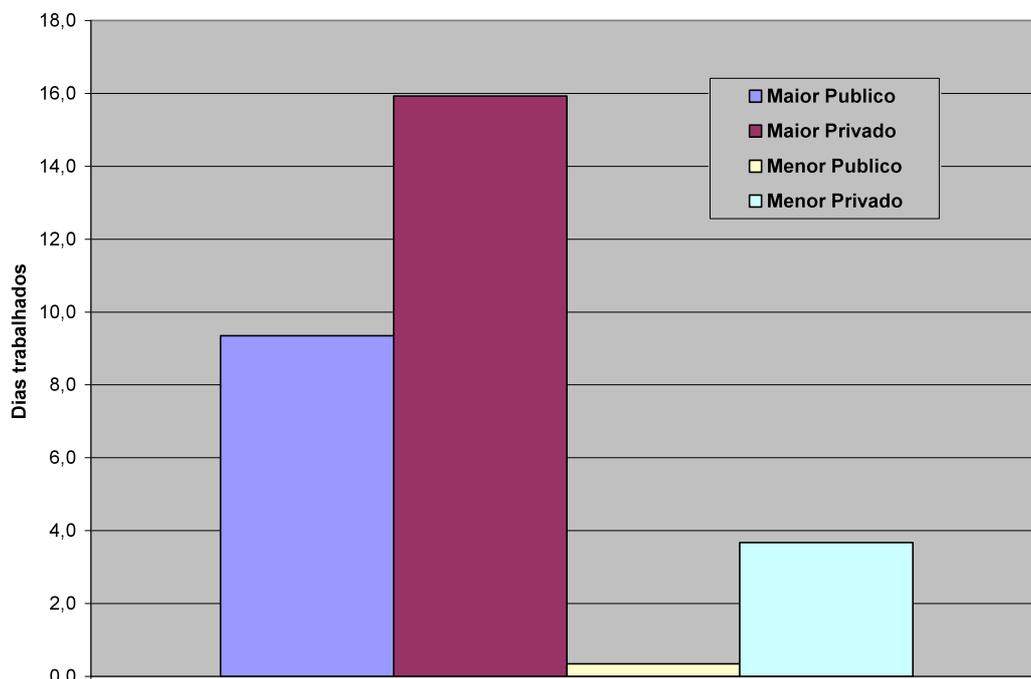
em relação ao acesso à saúde (Anexo 1, p. 139) não faz sentido. Assim, preferimos, em relação a este setor, discutir a sustentabilidade financeira.

O indicador “3”. Porcentagem média dos menores preços de compra obtidos pelo setor público para os medicamentos traçadores em relação aos menores preços encontrados no setor privado” busca expressar a capacidade potencial das unidades públicas de saúde em conseguir preços menores do que os menores preços oferecidos no varejo. O resultado obtido indica que os menores preços obtidos no setor público correspondem a 22,5% do menor valor praticado no comércio varejista, mostrando que os mecanismos de abastecimento do setor público têm o potencial, nem sempre utilizado, de conferir sustentabilidade. Outrossim, o valor de 17,1% obtido para o indicador “4. Porcentagem média entre os menores e os maiores preços de compra obtidos pelo setor público” mostra a grande disparidade de preços obtidos no setor. Se há municípios conseguindo bons preços de compra, por outro lado há municípios com desempenho bastante ruim. Em um dos municípios visitados se observou valores sistematicamente maiores que os maiores valores praticados no comércio varejista.

Quanto ao setor privado, a comparação percentual entre o menor e o maior preço resulta no valor de 28,7%, mostrando que o consumidor poderá ter vantagens se preceder sua compra com a pesquisa de preços. Calculando o valor de dias trabalhados pelo salário mínimo da época para pagamento de 1 mês de tratamento de hipertensão grave com os medicamentos propostos pelo Ministério da Saúde, calculados pelos maiores preços do mercado, obtém-se 15,9 dias, o que dá uma idéia dos problemas enfrentados por pelo 30% da população brasileira. A Figura 14 ilustra como se comportam os valores se considerados os maiores e menores preços praticados no setor privado e os maiores e menores preços obtidos pelo setor público.

Encontrou-se ainda que 42,2% dos entrevistados deixou de comprar algum medicamento prescrito por problemas de falta de dinheiro.

Figura 14. Valores correspondentes aos dias trabalhados pelo salário mínimo do Brasil para aquisição de 1 mês de tratamento para hipertensão arterial grave. Rio de Janeiro, junho de 2001



6.4.3 Acessibilidade geográfica

O setor público apresentou uma razão de 0,7/10.000 pontos de dispensação por habitante, contra 2,57/10.000 farmácias ou drogarias privadas. Por um lado, cabe considerar que o setor público apenas dispensa medicamentos prescritos, normalmente no próprio setor, de forma que a rede de dispensação tem relação direta com a de atendimento, geradora da demanda. Por outro lado, uma série de doenças que requerem terapêutica medicamentosa cursam de forma crônica e estável, de forma que a frequência da necessidade de medicamentos pode ser maior que a frequência da necessidade de consultas. Por exemplo, um hipertenso estável poderá requerer consultas médicas a cada seis meses. No entanto, é bastante comum que as farmácias dispensem medicamentos para cobertura de apenas um mês a cada atendimento. Sabe-se, a despeito de se terem encontrado registros escritos disso, que o Ministério da Saúde tinha dentre suas propostas de alternativas de forma de dispensação, o envio pelo correio, projeto que o município do Rio de Janeiro já implementou. Neste caso, são enviadas quantidades suficientes para um máximo de seis meses de tratamento. Infelizmente, não dispomos de dados mais concretos quanto à experiência.

Outro projeto iniciado pelo Ministério da Saúde foi o das Farmácias Distritais, com base na experiência de Contagem, Minas Gerais. O projeto constitui-se de uma rede de Farmácias públicas de dispensação ambulatorial, pensadas de forma regionalizada, segundo os distritos de saúde, funcionando de forma desvinculada das unidades de atendimento médico, o que enseja autonomia administrativa das farmácias. Uma das propostas era a de concentrar esforços e recursos para a melhoria de qualidade do atendimento farmacêutico. A avaliação feita pelo grupo responsável oito meses após a implantação foi a da obtenção de resultados satisfatórios tanto em relação ao desempenho administrativo, como melhor controle de estoque e melhor abastecimento, como desempenho técnico, com orientação farmacêutica dos pacientes atendidos e melhor integração com os demais profissionais de saúde (Pereira *et al.*, 2000).

No caso do estado do Rio de Janeiro, observou-se que em 8 (40%) dos municípios estudados, a unidade de dispensação do distrito principal funcionava em instalação independente, mas isto não pareceu estar ligado a nenhum projeto de atendimento regionalizado, pois as farmácias dos demais distritos funcionavam vinculadas aos postos de saúde, sendo encontrado que 86,0% dos distritos contam com dispensação. Isto mostra que a acessibilidade geográfica das farmácias é pelo menos tão boa quanto a de atendimento. No entanto, observou-se que, nos municípios pequenos, apenas as farmácias dos distritos principais oferecem os medicamentos de programa (aids, tuberculose, insulina, excepcionais). As farmácias dos outros distritos dispensam apenas os medicamentos básicos. Isto pode acarretar problemas na acessibilidade geográfica para os usuários dos programas, pois muitos terão que deslocar-se por grandes distancias para obter seus medicamentos. As doenças implicadas são principalmente as transmissíveis, como AIDS e tuberculose e/ou debilitantes, como a maioria das que requerem tratamento com os medicamentos excepcionais. Assim, além dos problemas diretos aos usuários que tem seu tratamento dificultado, há o problema da externalidade, pois o tratamento das doenças transmissíveis é importante para reduzir a cadeia de transmissão.

As farmácias públicas de dispensação apresentaram a média diária de 9 horas de funcionamento, contra 14 das farmácias privadas que também funcionam aos finais de semana, em tempo parcial. O horário de funcionamento das farmácias públicas de dispensação foi compatível com o horário de funcionamento das unidades de saúde.

6.4.4 Adequação

Observou-se que o elenco básico pactuado cobria 72,1% dos medicamentos prescritos no setor público. Como não há plano municipal de assistência farmacêutica e o plano estadual de saúde não define meta de cobertura não há maiores possibilidades de se discutir o valor. Sabe-se, no entanto que uma maior adesão dos prescritores aos elencos de medicamentos essenciais pode ser obtido por uma série de intervenções de promoção do uso racional, voltadas tanto à informação, quanto à conscientização dos profissionais e da população. O baixo valor de medicamentos da RENAME encontrado entre os medicamentos mais vendidos – 33,3% sugere uma baixa adesão dos prescritores, principalmente se considerado que 56,3% portavam receitas originadas no setor público.

A existência de itens do elenco básico estadual que não integram a RENAME, ainda que em baixa proporção, sinaliza o problema da falta de integração intersetorial no nível federal, uma vez que constituíam itens cuja apresentação, a despeito da evidência de melhor eficácia e menor risco, não era, à época de boa oferta no mercado, nem mesmo pelos Laboratórios Oficiais, como era o caso da hidroclorotiazida, padronizada na RENAME na apresentação de 25 mg e disponível no mercado na apresentação de 50mg. Para a resolução deste problema, uma melhor articulação do setor saúde com o de produção seria fundamental.

6.4.5 Qualidade de produtos e serviços

Somente 5,4% dos pacientes entrevistados no setor público e 4,6% dos entrevistados nas farmácias privadas perceberam terem sido orientados nos respectivos estabelecimentos quanto ao uso dos medicamentos prescritos.

Conforme previsto na Política nacional de Medicamentos, a assistência farmacêutica deve ter envolvimento direto como a promoção do uso racional de medicamentos, para o que a orientação dos pacientes é uma atividade de suma importância.

O número médio de medicamentos por prescrição foi bastante semelhante, sendo de 2,0 para as farmácias públicas de dispensação e 1,9 para as farmácias privadas. Em seu trabalho, Cosendey encontrou o valor de 2,37 medicamentos por receitas nas unidades pública do estado.

6.4.6 Resultado (outputs e outcomes)

Os indicadores aqui discutidos são propostos como resultado no sentido de representar os produtos finais do processo de acesso.

Encontrou-se que 75,9% dos itens apresentados no setor público foram atendidos e 57,8% dos que foram apresentados no setor privado foram vendidos. No setor público motivo básico do não atendimento é a não disponibilidade do item, enquanto que, no setor privado outros motivos são apresentados, como a falta de dinheiro para a compra ou a consulta de preço.

Encontrou-se que 59,7% dos pacientes do setor público informaram corretamente sobre o uso dos medicamentos prescritos e no setor privado 42,5 o fizeram. Este resultado expressa a proporção dos que, pelo menos quando abordados logo após a consulta e dispensação, retiveram a informação correta sobre o uso dos medicamentos. Ambos resultados são baixos, ainda que melhor para os usuários das farmácias públicas. Não foi medido qual a contribuição direta da farmácias, uma vez que a cadeia de cuidado com potencial de prover informação sobre medicamentos envolve outros profissionais, principalmente o médico.

6.5 Sobre as Organizações não Governamentais abordadas

O Morhan, nasceu no começo da década de 80, no momento em que estavam surgindo vários movimentos sociais. Foi fundado numa antiga colônia em Bauru, São Paulo, centro de referência nacional que fazia cirurgia reabilitadora, por diversas pessoas que tinham hanseníase. Segundo o representante da sede nacional da instituição, Artur Custódio, o estatuto do Morhan já apontava, diferente de outros movimentos de usuários da época, para necessidade de uma interligação com toda a sociedade, incluindo pessoas que tivessem hanseníase, portadores curados, familiares e profissionais de saúde. Prefere estar identificado como um movimento de defesa de cidadania e não apenas como um movimento de usuários ou para usuários, já que muitos dos seus núcleos nasceram do movimento negro, do movimento popular de saúde, movimento de portadores de deficiências e de pessoas ligadas ao movimento de aids. Atualmente, é composto por aproximadamente cem núcleos no país inteiro, e destes setenta são bastante atuantes. Nos Estados com mais de três núcleos, há uma “Estadual” que é uma articulação dos núcleos daquele Estado, na tentativa de estabelecer uma linha única de trabalho. O Morhan dividiu o país inteiro em seis

regionais que atuam com um braço da nacional. A cada dois anos há eleição nos núcleos e nas estaduais, nas regionais e nas nacionais.

O Grupo Pela Vidda (Pela Valorização, Integração, Dignidade do Doente de Aids) foi fundado em 1989, por Herbert Daniel, escritor e ativista político na década de 70 e dos direitos homossexuais e das questões relacionadas à aids e à saúde na década de 80. A falta de uma luta política, onde as pessoas vivendo com HIV e aids pudessem falar na primeira pessoa impulsionou Daniel a criar um grupo de convivência para portadores do vírus, amigos e familiares com o objetivo de lutar pela garantia da cidadania daqueles afetados pela epidemia. O Pela Vidda sempre teve uma marca política forte, desde o início não se configurou a partir de suas ações assistenciais e sim de suas ações de auto-organização, de mobilização da comunidade, de investimento na mídia, de participação dos pública dos debates, de uma melhor resposta do poder público. Essencialmente, garantir que o direito seja cumprido. Atualmente, conta com o serviço de técnicos da área de saúde, diferente do perfil que tinha na época da fundação, mas ainda tem a característica de capacitar as pessoas vivendo com aids para torná-los líderes e motores na luta contra aids. É um compromisso fundamental da instituição.

Hoje, são ao todo seis núcleos do Pela Vidda (Rio de Janeiro, Niterói, São Paulo, Paraná, Vitória, Goiânia), com atuação independente, não há hierarquia ou federação, embora todos tenham sido fundados com base na experiência do Rio de Janeiro e exista uma atuação política bastante articulada entre todos os Pela Viddas. Na sede do Rio de Janeiro atuam cerca de 150 pessoas (público flutuante) e suas ações atingem em média de 10.000 pessoas com palestras, por exemplo. É uma entidade privada sem fins lucrativos, a titulação ONG é apenas um modo como as instituições se identificam. É de utilidade pública estadual (título que o poder legislativo concede, geralmente é a instituição que pleiteia). A utilidade pública federal que possibilita várias isenções fiscais não foi ainda pleiteada pelo Grupo por questões de organização burocrática.

O GIV (Grupo de Incentivo à Vida) é uma ONG/aids fundada em 1990, conta com cerca de cinquenta voluntários regularmente e com um fluxo de cinquenta a sessenta pessoas diariamente. Possui título de utilidade pública Estadual e Federal. O grupo é fundamentalmente de pessoas que vivem com HIV (para fazer parte da diretoria é necessário ter o HIV, já para o conselho fiscal não). Não se identificam como uma organização assistencial e sim como um grupo de vivência terapêutica e reflexão sobre ter HIV. Dentro das atividades estão: a reunião de novos, a reintegração, massagem, cursos de capacitação que visam a reinserção das pessoas no mercado de trabalho. Dos

projetos de geração de renda, apenas o bazar tem dado certo. Possuem parceria com uma ONG no Japão onde fazem um trabalho com pessoas emigrantes do Brasil.

A UNIR (União dos Insuficientes Renais de SP) é uma ONG, formada por pacientes renais, familiares, amigos, profissionais de saúde. Surgiu em 2000, após um racha da APREC (Associação Paulista de Renais Crônicos) entidade que participou de muitas lutas para melhorar as condições de tratamento dos renais crônicos no país. A primeira grande vitória apontada pela entrevistada, Neide Barriguelli (presidente da UNIR) foi conseguir, após dez anos de luta, que o Governo Federal fizesse uma lei garantindo maior rigidez no controle do funcionamento das máquinas de diálise (portaria 2042/96 e atualmente 82/2000).

6.5.1 Participação das ONGs abordadas em Conselhos de Saúde e Relação com parceiros

A garantia de uma vaga no Conselho Nacional de Saúde depende de uma indicação do próprio movimento, além de uma articulação e votação do Fórum de Entidades Nacionais de Portadores de Patologias e Deficiência. O Conselho é percebido como o espaço legalmente constituído que consegue ter como qualidade a reunião de membros de vários segmentos como prestadores de serviço, governo, trabalhadores e usuários. O fórum de patologias tem seis vagas cativas para representantes dos usuários.

Os Conselhos de Saúde são legalmente constituídos para apontar diretrizes de políticas a serem implementadas pelo SUS. Nesse sentido, não são os espaços adequados para a solução de problemas, de conflitos, de demandas específicas de uma patologia ou de uma deficiência. Atualmente, o Conselho Nacional de Saúde não tem discutido essas questões. Na opinião de Scheffer, o espaço para realização dessas discussões ou de reivindicações têm sido os fóruns específicos ou as ações judiciais.

“Daí, a necessidade de você ter organização em defesa desses pacientes. Fortes, atuantes, ocupando todos os espaços possíveis. Acho que falta. Falta fóruns para se discutir isso melhor. Para avançar nessas necessidades mais específicas. Se não tiver organização, aí, é a boa vontade, a hora e a vez que o gestor achar conveniente, que aquele problema vai ser solucionado. Então é a pressão mesmo dessas organizações. Acho que a mídia tem um papel fundamental” (Scheffer).

Segundo Custódio, o movimento dos portadores de Hanseníase tem parceiros pontuais e acredita que muitos têm ainda dificuldade de entender que um movimento

social esteja trabalhando com questões relacionadas a medicamentos. Acredita que o movimento de luta contra aids com toda a sua organização ajudou a romper com isso e mostrou que se pode discutir como eficácia e efetividade assuntos relativos a medicamentos.

O Movimento dos renais crônicos perdeu recentemente o assento no Conselho Nacional de Saúde e hoje é suplente dos representantes de saúde mental. Diferente do movimento de luta contra aids, as instituições do movimento de renais crônicos, segundo Neide Barriguelli, presidente da UNIR, não recebem ajuda financeira do Ministério da Saúde e sim da indústria farmacêutica, que doa medicamentos ou custeia contas importantes para a manutenção da instituição. O outro tipo de receita é oriundo de doação de pacientes. Na visão dos atores institucionais, a subvenção feita pela indústria farmacêutica às ONGs tem a intenção de cooptação. Foi mencionado inclusive que existem representantes das indústrias freqüentando centros de diálise e oferecendo medicamentos diretamente aos pacientes na tentativa de criar pressão para o uso continuado do produto. Esta pressão tem, muitas vezes se traduzido na cada vez mais freqüente abertura de processos judiciais contra o poder público estadual ou municipal para obtenção de medicamentos.

A participação na CONEP (Comissão Nacional de Ética na Pesquisa) significa um ponto importante quanto à questão. Nesta Comissão são conhecidos alguns dos medicamentos que podem vir a ser promissores para doenças como a aids, por exemplo e, além disso, a possibilidade de uma defesa efetiva dos indivíduos que participarão da pesquisa.

“Mas eu, às vezes, reviso projetos de aids. E é incrível Ângela, eu já sei o que tem do outro lado. Eu vou, por exemplo, na publicação de dados. Por exemplo, outro dia, recebi dois projetos da mesma companhia. Não, recebi três já. Do mesmo produtor de medicamento. Falando que eles vão publicar os dados quando for liberada a comercialização. Isso está querendo dizer, entre outras coisas, que se os dados forem negativos, não vão ser liberados? Porque pode ser que a medicação não seja comercializada. Uma coisa que a gente exige é que os dados sejam publicados. Favoráveis ou não. Não é fácil. A gente exige. E os pesquisadores, assinam em baixo” (Jorge Beloqui).

Jorge Beloqui, membro da Comissão e ativista do GIV, ressaltou que as ONGs aprenderam muito com o histórico exemplo do “ensaio Merck”. Este ensaio ficou

marcado, inclusive no âmbito internacional, como uma das maiores vitórias das ONGs/aids contra uma indústria farmacêutica, que insistia em manter um ensaio clínico que colocava em risco a vida de muitas pessoas. A decisão de encerrar a pesquisa trouxe também à tona os problemas dos pareceres produzidos exclusivamente pelas comissões de éticas existentes no local da pesquisa.

Quando se discute da participação dos indivíduos nos ensaios clínicos como uma possibilidade de acesso às inovações, é bom lembrar que muitos só garantem o fornecimento no período da pesquisa. Após isto, o medicamento se tornará mais um objeto de luta para quem necessita, inclusive os voluntários das pesquisas.

6.5.2 Definição de medicamentos essenciais e percepção em relação ao acesso

Houve forte convergência, entre os entrevistados sobre o entendimento de “medicamentos essenciais” como aqueles que são necessários para curar e/ou manter a qualidade (e quantidade) de vida do portador da doença. Isto inclui medicamentos necessários para complicações oriundas desta doença “principal”, assim como para os efeitos colaterais dos medicamentos utilizados no combate a doença de base.

“Essencial é aquele que se você não tiver você não sobrevive. É o que é fundamental para a cura e, às vezes, para a manutenção da qualidade de vida. Então, é o que é fundamental (Neide Barriguelli)”.

No caso dos renais crônicos, faltam ainda medicamentos como hipotensores e vitaminas no elenco fornecido pelo governo. É interessante confrontar esta declaração, feita na perspectiva do usuário, com a proposição oficialmente adotada hoje pela Organização Mundial da Saúde e pela maioria dos governos, incluindo o Brasil, onde os medicamentos essenciais são definidos como “aqueles que satisfazem as necessidades de cuidados de saúde da maioria da população devendo, portanto, estar disponíveis em todos os momentos, nas quantidades adequadas e nas formas farmacêuticas apropriadas a um preço que os indivíduos e a comunidade possa pagar” (WHO, 2001). Claramente, enquanto uma visão é claramente voltada para o indivíduo e a manutenção de sobrevivência e qualidade de vida, a outra se dirige a prioridades da saúde pública.

“Não pensar a pessoa como o bacilo, mas pensar aquele usuário com todos os seus problemas físicos, para processo de cura total” (Artur Custódio).

Scheffer acredita que o acesso universal aos medicamentos de aids acaba sendo uma conjunção de interesses, onde interesses que são conflitantes em muitos momentos convergem quando a questão é medicamentos. Mesmo não sendo uma parceira, as indústrias farmacêuticas multinacionais tornam-se aliadas, pois movidas pelo lucro buscam novas drogas. O governo federal e os gestores estaduais e locais, pressionados pela grande mobilização comunitária que exerce forte controle social, têm também demonstrado vontade política. O Ministério Público foi destacado como um parceiro nas conquistas de causas coletivas.

Mesmo reconhecendo que o acesso aos medicamentos não está restrito à questão da aquisição, já que são necessários investimentos na logística, no planejamento, na distribuição e nos recursos humanos, os entrevistados apontaram problemas com dimensões diferenciadas de acordo com o gestor estadual ou municipal. Nesse sentido, até mesmo retaliações políticas podem impedir a chegada dos medicamentos ao paciente.

“Você tem uma espinha dorsal de acesso, de compra. Quer dizer, até por conta do anti-retrovirais, a compra ser centralizada, a gente sabe que tem remédio para todo mundo. Agora, a forma como ele chega, é diferente nos lugares. E essa história do compromisso, também é muito diferente. Quer dizer, o grau de compromisso do gestor, tem a ver com a adesão desse gestor ao SUS. Com o compromisso desse gestor com políticas sociais mais incluídas, e não são todos (Mário Scheffer)”.

O acordo da OMC, que protege a propriedade intelectual das inovações é hoje motivo de grande preocupação, principalmente entre portadores de patologias que necessitam desses medicamentos. O comércio que impede o direito à saúde é algo visto com muita revolta pelos ativistas.

“A pessoa que tem alguma doença, tem direito também à prevenção de todas as outras. Enfim, o tratamento para suas doenças. Então, eu acho que a gente tem que encarar essa questão da aids, dessa ênfase na aids, e que se deu num campo que está muito interligado globalmente. E a monstruosidade dos novos acordos da Organização Mundial de Saúde, de 95, está mostrando a cara agora. É, eu acho que a aids é um ponto de partida para que as pessoas vejam que barbaridade que é esse entendimento mundial que está sendo negociado através da OMC. Como é possível que alguém possa invocar um tratado de comércio contra o

direito à saúde e à vida de outro? É um estado de direito totalmente incivilizado, totalmente selvagem, desumano, anti-humano, diria eu. Então, isso tem que ser mudado (Jorge Beloqui)”.

No caso dos doentes renais crônicos há, segundo Barriguelli, uma desigualdade na distribuição do medicamento quando se pensa em nível nacional. No Estado de São Paulo, por exemplo, a deficiência na descentralização contribui para irregularidades no abastecimento assim como torna necessária a ida daqueles que foram transplantados no interior a uma cidade próxima de maior porte ou até mesmo à capital para receber o medicamento.

“Aqui em São Paulo, nós descobrimos que eles estão dando na Capital. Aí há para todo mundo, porque nós temos mais força aqui. No interior é mais difícil. Então eu fui ver a compra do medicamento que fizeram, nós somos quase quatorze mil pacientes no Estado de São Paulo. Fizeram uma licitação para o ano. O medicamento só dá para sete mil pacientes. Então, quer dizer, tem alguns que não tomam. Mas, alguma coisa está errada. Não vai dar para um ano. Mas aí eles, quando tem o movimento organizado, o remédio tem (Neide Barriguelli)”.

Os médicos ou clínicas que prescrevem os medicamentos devem ser credenciados pelo SUS e o local de dispensação é, por muitas vezes, centralizado, ocasionando filas e tornando o momento do recebimento desgastante. As pessoas que não têm condições físicas podem enviar parentes ou portadores com procuração, muitos arrumam subterfúgios para minimizar desconfortos.

“... tem uma renalzinha aqui, quinze anos renal. E ela é muito carente, mas ela é dessas que se vira. Então ela pegou procuração de dezoito pessoas e eles pagam cinco reais para ela vim buscar esse remédio todo mês, para eles não ficarem na fila. Ela tinha um conchavo com uma funcionária, que ela chegava aí de manhã, dava as dezoito procurações, de tarde ela ia lá. Pegava o pacotão de remédio, trazia na geladeira aqui. E ia distribuindo. Aí, resolveram que não pode. Que ela só pode pegar de dois pacientes de cada vez. Quando foi, acho que quarta-feira, eu estava saindo daqui, ela estava chegando, com o pacotão dela, eu falei, onde você estava? ‘Ah, estou o dia inteiro, entrando na fila, pega dois, vai para o fim da fila, pega dois’. Isso é tortura. Eu vou fazer a maior confusão. Porque ela tem a procuração ... Eu fui até no

Governador, por causa dessa fila de três horas, porque eu acho ela indecente. Porque obrigar um paciente renal a ficar três horas numa fila é... um absurdo” (Neide Barriguelli).

O exemplo de uma clínica que está utilizando serviço terceirizado de entrega de medicamentos para seus pacientes foi apontado pela entrevistada como uma alternativa para diminuir as filas e melhorar o acesso. No entanto, isto só se concretiza para aqueles que tem recursos financeiros disponíveis.

No caso da hanseníase, um acordo existente entre a OMS e o Brasil, garante a doação dos medicamentos necessários para a cura da Hanseníase até 2005, em troca da erradicação da doença. O fornecimento, por si só, que segundo acordo inicial seria até 2001 não foi, no entanto, suficiente para o fim da doença no país.

O Morhan critica a forma como ainda é feita a administração do medicamento para Hanseníase no país, pois inclui doses supervisionadas, o que obriga a pessoa em tratamento ir a unidade de saúde todo mês para ter acesso. O que poderia ser uma ação para minimizar o abandono do tratamento, passa a ser visto pelo Movimento como uma "forma policialista de tratar". Segundo Custódio, durante o tratamento o paciente só passa pelo médico cerca de duas vezes (para obter o diagnóstico e posteriormente, a alta). A necessidade de mais consultas surge somente em casos de reações adversas consideráveis. Nas visitas subsequentes, o paciente será recebido por uma equipe multidisciplinar que envolve enfermeiros, auxiliares de enfermagem, psicólogos e assistentes sociais.

"Esse, não sei se você percebe na cartela, a cartela ela é assim, ela tem os medicamentos pra 30 dias, e tem uma parte separada, que é o medicamento que a pessoa toma supervisionado. Nesse supervisionado é que tem a Rifampicina, que mata o bacilo, os outros são bacteriostáticos. Para a reprodução. É, enfim, essa dose supervisionada é uma coisa antiga. Porque? É porque na verdade, dose supervisionada tanto pra hanseníase quanto pra tuberculose, do ponto de vista do MORHAN, é uma relação de poder e de desconfiança do profissional. Ela nasceu assim: 'eu não confio que você vai tomar esse medicamento, então você vai tomar na minha frente todo mês'. Só que isso inviabiliza o tratamento de muita gente séria. Tem muita gente que viaja dois, três meses, enfim, que precisava levar o medicamento, é caminhoneiro, não é? Ou tem dificuldade de dinheiro mesmo, de passagem, e com outros problemas. O

serviço de saúde é bastante cruel com essa questão da dose supervisionada. Ela não garante que o cara esteja fazendo seu tratamento corretamente. Porque os outros 30 dias não vai tá na sua frente. Ela só quer garantir que, aquele medicamento que mata o bacilo, cê toma na sua frente e é uma relação de desconfiança, entre o usuário e o profissional. Alguns profissionais estão trabalhando essa dose supervisionada, de uma forma mais humana, dizendo assim: que na verdade é a possibilidade que se tem de melhorar a relação equipe e usuário, já que todo mês ele vai ter que estar lá, apresentando. É menos cruel do que essa coisa da supervisão mesmo em si. Mas eu vi um vídeo (para profissionais de saúde), hiper recente, foi até dois meses atrás, e que o cara reforçava essa coisa policiaisca da dose supervisionada (Artur Custódio)".

A humanização do tratamento na unidade de saúde está diretamente relacionada à queda no número de abandonos. Segundo Custódio, a humanização inclui não só o atendimento direto dos médicos ou enfermeiros aos portadores da doença, mas também a organização do serviço.

"Então quando a gente começa a ver 30, 40 % de abandono, a gente vai pra dentro e vê que o serviço é desorganizado, que a forma de relacionamento dos profissionais com os usuários é ruim. Então, pra nós é um indicador muito forte. Raras exceções, da questão da qualidade de atendimento. Da humanização, enfim de outras questões. Então da mesma forma, trazer o usuário lá todo mês, não garante que ele esteja tomando na sua casa. A gente já cansou de ver, o cara dava a volta e jogava a cartela fora. Tomava só aquele, que era pra não chegar aerograma em casa, que iria aborrecê-lo. Não significa que você tenha conseguido criar a consciência ... (Artur Custódio)".

Vale ressaltar que o acesso ao tratamento deve incluir não só o medicamento como também exames complementares necessários e um serviço de saúde estruturado para que seja bem sucedido.

6.5.3 Atuação das organizações, com enfoque nas ações relativas ao acesso a medicamentos

Todas as instituições têm sua luta marcada pela defesa da cidadania dos portadores das doenças que representam.

Das ações do Morhan no campo da assistência farmacêutica, uma das principais lutas foi a defesa do fornecimento do medicamento clofazimina embalado em blister, pois chegava as unidades em grandes pacotes e era fornecida em saquinhos plásticos (tipo “sacolê”) com farinha para impedir que um comprimido colasse no outro. O fim da CEME, também foi um momento de luta pois trouxe de volta a discussão da política de aquisição e distribuição dos medicamentos de Hanseníase. Uma resolução no Conselho Nacional de Saúde aprovada por unanimidade recomendava que a prednisona e a talidomida, assim como medicamentos especiais para reações fossem fornecidos pelo Ministério da Saúde. Além disso, solicitava o incentivo de pesquisas de novos medicamentos para efeitos secundários da doença.

O Grupo Pela Vidda tem articulações internacionais e nacionais para a luta por acesso a medicamentos essenciais para as pessoas vivendo com HIV/aids. No nível nacional, os Grupos Pela Viddas tem representantes no Grupo Temático da UNAIDS, no Comitê Nacional de Vacinas, Conselhos Municipais de Saúde, participaram da Conferência Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Aids, Fóruns Estaduais de ONGs/Aids, Comissão Estadual de Aids.

A descentralização faz com que estados e municípios tenham um compromisso desigual com a questão da aids, segundo o entrevistado. O acesso aos medicamentos que não estão disponíveis na rede pública, mas essenciais para aqueles que vivem com aids tem sido possível com ações na justiça contra o Estado e pressões políticas.

A separação entre a UNIR e a APREC se deu, segundo Barriguelli, após a compra pelo governo de Santa Catarina de uma ciclosporina similar com um preço baixo e sem qualidade comprovada e a consequente discussão no nível nacional sobre os efeitos disto na vida dos doentes renais crônicos.

"E aí eu fui acusada de estar defendendo a multinacional. Porque era um remédio que tem vinte anos no mercado! Não é nenhuma aspirina (Neide Barriguelli)".

A confiança no medicamento de marca que era fornecido até então, disparou uma série de acusações e gerou episódios de desconfianças entre membros dirigentes da

APREC. A ação das indústrias farmacêuticas que lutavam pelo espaço no mercado foi provocou danos consideráveis dentro do movimento.

"... E aí essa empresa comprou... um deles está aí. Está arrependido agora, ele denunciou todo o esquema. Comprou eles por dez mil reais. Eles me destituíram da presidência. E hoje eles são propagandistas desse laboratório. Só que aí, eles me destituíram como associada. Que era para eu perder a minha representação nos Conselhos, não é? Então foi um processo muito difícil (Neide Barriguelli)".

"Aí o Ministério se encantou, porque era barato, não é? Porque ele era registrado como similar. A gente tinha informações do exterior, que um estudo clínico que eles apresentaram tinha irregularidades. A revista original, não batia com a revista, com o que eles entregaram na vigilância. Então era um horror, o negócio. Só que levou um ano essa briga. Eles conseguiram uma Ciclosporina diferente, boa. Aí fizeram os exames todos que nós exigimos, e hoje ela é genérica. Então provou que... Mas eles trouxeram outra. Porque aquela primeira, não era. Vinha da China. A gente sabia. E essa hoje é italiana. Sei que foi um processo muito difícil. O quê que resultou? Resultou que dividiu os renais no país. Porque aqueles que se corromperam ficaram de um lado. Os que não se corromperam, ficamos do outro, não é? A Federação continua (Neide Barriguelli)".

A UNIR, entidade formada por voluntários, fornece informações, doa ou vende medicamentos. Diferente dos grupos de luta contra aids, não tem projetos com o Ministério de Saúde e mantém uma estreita relação com as indústrias farmacêuticas ou farmácias de manipulação que colaboram com doações para seu funcionamento.

6.5.4 Alternativas apontadas pelas ONGs para o acesso aos medicamentos essenciais.

Todos defendem a produção nacional de medicamentos como uma possibilidade de autonomia em relação às indústrias multinacionais e uma forma de garantir acesso no futuro. Enquanto na aids o debate atual está centrado na quebra de patentes, na hanseníase não há este problema, já que os medicamentos são muito antigos. A luta é pelo incentivo a estudos de novos medicamentos, pois segundo Custódio, isso não tem sido uma realidade, em virtude do baixo lucro que as indústrias teriam.

“Pelo menos o meu compromisso, o compromisso do Pela Vidda, e acho que de uma parte do movimento – isso já está em resoluções de fóruns, de encontros – é a defesa intransigente da política dos genéricos. Eu acho que isso já está provado que um pacto disso, não só em economia de custos, mas isso significa realmente o acesso a ampliação do acesso, ou a garantia mesmo do acesso. Está provado de que se a gente não produzisse em nível local, a gente não conseguiria dar todos os remédios para cem mil pessoas. Ou o custo seria tão grande, que não seria possível. Mas hoje você tem toda essa desconfiança em relação aos similares. Ninguém prova nada. Ninguém, enfim. Não há indícios concretos da má qualidade dos similares, mas é algo que tem que ser resolvido, de uma vez por todas. Tem que se chegar à conclusão de que são tão bons quanto os de marca. E aí me preocupa muito, e não é só no movimento de aids. Isso a gente tem acompanhado com os renais crônicos, e agora mais recentemente com o remédio da leucemia, que é a apropriação. A indústria farmacêutica, ela acaba se apropriando do movimento, das ONGs, para defender o seu medicamento” (Mário Scheffer).

Foi também manifestada a opinião de que, após a quebra de patentes, os laboratórios estatais deveriam investir na criação de novas formulações a partir de medicamentos que até então pertenciam às diversas indústrias multinacionais como uma alternativa para o acesso a novos tratamentos, principalmente de aids.

“Daí, a função da indústria de genéricos. Ele não tem esse empecilho (da patente). Ela poderia tranqüilamente pesquisar essas combinações. Ali é um laboratório público. Inovar, por exemplo, no sentido de mostrar a limitação que essas leis de patentes também têm para o mundo. No sentido de, por exemplo, nós podemos melhorar a adesão, e vocês com essas patentes não podem (Jorge Beloqui)”.

A participação dos planos de saúde no custeio dos medicamentos (ou em parte deles) também foi apontada como alternativa para promoção do acesso aos medicamentos essenciais para parte da população.

“Você, quando tem um plano de saúde, esse plano muitas vezes inclui medicamento. Provavelmente é 50% / 50%, 75% / 25%. Bom, então eu acho que o plano de saúde cobriria a parte dele e talvez o Estado, se

quiser fazer o acesso universal cobriria a outra parte. Ou o Estado venderia o remédio que está produzindo aqui, remédio público, para o seguro de saúde. Que também faria baixar o preço. Setor Privado da saúde é um setor muito grande. Abrange muitas pessoas. Não é pouca coisa. Ele não cumpre uma função social e isso é dever do Estado exigir. E nossa também, não é?”

Limitações do estudo

Além das limitações quanto a aspectos específicos, já apontadas ao longo da exposição dos resultados, como a principal de aspecto geral a da baixa validade externa, decorrente da estratégia de estudo escolhida de estudo de caso único. Para reduzir este problema, procurou-se trabalhar com número ampliado de unidades de observação (20 municípios). Ainda, a orientação do estudo a partir da definição de um modelo lógico, buscando apontar a influência do contexto, é também uma medida para aumentar a validade externa dos estudos de caso. Contudo, não é possível afirmar que os aspectos privilegiados no estudo como abordagens quanto ao contexto – o contexto organizacional e a opinião de representantes de organização de pessoas atingidas por doenças esgotem as possibilidades de maior influência quanto ao acesso aos medicamentos no nível local.

Também, como apontado por Hartz *et al.* (no prelo), um determinado modelo lógico é uma, dentre muitas possibilidades de explicação da realidade. Ao buscar abarcar diferentes níveis de complexidade, os modelo de avaliação em saúde não dão conta de ser

7 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O modelo lógico proposto permitiu visualizar a interrelação dos componentes da assistência farmacêutica com as dimensões do acesso aos medicamentos. Tendo em vista que os resultados foram coerentes com as estruturas e processos observados, apontamos o modelo como adequado.

Considerando ambos modelos utilizados, o grau de implantação da assistência farmacêutica se apresentou como crítico, com importantes fragilidades em todos os

componentes analisados. No entanto, achados favoráveis em alguns municípios apontam a possibilidade de funcionamento adequado dentro da realidade do estado.

Foram utilizados indicadores de acesso a medicamentos que permitem expressar o panorama, ainda que do ponto de vista institucional e dos usuários do sistema, significando que não captura a situação daqueles que sequer conseguem utilizá-lo. Assim, também as barreiras ao cuidado se apresentam como um problema a mais para o acesso aos medicamentos.

As declarações dos representantes dos usuários mostram que a população tem ganhado consciência crescente de seu poder de mobilização e reivindicação de direitos. É interessante notar que intervenções defendidas enquanto avanços terapêuticos, como a dose supervisionada de medicamento, pode ser compreendida como um procedimento “retrógrado e castrador” por estas pessoas. Ao mesmo tempo a parceria que a indústria farmacêutica oferece é entendida, em alguns casos, como contribuição importante. Estas observações chamam atenção para que o poder público concentre mais esforços no sentido promover intervenções mais voltadas para a informação e educação quanto ao uso racional de medicamentos. Isto inclui, por exemplo, trabalhar de forma mais efetiva o conceito de medicamentos essenciais, desenvolvendo política articuladas para sua promoção. Da mesma forma, inclui, conferir maior transparência quanto aos programas desenvolvidos, divulgando, por exemplo de forma ampla, o desempenho financeiro dos diferentes programas no nível local, cotejados com a população atendida.

Assim, os representantes das organizações não governamentais foram capazes de explicitar, de sua perspectiva diferentes problemas vivenciados pelos usuários. Foram também evidenciadas falta de clareza quanto a políticas implementadas de acesso a medicamentos, sinalizando a necessidade de melhor diálogo por parte dos órgãos governamentais, incluindo os serviços de saúde.

Tem havido no Brasil, a tendência de ampliar as possibilidades de parceria do setor público com o setor privado, como foi o caso da proposta brasileira no estudo SEAM (Brasil, 2001). Neste caso, o desenvolvimento de modelos de avaliação de fácil execução para acompanhar o desenvolvimento das atividades e o desempenho do setor privado ganham especial importância. Esperamos, com este estudo, ter contribuído para o melhor desempenho desta parceria nos diferentes níveis de regulação.

O estudo permitiu evidenciar vários pontos de fragilidades tanto da assistência farmacêutica pública quanto privada, ambas oferecendo oportunidade de intervenção governamental, seja de regulação, seja de execução.

Os resultados encontrados foram coerentes, ou seja, a um nível crítico de implantação da descentralização da assistência farmacêutica no nível local, corresponde uma série de problemas quanto ao acesso aos medicamentos, como o desabastecimento e a baixa capacidade de intervenção quanto à promoção do uso racional de medicamentos.

Consideramos que o trabalho permitiu avaliar adequadamente o acesso aos medicamentos essenciais e a implantação da política nacional de medicamentos e o programa de assistência farmacêutica básica no estado do Rio de Janeiro.

As etapas críticas do estudo foram o desenvolvimento do modelo teórico e lógico e do plano de análise, em que pese a contribuição de proposições já existentes. Uma vez ultrapassadas estas etapas críticas e, se aceitas como adequadas, o desenvolvimento operacional do estudo demonstrou-se exequível, e os resultados podem ser apresentados com simplicidade sem perda da consistência técnica e do poder informativo.

Quanto a recomendações específicas, chama-se atenção de que a informação constitui uma ferramenta essencial ao processo de gestão, fundamentando o processo de decisão e permitindo acompanhar o alcance dos esforços empreendidos. No entanto, a informação somente surte efeito se utilizada no nível em que é gerada.

O estado do Rio de Janeiro mostrou um fraco desempenho quanto à implantação da PNM no nível local, bastante vinculado ao desempenho gerencial neste nível. Após a coleta dos dados, tivemos a oportunidade de participar da organização de 2 oficinas macro-regionais e uma estadual para treinamento dos gerentes do nível local. Baseado também no fato de que o Plano Estadual de Saúde 2001-2004 contempla, dentre os objetivos específicos propostos para o período o de “desenvolver sistema de informações em Assistência Farmacêutica para melhoria do acesso ao medicamento” (SES, 2002:67), propusemos um modelo de avaliação para ser desenvolvido no nível local (Anexo 6, p. 224). Uma questão importante é que, diferente do que foi feito neste trabalho, onde o enfoque era principalmente acadêmico, as metas propostas para cada indicador devem ser desenvolvidas de forma participativa, envolvendo o gestor local.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABAJO, F.J., 2001. El medicamento como solución y como problema para la salud pública. Una breve incursión a los objetivos de la farmacoepidemiología. *Revista Española de Salud Pública*, 75: 281-284.
- ADAY, L. & ANDERSEN, R., 1974. Marco Teórico para el estudio del acceso a la Atención Médica. In: *Investigaciones sobre servicios de salud* (K.L. White, ed.), pp. 604-613, Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- ADAY, L.A. & ANDERSEN, R.M., 1981. Equity of access to medical care: a conceptual and empirical overview. *Medical Care*, XIX(12): 4-27.
- ÁLVAREZ, B.; PELLISÉ, L. & LOBO, F., 2000. Sistema de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2): 55-69.
- ANDERSEN, R.M., 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care. Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36:1-10.
- ANDRADE, L.O.M.; PONTES, R.J.S. & MARTINS Jr., T., 2000. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. *Pan American Journal of Public Health* 8(1/2):85-88.
- ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), 2003. <http://www.anvisa.gov.br> em 30 julho de 2003.
- ARHINFUL, D.K.; DAS, A.M.; HADIYONO, J.P.; HIGGINBOTHAM, N.; IYUN, F.B.; QUICK, J. & ROSS-DEGNAN, D., 1996. *How to use applied qualitative methods to design drug use interventions*. Draft. Arlington: INRUD.
- ARRAIS, P.S.D.; LUTÉSCIA H.L. C.; BATISTA, M.C.D.S.; L. CARVALHO, M.L.; RIGHI, R.E. E ARNAU, J.M. 1997. Perfil da automedicação no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 31(1) : 71-7.
- BAKKE, °M.; MANOCCHIA, M.; ABAJO, F.; KAAITIN, K.I. & LASAGNA, L., 1995. Drug safety discontinuations in the United Kingdom, the United States, and Spain from 1974 through 1993: a regulatory perspective. *Clinical Pharmacy and Therapeutic*, 58(1): 108-117.
- BENNETT, S; QUICK, J.D. & VELÁSQUEZ, G, 1997. Public-private roles in the pharmaceutical sector: implications for equitable access and rational drug use. *Health Economics and Drugs*. DAP series no 5. WHO/DAP/97.12.
- BERMUDEZ, J.A.Z., 1992. *Remédios: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dará.
- BERMUDEZ, J.A.Z., 1995. *Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade*. Série Phármakon 2. São Paulo: Hucitec-Abrasco.
- BERMUDEZ, J.A.Z., 1997. Produção de Medicamentos no setor governamental e as necessidades do sistema único de saúde. In: *A Construção da Política Nacional de Medicamentos* (Bonfim, J.R. de A. & Mercucci, V.L., org). pp 72-80, São Paulo: Hucitec/ABRASCO.
- BERMUDEZ, J.A.Z., 2001. Au Brésil, le triomphe des génériques. *Biofutur*, 210:40-42.

- BERMUDEZ, J.A.Z., 2002. Expanding Access to Essential Medicines in Brazil: Recent Economic Regulation, Policy-making and Lessons Learnt in *The Economics of Essential Medicines* (Brigitte Granville, Ed.). London: Royal Institute of International Affairs, pp. 178-197.
- BERMUDEZ, J.A.Z.; EPSZTEIN, R.; OLIVEIRA, M.^a & HASENCLEVER, L., 2000b. *O acordo TRIPS da OMC e a proteção patentária no Brasil – mudanças e implicações para a produção e o acesso da população aos medicamentos*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP.
- BERMUDEZ, J.A.Z.; OLIVEIRA, M.A.; EPSZTEIN R. & HASENCLEVER, L., 2000a. Implicações do Acordo Trips e da Recente Lei de Proteção Patentária no Brasil na Produção Local e no Acesso da População aos Medicamentos. In: *Ciência & Saúde Coletiva, Resumos*, 5[supl 2000]: 13. Salvador: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.
- BERMUDEZ, J.A.Z.; ROMERO, C.N.P.; MOSEGUI, G.B.G; OLIVEIRA, M.A.; COSENDEY, M.A.E.; LUIZA, V.L. & HARTZ, Z.M.A., 2000c. Modelo Lógico para avaliação do acesso aos medicamentos essenciais. In: *Ciência & Saúde Coletiva, Resumos*, 5[supl 2000]: 441. Salvador: VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva.
- BIASOTO Jr, G. & NISHIJIMA, M., 2003. Uma análise estratégica da universalização, in: *Saúde e Previdência Social. Desafios para o Terceiro Milênio* (F.Bayma & Kasznar, I, org.). pp 185-194, São Paulo: Pearson Education do Brasil, Ltda.
- BINDMANACH, K, A.B.; GRUMBACH, K.; OSMOND, D.; KOMAROMY, M.; VRANIZAN, K.; LURIE, N.; BILLINGS, J. & STEWART, A., 1995. Presentable hospitalizations and Access to Care. *Journal of the American Medical Association*, 274(4):30.
- BLAZER, D.G.; LANDERMAN, L.R.; FILLENBAUM, G.; HORNER, R., 1995. Health Services Access and Use among Older Adults in North Carolina: Urban vs Rural Residents. *American Journal of Public Health*, 85(10):1384-1390.
- BRASIL, 1988. Constituição (1988). Título VIII, Capítulo II, Seção II, Da Saúde. *Constituição [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado Federal. 01 de julho de 2001 <<http://www.saude.gov.br>>
- BRASIL, 1990. Lei nº 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. 01 de julho de 2001 <<http://www.saude.gov.br>>
- BRASIL, 1993. Lei Nº 8666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, Inciso XXI, da Constituição Federal, Institui Normas para Licitações e Contratos da Administração Pública e dá outras Providências. Brasília, DF: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Atualizada e republicada em 06/07/1994, P. 10149
- BRASIL, 1996. Lei nº 9.279, de 14 de maio de 1996. Regula direitos e obrigações relativos à propriedade Industrial. Brasília, DF: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. 15/05/1996, p. 8353
- BRASIL, 1999a. Lei nº 9787 de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei no 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. 01 de julho de 2001 <<http://www.saude.gov.br>>

- BRASIL, 1999b. Portaria nº 176, de 08 de março de 1999. Incentivo a Assistência Farmacêutica Básica. Brasília, DF: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, 11 de março de 1999.
- BRASIL, 2000. Medida Provisória nº. 2.026-7, de 23 de novembro de 2000. Institui, no âmbito da União, nos termos do art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências. Brasília, DF: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil* 24 nov. 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde, 1995. Portaria nº 2, de 24 de Janeiro de 1995. Considera como medicamentos de venda, sem exigência de prescrição médica, os produtos abrangidos nos grupos terapêuticos especificados na relação anexa. Brasília, DF: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*.
http://www.anvisa.gov.br/legis/portarias/2_95.htm
- BRASIL, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 1998. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. 01 de julho de 2001 <<http://www.saude.gov.br>>
- BRASIL, MS (Ministério da Saúde), 2001. Portaria n.548, de 12 de abril de 2001. Aprova, na forma do Anexo da Portaria, o documento "Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS". Brasília: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*.
- CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2000. *Relatório da CPI – Medicamentos*. Comissão Parlamentar de Inquérito destinada a investigar os reajustes de preços e a falsificação de medicamentos, materiais hospitalares e insumos de laboratórios. Brasília: Senado Federal.
- CAMPBELL, S.M.; ROLAND, M.O. & BUETOW, S.A., 2000. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51:1611-1625.
- CÁRDENAS, F.E., 2002. Palestra na Mesa Redonda: “Acesso a medicamentos e assistência farmacêutica: O gestor federal e o controle social”. *Seminário Internacional. Os Desafios para uma Assistência Farmacêutica Integral*. Promovido em comemoração ao Centenário da OPAS. 30 de setembro a 2 de outubro de 2002. Brasília: OPAS/OMS. 01 de fevereiro de 2003
<<http://www.opas.org.br/medicamentos>>
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention), 1999. Framework for program evaluation in public health. *Morbidity and Mortality Weekly Report - MMWR*, 48(RR11):1-40.
- CHEN, H-T., 1990 *Theory Driven Evaluations*. Newbury Park-London-New Delhi: Sage Publications.
- CIPR (Commission on Intellectual Property Rights), 2002. *Integrating Intellectual Property Rights and Development Policy*. London: CIPR.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.L. & AVARGUES, M.C., 2000. L’evaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Epidémiologie et Santé Publique*, 48:517-539.
- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J.L. & PINEAULT, R., 1997a. A Avaliação na Área da Saúde: Conceito e Métodos In: *Avaliação em Saúde Dos Modelos Conceituais à Prática da Implantação de Programas* (Hartz, Z. M. de A., org.), pp. 29-47, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

- CONTANDRIOPOULOS, A.P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J.L. & BOYLE, P., 1997b. *Saber preparar uma pesquisa*. 2ª ed São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco.
- CORDEIRO, H., 2001. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2):319-328.
- CORREA, C., 2001. *Integrando la salud pública en la legislación sobre patentes de los países en desarrollo*. Geneva: South Centre.
- COSENDEY, M.A.E., 2000. *Análise da Implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- COSENDEY, M.A.E.; HARTZ, ZMA & BERMUDEZ, JAZ, 2003. Validation of a tool for assessing the quality of pharmaceutical services. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2):395-406.
- CUNNINGHAM, W.E.; HAYS, R.D.; Ettl, M.K.; DIXON, W.J.; LIU, R.C.C.; BECK, C.K. & SHAPIRO, M.F., 1998. The prospective effect of Access to Medical Care on Health-Related Quality-of-Life Outcomes in Patients with Symptomatic HIV Disease. *Medical Care*, 36(3):295-306.
- CUNNINGHAM, W.E.; HAYS, R.D.; WILLIAMS, K.W.; BECK, K.C.; DIXON, W.J. & SHAPIRO, M.F., 1995. Access to medical care and health-related quality of life for low income persons with symptomatic human immunodeficiency virus. *Medical Care*, 33(7):739-754.
- CURRAT, L. J. & FEACHEM, R. G.A., 2002. *The 10/90 Report on Health Research 2001-2002*. Global Forum for Health Research. www.globalforumhealth.org
- DATASUS/SIOPS, 2003. *Despesas em saúde*. 01 de maio de 2003 <www.datasus.gov.br>
- DENIS, J.L. & CHAMPAGNE, F., 1997. Análise de implantação. In: *Avaliação em Saúde - Dos Modelos Conceituais à Prática da Implantação de Programas* (Hartz, Z.M.A., org.), pp 49-88. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- DIVISION OF FAMILY HEALTH AND DIVISION OF EPIDEMIOLOGY/WHO (World Health Organization), 1993. *Rapid Evaluation Method Guidelines for Maternal and Child Health, Family Planning and other Health Services*. WHO:MCH-FPP/MEP/ 93.1. Geneva: WHO.
- DONABEDIAN, A., 1984. *La Calidad de La Atención Médica: Definición e Métodos de Evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública), 2003. *Network for Monitoring the Impact of Globalization and TRIPS on Access to Medicines*. Meeting Report. Rio de Janeiro: ENSP.
- FERNANDES, M.E.P., 1997. *A utilização de medicamentos na atenção à saúde, em nível domiciliar, no município de Fortaleza*. Dissertação de Mestrado, Fortaleza: Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará.
- FIP (Federação Internacional Farmacêutica), 1997. *Declaracion de Principios de la FIP. La buena practica en las donaciones de medicinas*. The Hague: FIP.
- FIUZA, E.P.S. & LISBOA, M.B., 2001. *Bens credenciais e poder de mercado: um estudo econômico da indústria farmacêutica brasileira*. Texto para Discussão N° 846. Rio de Janeiro: IPEA.

- FLEURY, S., 2000. Reforming Health Care in Latin America: Challenges and Options - Chapter 1. In: *Reshaping Health Care in Latin America. A Comparative Analysis of Health Care Reform in Argentina, Brazil, and Mexico* (Fleury, S.; Belmartino, S. & Baris E., ed.), pp. 6-21, Toronto: International Development Research Centre (IDRC).
- FORREST, C.B. & STARFIELD, B., 1998. Entry into Primary Care and Continuity: The Effects of Access. *American Journal of Public Health*, 88(9): 1330-36.
- FRENK, J., 1992. El Concepto y la Medición de ACESSIBILIDAD. In: *Investigaciones sobre servicios de salud* (K.L. White, ed.), pp. 929-943, Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- GERSCHMAN, S., 1999. Las reformas del Estado, de las políticas sociales y de salud. Un balance del final del milenio. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(2):293-302.
- GOLD, M., 1998. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare. *Health Services Research*, 33(3): 625-651.
- HALAL, I.S.; SPARRENBERGER, F.; BERTONI, A.M.; CIACOMET, C.; SEIBEL, C.E.; LAHUDE, F.M.; GILSON, A.M.; BARRETO, L. & LIRA, R.C.A., 1994. Avaliação da qualidade de Assistência primária à saúde em localidade urbana da região sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 28(2)131-6.
- HARTZ, Z. M. A, SABROZA, P., SANTOS, E. M. & CAMACHO, L. A. B. no prelo. Elementos teórico-práticos aplicáveis à pesquisa em avaliação dos programas para controle de endemias in *Avaliação em saúde – dos conceitos à prática na avaliação de programas de controle de endemias* (Hartz, ZMA; Santos, EM & Natal, S., org). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. no prelo.
- HARTZ, Z.M.A., 1997. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: *Avaliação em Saúde - Dos Modelos Conceituais à Prática da Implantação de Programas* (Hartz, Z.M.A., org.), pp. 19-27, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- HASENCLEVER, L., 2002. *Diagnóstico da Indústria Farmacêutica Brasileira. (Relatório do Projeto 914BRZ58)* Rio de Janeiro: UNESCO/FUJB/ Instituto de Economia/UFRJ.
- HORTALE, V.A.; PEDROZA, M. & ROSA, M.L.G., 2000. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1): 231-239.
- IGUN, U.A., 1987. Why we seek treatment here: retail pharmacy and clinical practitioner in Midguri, Nigeria. *Social Science & Medicine*, 24(8): 689-695.
- INSALUD (INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD), 1998. *Guía para la evaluación y mejora de los servicios de farmacia hospitalaria*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. 07 de janeiro de 2000
<<http://www.sefh.es/guiafarmacia/pagina3.htm>>
- IPEA/Fundação João Pinheiro/PNUD (Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), 2001. Novo Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. 06 de maio de 2003
<<http://www.undp.org.br>>
- JOHNSON J.A., BOOTMAN J.L., 1995. Drug-related morbidity and mortality: a cost-of-illness model. *Archives of Internal Medicine*, 155:1949-1956.

- KESSNER D.M.; KALK, C.; SINGER, J., 1973. Assessing Health Care Quality: the case for tracers. *New England Journal of Medicine*, 280[4]:189-193.
- KIEFE, C.I. & HYMAN, D.J., 1996. Do public clinic systems provide health access for the urban poor? A Cross-sectional Survey. *Journal of Community Health*, 21(1):61-70.
- KING, J.A.; Morris, L.L. & Fitz-Gibbon, C.T., 1987. *How to assess program implementation*. California: Sage Publications.
- KUTZIN, J., 2000. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56: 171-204
- LARSON, J. W., 1998. Patient satisfaction with delivery of products and information by an ambulatory care pharmacy. *American Journal of Health Care-System Pharmacists*, 55(15): 1025-1033.
- LUIZ, S., 1997. *Farmácia: falcaturas nos balcões de farmácias*. Foz do Iguaçu: Imed Editora.
- LUIZA, V. L.; OSORIO-de-CASTRO, C.G.S. & NUNES, J.M., 1999. Aquisição de medicamentos no Setor público: O Binômio Qualidade-Custo. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4) 769-776.
- LUIZA, V.L., 1994 *Perfil de Prescrição e de uso de medicamentos no Hospital Evandro chagas, Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- MACHADO DOS SANTOS, S.C., 2001a. *Melhoria da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil: os desafios impostos pela dinâmica da "competição extra-preço"*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.
- MACHADO DOS SANTOS, S.C., 2001b. Assistência Farmacêutica: um componente essencial da atenção à saúde. *Cadernos Conass*, nº 7.
- MACKEIGAN, L.D. & LARSON, L.N., 1989. Development and Validation of an Instrument to Measure Patient Satisfaction with Pharmacy Services. *Medical Care*, 27(5): 522-536.
- MADRID, I.; VELÁSQUEZ, G. & FEFER, E., 1998. *Pharmaceuticals and Health Sector in the Americas: an economic perspective*. Washington, D.C.: PAHO/WHO.
- MARIN, N.; LUIZA, V.L.; OSÓRIO DE CASTRO, C.G.S. & MACHADO DOS SANTOS, S.C., 2003. *Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais*. Rio de Janeiro: ABRASCO.
- MCISAAC, W.; NAYLOR, C.D.; ANDERSON G.M., AND O'BRIEN, B.J., 1994. Reflexions on a month in the life of the Ontario Drug Benefit Plan. *Canadian Medical Association Journal*, 150: p. 473-77.
- MIRALLES, M.A. & KIMBERLIN, A.L., 1998. Perceived Access to Care and Medication Use among Ambulatory Elderly in Rio de Janeiro, Brazil. *Social Sciences and Medicine*, 46(3):345-355.
- MOLINA, R.; PINTO, M.; HENDERSON, P. & VIEIRA, C., 2000. Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(1/2): 71-83.

- MOR, V., 1993. Developing Indicators of Access to Care: The Case for HIV Disease. Access to Health Care in America. *The National Academy of Sciences*. 15 Abril 2003 <<http://www.nap.edu/openbook/0303047420/html>>
- MS (Ministério da Saúde), 1996. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 96)*. 30 Agosto de 2001 <<http://www.saúde.gov.br/descentralização>>
- MS (Ministério da Saúde), 2000. *Sistema Único de Saúde (SUS): descentralização*. Brasília: Secretaria Executiva, Ministério da Saúde.
- MS (Ministério da Saúde), 2001. *Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica: o que é, como funciona*. Brasília: Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde.
- MS/SEx (Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde), 2001. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Série A. Normas e Manuais Técnicos 116. Brasília: MS.
- MS-CENEPI-FNS (Ministério da Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia, Fundação Nacional de Saúde), 1997. I Consenso Brasileiro de Tuberculose. *Journal of Pneumology*, 23(6): 281-342.
- MSF (Médecins Sans Frontières), 2001. *Desequilíbrio fatal – A crise de pesquisa e desenvolvimento de drogas para doenças negligenciadas*. Genebra: Médecins Sans Frontières – MSF, Campanha de Acesso a Medicamentos Essenciais e Grupo de Trabalho de Drogas para Doenças Negligenciadas.
- MSH, (Management Sciences for Health), 1997. *Managing Drug Supply. 2nd Ed.* Connecticut, USA: Kumarian Press.
- MSH/RPMP (Management Sciences for Health/ Rational Pharmaceutical Management Project), 1995. Arlington: Rapid pharmaceutical management assessment: an indicator-based approach. USA
- NEGRI, B., 1999. Ações prioritárias na Atenção Básica em Saúde. Assistência Básica: Financiamento, descentralização e equidade. *Revista Saúde da Família*, nov/99: 10-11.
- NIHCM (National Institute for Health Care Management), 2002. *Changing Patterns of Pharmaceutical Innovation*. Washington:NIHCM Foundation.
- NOVAES, H.M.D., 2000. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 34(5):547-59.
- OECD (Organization for Economic and Cooperation and Development), 2003. *Members list*. 05 June 2003 <<http://www.oecd.org/EN/countrylist/0,,EN-countrylist-0-nodirectorate-no-no-159-0,00.htm>>
- OLIVEIRA, M.A.; ESHER A.F.S.C.; SANTOS, E.M., COSENDEY, M.A.E.; LUIZA, V.L. & BERMUDEZ, J.A.Z., 2002. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(5):1429-1439.
- OMS (Organización Mundial de la Salud), 1993. *El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud*. Informe de la reunion de la OMS. Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993. Genebra: OMS.

- ONU (Organização das Nações Unidas), 1948. Resolução 217A (III) of 10 December 1948. Declaração Universal dos Direitos Humanos. 24 de abril 2003
<<http://www.un.org/Overview/rights.html>>
- OPS (Organización Panamericana de la Salud), 2000. *Informe Anual del Director: El progreso en la salud de la población..* Washington, DC: OPS.
- PACHECO, F.; AGUIAR, M.G.G. & QUEIROZ, A. M., 1998. *Diagnóstico da Assistência Farmacêutica do Estado da Bahia*. Salvador: Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia e Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica.
- PÉCOUL, B.; CHIRAC, P.; TROUILLER P. & PINEL, J., 1999. Access to Essential Drugs in Poor Countries: A Lost Battle?. *Journal of the American Medical Association*, 281 (4): 361-367.
- PENCHANSKY, D. & THOMAS, J., 1981. The Concept of Access: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, XX (2): 127-140.
- PEPE, V.L.E. & OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S, 2000. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(3):815-822.
- PEREIRA, LAM; BONTEMPO, VL; COELHO, MC; BRACCINI, CM & MESQUITA, FS., 2000. Farmácias Distritais de Contagem. Contagem:Prefeitura de Contagem.
- RÊGO, E.C.L., 2000. Políticas de Regulação do Mercado de Medicamentos: a experiência internacional. *Revista do BNDES*, 7:367-400.
- REIS, C.O.O., 2001. Uma estimativa dos gastos das famílias em saúde. In: *Brasil: radiografia da Saúde* (Negri, B, & Giovanni, G. D., org), pp. 395-406, Campinas: IE/UNICAMP.
- RIO DE JANEIRO (Estado), 2002. Plano Estadual de Saúde 2001-2004 Aprovado pelo CES em deliberação nº 18 de 22 de fevereiro de 2002. Estados e Municípios juntos superando as desigualdades. Rio de Janeiro: *Diário Oficial [do] Estado do Rio de Janeiro*, Ano XVIII, nº 63 A, p. 42, 06 abril, pt.1.
- SANTOS, B. S., 1998. *Reinventar a Democracia*. Lisboa: Ed. Fundação Mario Soares.
- SERRA, J., 1999. *Depoimento do Ministro José Serra, À CPI Sobre Preços de Medicamentos no Brasil em 02/12/99*. Transcrição revisada. Brasília: Ministério da Saúde (Mimeo).
- SIDALAC (Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe), 2001. *Guía Técnica para la estimación de Cuentas Nacionales en VIH/SIDA*. Ciudad de México: FUNSALUD (Fundación Mexicana para la Salud) y GSD Consultores Asociados, El Arenal.
- SILVA, R.C.S, 2000. *Medicamentos Excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil*. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz..
- SILVA, R.M., 1999. *Avaliação do Perfil dos Profissionais de Nível Médio da Rede Hospitalar do Ministério da Saúde no Município do Rio de Janeiro: Uma Proposta de Adequação*. Monografia de Especialização, Niterói: Faculdade de Farmácia: Universidade Federal Fluminense.

- SILVA, T.; SCHENKEL, E.P. & MENGUE, S.S., 2000. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2):449-455.
- SISK, JE; GORMAN, SA; REISINGER, AL; GILED, S; DUMOUCHEL, WH & HYNES, M., 1996. Evaluation of Medicaid Managed Care: Satisfaction, Access and Use. *Journal of the American Medical Association*, 276(1):50-55.
- SOIBELMAN, M.; AMARAL, L.R.; PALMINI, ALF; LERRER, DP & LEITE, SS., 1986, Auto Medicação em Proctologia nas farmácias de Aracaju – SE. *Revista da Associação Médica Brasileira.*, 32(5/6):79-83.
- t'HOEN, E., 2002. TRIPS, Pharmaceutical Patents, and Access to Essential Medicines: A Long Way From Seattle to Doha. *Chicago Journal of International Law*, 3(1):27-46.
- UNAIDS/ MINISTÈRE FRANÇAIS DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES, 2001. *Declaration for a Framework for Action: Improving Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries - "Paris Declaration"*. Meeting on Access to Care for People Living with VIH/SIDA. 29th-30th November & 1st December 2001. 29 de janeiro de 2003 <<http://www.unaids.org>>
- UNGASS (United Nations General Assembly) Special Session, 2001. *Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Resolution adopted by the General Assembly [without reference to a Main Committee (A/S-26/L.2)]; S-26/2. 8th plenary meeting, 27 June 2001. United Nations.
- VELÁSQUEZ, G. & BOULET, P., 1999. *Globalization and Access to drugs: Implications of the WTO/TRIPS Agreement*. 2nd Ed. Geneva:WHO
- VELÁSQUEZ, G.; MADRID, Y. & QUICK J.D., 1998. *Reforma sanitaria y financiación de los medicamentos*. Genebra: Organización Mundial de la Salud, WHO/DAP/98.3.
- VELÁSQUEZ, G; MADRID, Y. & QUICK, J.D., 1999. *Reforma sanitaria y financiación de los medicamentos*. Serie Economía de la Salud - Medicamentos, n^o 6. Geneva: WHO. WHO/DAP/98.3.
- WALKOWIAK, H. A., 1999. *Improving access to antiretroviral drugs in developing countries: constraints and strategies*. Dissertação de Mestrado, Londres: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- WEINGART, N. S.; MCL WILSON, R.; GIBBERD, R. W. & ; HARRISON, B., 2000. Epidemiology of medical error. *BMJ*, 320:774-777
- WHO (World Health Organization), 1988. *The world drug situation*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1993. *How to investigate drug use in health facilities: select drug use indicators*. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 1994. The role of the pharmacist in the Health Care System. Report of a WHO Consultative Grupo, New Delhi, India, 13-16 December, 1988 and Report of a WHO Meeting, Tokyo, Japan, 31 August, 3 September, 1993. Geneva:WHO. WHO/PHARM/94.569.
- WHO (World Health Organization), 1999a. *Globalization and Access to Drugs – perspectives on the WTO/TRIPS Agreement. Health Economics and Drugs*. Geneva: WHO. WHO/DAP/98.9.
- WHO (World Health Organization), 1999b. *Guidelines for good donations*. 2ndEd. Geneva: WHO. WHO/EDM/PAR/99.4.

- WHO (World Health Organization), 1999c. *Indicators for monitoring national drug policies: A Practical Manual*. 2nd Ed. Geneva: WHO.
- WHO (World Health Organization), 2000. *Medicines Strategy: Framework for action in essential drugs and medicines policy 2000-2003*. WHO/EDM - WHO/AFRO - WHO/EURO - WHO/SEARO - WHO/AMRO - WHO/EMRO - WHO/WPRO), 81 p
- WHO (World Health Organization), 2001a. *Access Strategy*. 10 Oct. 2001 <<http://www.who.int/medicines/strategy/access/stacstrat.shtml>>
- WHO (World Health Organization), 2001b. Globalization, TRIPS and Access to Pharmaceuticals. *WHO Policy Perspectives on Medicines*, 3(Mar 2001): 1-6.
- WHO (World Health Organization), 2001c. *WHO Medicines Strategy*, World Health Assembly Resolution WHA 54.11.
- WHO (World Health Organization), 2003. *Annual Report 2001 - Essential Drugs and Medicines Policy: Supporting countries to close the access*. Geneva: WHO. 12 p.
- WHO/EDM (World Health Organization/ Department of Essential Drugs and Other Medicines), 1998. *The role of the pharmacist in self-care and self-medication*. Report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist. Hague: WHO WHO/DAP/98.13.
- WHO/EDM (World Health Organization/ Department of Essential Drugs and Other Medicines), 1999. *Indicators for monitoring national drug policies*. Geneva: WHO.
- WHO/EDM (World Health Organization/ Essential Drug and Medicines Department), 2002. *Essential Drug Concept*. 20 jul. 2002. <<http://www.who.int/medicines/>>
- WHO–MSH (World Health Organization-Management Sciences for Health), 2000. *Defining and Measuring Access To Essential Drugs, Vaccines, and Health Commodities*. Report of the Consultative Meeting, Ferney-Voltaire, France, 11–13 December 2000. Em 23 de Janeiro de 2003. www.msh.org/seam.
- WILKEN, P.R.C. & BERMUDEZ, J.A.Z., 1999. *Farmácia no Hospital: como avaliar*. Rio de Janeiro: Ágora da Ilha.
- WTO (World Trade Organization), 2001. *Doha Ministerial Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*, “Doha Declaration”, WTO Doc N° WT/MIN(01)/DEC/2 (2001).
- ZERDA, A.; VELÁSQUEZ, G.; TOBAR, F. & VARGAS, J. E., 2001. *Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos: estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala*. Washington: OPAS/OMS.

ANEXOS

ligadas ao aspecto analisado por cada indicador específico. Tendo em vista que o exercício de cálculo do grau de implantação teve aqui principalmente acadêmica, os pontos atribuídos foram atribuídos pela autora. Em uma situação real, isto poderia ser feito por uma equipe de especialistas ou pelos profissionais envolvidos no trabalho.

Os instrumentos de coleta de dados foram adaptados do estudo já mencionado (WHO-MSH, 2000), que foi conduzido em 6 países do mundo com a finalidade de avaliação de acesso. O braço brasileiro do estudo foi realizado no estado de Minas Gerais, onde tivemos oportunidade de participar da adaptação dos instrumentos, então em inglês, para a realidade brasileira, do treinamento dos pesquisadores de campo e acompanhar parte da coleta de dados, o que forneceu importante suporte para a condução deste estudo.

Com base na metodologia, já validada pelo MSH, foi estudado o número de 20 municípios. A amostra, não probabilística, foi definida através de sorteio para manter a imparcialidade da escolha, utilizando o gerador de números aleatórios do Microsoft Excel, entre os municípios que preenchessem os seguintes critérios de inclusão:

- a) estar habilitado a algum nível de gestão
- b) dispor de pelo menos 1 unidade ambulatorial filantrópica para garantir a demanda de clientes SUS de ambos os tipos (público, privado e filantrópico)

Dos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro existente na época do estudo, junho de 2001, 74 satisfizeram os critérios de inclusão. Todos os municípios do Rio de Janeiro realizam a dispensação de medicamentos pelo setor público e possuem farmácias privadas razão pela qual este não foi um critério discriminador. Foi realizado sorteio proporcional ao número de municípios de GPAB e GPAB dentre os elegíveis, resultando na seleção de 15 de GPAB e 5 GPAB. As Tabela 10 e Tabela 11 sumarizam aspectos considerados importantes à contextualização quanto aos municípios selecionados. A Figura 11 permite visualizar a distribuição dos municípios selecionados segundo a região do estado.

Tabela 10. Municípios selecionados segundo a regional de saúde, condição de gestão, população e IDH

<i>Município/ Regional de Saúde</i>	<i>Cond Gestao (1)</i>	<i>População (2)</i>	<i>IDH (3)</i>	<i>Classificação na UF (3)</i>	<i>Classificação Nacional (3)</i>
BAIXADA LITORÂNEA					
Casimiro de Abreu	GPAB	23.827	0,781	24	1020
São Pedro da Aldeia	GPAB	65.065	0,780	27	1049

<i>Município/ Regional de Saúde</i>	<i>Cond Gestao (1)</i>	<i>População (2)</i>	<i>IDH (3)</i>	<i>Classificação na UF (3)</i>	<i>Classificação Nacional (3)</i>
Silva Jardim	GPAB	19.800	0,731	75	2397
CENTRO SUL					
Engenheiro Paulo de Frontin	GPAB	13.046	0,753	51	1788
Paracambi	GPSM	42.454	0,771	39	1304
Sapucaia	GPAB	18.164	0,742	59	2101
Três Rios	GPAB	66.828	0,782	22	1001
MÉDIO PARAÍBA					
Barra Mansa	GPSM	170.348	0,806	6	462
METROPOLITANA					
Duque de Caxias	GPSM	766.771	0,753	52	1796
Itaguaí	GPSM	77.487	0,768	42	1376
Nilópolis	GPAB	152.189	0,788	19	846
Niterói	GPSM	465.900	0,886	1	3
Queimados	GPAB	119.127	0,732	73	2372
São Gonçalo	GPAB	891.927	0,782	23	1012
NOROESTE					
Porciúncula	GPAB	16.539	0,730	76	2433
NORTE					
São Fidélis	GPAB	38.484	0,741	61	2124
São João da Barra	GPAB	30.278	0,723	81	2573
SERRANA					
Cordeiro	GPAB	18.300	0,789	18	831
Duas Barras	GPAB	10.041	0,712	86	2766
São Sebastião do Alto	GPAB	8.436	0,723	80	2564

Fontes:

1. www.saude.gov.br, em 31 05 2001
2. www.ibge.gov.br, em 31 05 2001
3. www.undp.org.br, em 31 05 2003

Anexo 1. Estudos de acesso a cuidados de saúde, dimensões e indicadores utilizados.

Autor/Ano	Objetivo do trabalho	Dimensões do acesso	Indicadores
Penchansky & Thomas, 1981	validar o potencial discriminatório das dimensões propostas para avaliação do acesso a cuidado de saúde (medido pela satisfação do usuário)	Disponibilidade	<ul style="list-style-type: none"> confiança em encontrar cuidado para si ou para a família quando necessário satisfação com a habilidade de encontrar um médico quando necessário satisfação com a habilidade de conseguir cuidado médico em caso de emergência
		Acessibilidade	<ul style="list-style-type: none"> satisfação com a distância do consultório até a residência dificuldade de chegar até o consultório médico
		Adequação	<ul style="list-style-type: none"> satisfação com a demora para agendamento da consulta satisfação com o horário de funcionamento do consultório satisfação com o tempo de espera para a consulta satisfação com a facilidade de entrar em contato com o médico
		Capacidade aquisitiva	<ul style="list-style-type: none"> satisfação com o seguro-saúde satisfação com os preços praticados pelo médico satisfação com o prazo para pagamento da consulta médica
		Aceitabilidade	<ul style="list-style-type: none"> satisfação com a aparência do consultório satisfação com a vizinhança do consultório satisfação com os outros pacientes que vê no consultório
Mor, V, 1993	revisar o conhecimento existente acerca das barreiras para o acesso aos serviços de saúde, bem como as conseqüências para as pessoas com a doença pelo HIV.	Barreiras financeiras	<ul style="list-style-type: none"> cobertura de seguro saúde teto de reembolso investimento em recursos de tratamento da doença pelo hiv
		Barreiras estruturais	<ul style="list-style-type: none"> falta de fonte de primeiro cuidado falta de provedores apropriados de serviço distância dos provedores de cuidado tempo de espera

Autor/Ano	Objetivo do trabalho	Dimensões do acesso	Indicadores
		Barreira pessoais	<ul style="list-style-type: none"> • educação, etnicidade, renda
		Barreiras atitudinais	<ul style="list-style-type: none"> • preconceito ou resistência para tratar o paciente com doença pelo hiv
Cunningham et al, 1995	estudar associação entre acesso ao cuidado e qualidade de vida relacionada à saúde entre PVVHA	Capacidade aquisitiva (percebido)	<ul style="list-style-type: none"> • problemas como custo do cuidado • saiu sem o cuidado por causa do custo
		Disponibilidade (percebido)	<ul style="list-style-type: none"> • problemas com disponibilidade de emergência, internação e consulta ambulatorial • problemas no acesso a médicos especialista
		Conveniência (percebido)	<ul style="list-style-type: none"> • horário de atendimento • localização inconveniente • inconveniência no contato com o provedor do cuidado para tirar dúvidas
		Acesso temporal	<ul style="list-style-type: none"> • tempo médio de deslocamento até o local do cuidado • número de dias para marcar atendimento de urgência • tempo de espera para consulta
		Não divide em dimensões	<ul style="list-style-type: none"> • ter médico usual • procurar geralmente o mesmo médico • deixar de procurar cuidado devido ao custo • deixar de procurar cuidado devido a dificuldade de transporte • deixar de procurar cuidado por não saber aonde se dirigir • média de visitas ao ano • média anual de dias de internação • satisfação com o cuidado
Blazer et al., 1995	comparar uso de serviço e satisfação com cuidado à saúde entre idosos residentes em área rural e área urbana	Não divide em dimensões	<ul style="list-style-type: none"> • dificuldade auto-referida de acesso (impressão geral) • seguro-saúde

Autor/Ano	Objetivo do trabalho	Dimensões do acesso	Indicadores
Bindman et al., 1995	examinar de o aumento das taxas de hospitalização por doenças crônicas resultaram de diferenças no acesso ao cuidado, prevalências da doenças, propensão para procurar o cuidado ou critério médico para hospitalização.	Satisfação	avaliação geral do cuidado médico conveniência da localização do consultório médico horário de funcionamento do consultório facilidade de consultar com especialistas facilidade de acesso à cuidado de emergência tempo de espera no consultório demora para agendamento da consulta disponibilidade de acesso telefônico ao médico atenção às queixas facilidade de escolher o médico duração da consulta habilidade técnica do médico <ul style="list-style-type: none"> custo do cuidado
Sisk et al., 1996	avaliar os efeitos da atenção gerenciada entre os Beneficiários quando à satisfação, acesso e uso de cuidados médicos	Acesso relatado	<ul style="list-style-type: none"> ter fonte usual de cuidado consultar o mesmo médico na fonte usual preferência pela consulta agendada em lugar do atendimento de urgência demora para conseguir o cuidado necessário tempo de espera para conseguir a consulta tempo de espera no consultório
		Uso de serviço	<ul style="list-style-type: none"> realização de internação, consulta presencial, consulta telefônica e atendimento de emergência
		Uso de serviço	<ul style="list-style-type: none"> ter seguro-saúde número de consulta médica no último ano número de atendimento de emergência no último ano
Kiefe & Hyman., 1996	descrever o acesso provido à população de baixa renda pelo sistema público municipal, com base na utilização de serviço e controlado pelo fato ter ou não seguro-saúde ou tê-lo perdido durante o último ano	Barreiras de acesso	<ul style="list-style-type: none"> desistir do cuidado por causa do preço demora para agendamento da consulta
		Geográfica	<ul style="list-style-type: none"> tempo de deslocamento até o sítio do cuidado igual ou maior a 30 minutos

Autor/Ano	Objetivo do trabalho	Dimensões do acesso	Indicadores
Forrest & Starfield, 1998	examinar o relacionamento entre acesso e uso de cuidado médico no nível primário como fonte de primeiro contato e de continuidade no sistema médica	Financeiro	<ul style="list-style-type: none"> • não ter seguro-saúde no ano ou parte dele
		Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • disponibilidade de 3º turno • mais que 5 dias de demora par a agendamento da consulta • mais que 30 minutos de espera para a consulta.
		Capacidade aquisitiva	<ul style="list-style-type: none"> • ter cobertura para o custo do cuidado • não ficar sem o cuidado por causa do custo
Cunningham et al., 1998	examinar o efeito prospectivo do acesso percebido na qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com doença sintomática pelo HIV	Disponibilidade	<ul style="list-style-type: none"> • atendimento de emergência • hospitalização • atendimento de urgência
		Conveniência	<ul style="list-style-type: none"> • horário de funcionamento do atendimento • localização do atendimento • facilidade de contato com o profissional para dirimir dúvidas
		Acesso a especialistas	<ul style="list-style-type: none"> • conveniência
		Temporalidade (não incluído na escala construída)	<ul style="list-style-type: none"> • tempo de transporte até a fonte de cuidado • tempo de espera para atendimento

Anexo 2. Responsabilidades das 3 esferas de governo quanto à Assistência Farmacêutica segundo a PNM (Portaria MS 3916 – Brasil, 1998) e o Programa de Descentralização da Assistência – PAFB (Portaria MS 176 – Brasil, 1999)

Tipo de ação	Federal	Estadual	Municipal
Cooperação	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica e financeira às demais instâncias para cumprimento da PNM • Articulação intersetorial • Estabelecer normas e estimular os consórcios 	<ul style="list-style-type: none"> • Técnica e financeira • Articulação intersetorial no seu âmbito • Apoiar a organização de consórcios intermunicipais com relação à AF 	<ul style="list-style-type: none"> • Associar-se a outros municípios, por intermédio de consórcio, para organização da AF
Planejamento e gerenciamento	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer normas e promover AF nas demais instâncias • Destinar recursos para repasse fundo a fundo • Criar critérios para o repasse, vinculando os critérios ao desenvolvimento de um modelo adequado de atenção à saúde • Orientar e assessorar os municípios em seus critérios de aquisição de medicamentos essenciais • Implementar programa específico de capacitação de recursos humanos voltados para o desenvolvimento desta Política 	<ul style="list-style-type: none"> • Formular política estadual de medicamentos • Orientar e assessorar os municípios em seus processo de aquisição • Coordenar e executar no seu âmbito • Coordenar o processo de aquisição pelos municípios • Formular plano estadual de assistência farmacêutica básica e encaminhá-lo ao MS • Definir elenco pactuado de assistência farmacêutica básica • Conduzir na CIB a pactuação dos critérios de qualificação para a Assistência Farmacêutica Básica, com base no diagnóstica da infra-estrutura existente nos municípios 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordenar e executar a AF no seu âmbito • Formular plano municipal de assistência farmacêutica • Investir na infra-estrutura das Centrais farmacêuticas e das farmácias dos serviços de saúde • Treinar e capacitar RH

Tipo de ação	Federal	Estadual	Municipal
		<ul style="list-style-type: none"> • Investir do desenvolvimento de RH para a gestão da AF 	
Operacional	<ul style="list-style-type: none"> • Promover atualização e divulgação da RENAME • Revisão e atualização dos medicamentos incluídos na composição dos custos dos procedimentos relativos à assistência hospitalar e ambulatorial faturados segundo tabela • Adquirir e distribuir produtos em situações especiais 	<ul style="list-style-type: none"> • Definir relação estadual de medicamentos essenciais • Assegurar dispensação adequada (treinamento de RH e aplicação de normas) • Definir elenco dos medicamentos que serão adquiridos diretamente pelo estado • Prioridade para utilização dos LabOf para o suprimento de medicamentos • Garantir infra-estrutura das centrais farmacêuticas • Receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda 	<ul style="list-style-type: none"> • Assegurar dispensação adequada • Definir REMUME • Assegurar suprimento de medicamentos da atenção básica • Adquirir, além dos produtos destinados à atenção básica, outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde como responsabilidade concorrente do município • Prioridade aos Lab.Of. • Receber, armazenar e distribuir adequadamente os medicamentos sob sua guarda
Promoção Uso racional	<ul style="list-style-type: none"> • Promover junto à população, prescritores e dispensadores • Promover elaboração, divulgação e utilização do Formulário terapêutico nacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover junto à população, prescritores e dispensadores 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover URM junto à população, prescritores e dispensadores
Mercado e preços	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar e divulgar o preço dos medicamentos, em especial daqueles constantes da RENAME • Promover o medicamentos genéricos 		

Anexo 2 - Elenco pactuado de medicamentos do Programa de Assistência Farmacêutica Básica do estado do Rio de Janeiro vigente à época do estudo.

Ácido acetilsalicílico comp. 100 mg
Ácido acetilsalicílico comp. 500 mg
Amoxicilina pó p/ susp. oral 250 mg/ 5 mL frs. 60 mL
Amoxicilina cáps. 500 mg
Benzilpenicilina benzatina pó p/ susp. inj. 1.200.000 UI
Benzilpenicilina procaína + benzilpenicilina potássica pó p/ susp. inj. 300.000 + 100.000 UI
Dexametasona creme 0,1% bisnaga 10 g
Eritromicina susp. oral 125 mg/ 5 mL frs.60 mL
Eritromicina comp./ cáps. 500 mg
Furosemida comp. 40 mg
Glibenclamida comp. 5 mg
Hidroclorotiazida comp. 25 mg
Ibuprofeno comp. 300 mg
Mebendazol comp. 100 mg
Mebendazol susp. oral 100 mg/ 5 mL frs. 30 mL
Metildopa comp. revest. 250 mg
Metoclopramida comp. 10 mg
Metronidazol comp. 250 mg
Metronidazol, benzoato susp. oral 200 mg/ 5 mL frs. 100 mL
Neomicina + bacitracina pomada 5 mg + 250 UI/g bisnaga 10 g
Nistatina creme vaginal 25.000 UI/g bisnaga 60 g + aplicador
Paracetamol sol. oral 100 mg/mL frs. 10 mL
Paracetamol comp. 500 mg
Propranolol comp. 40 mg
Sais p/ reidratação oral env. 27,9 g
Salbutamol xarope 2 mg/ 5 mL frs. 120 mL
Sulfametoxazol + trimetoprima comp. 400 mg + 80 mg
Sulfametoxazol + trimetoprima susp. oral 200 mg + 40 mg/ 5 mL frs. 50 mL
Sulfato ferroso comp. revest. 40 mg Fe (II)
Sulfato ferroso sol. oral 25 mg/mL Fe (II)

Anexo 3. Indicadores de acesso a medicamentos.

Indicador	SMS	UndPub	FarmPriv	Observação
Disponibilidade física				
1. Percentual de medicamentos na validade em estoque	66,8 (SD= 16,1)		17,6 (1,3)	
2. Percentual de tempo sem estoque para o conjunto de medicamentos traçadores	28,5 (16,0)			Calculado em 5 unidades. 4 não faziam controle de estoque e 1 com computador danificado
3. Percentual de itens prescritos apresentados para dispensação que são dispensados	24,1 (11,2)	24,1 (11,2)		
Poder aquisitivo				
4. Diferença média de preços entre um medicamento genérico e um produto de marca dentre os medicamentos traçadores (Diferença média de preços entre o produto mais caro e o mais barato)			66,2 (7,9)	
5. Média de preços de compra obtidos pelo setor público para os medicamentos traçadores		22,3 (SD= 12,3)		
6. Número de dias trabalhados pelo salário mínimo necessário para pagar um curso terapêutico para uma condição traçadora			3,7 (HTA); 0,9 (Diabete)	
7. Percentual de população coberta por seguro saúde que cubra medicamento				HTA 1,475,528 em uso de: Hidroclorotiazida 30 com/mês; propranolol 40 mg (60 comp/mês, Captorpil comp 25 mg 60 comp/mês) Diabete tipo II: 1,028,443 pacientes em uso de Glibenclamida comp 5 mg 2 comp/dia

Indicador	SMS	UndPub	FarmPriv	Observação
8. Percentual de população que relata problemas com poder aquisitivo para compra de medicamentos				Entrevistados 87 pacientes, dos quais 45 (51,7%) não adquiriu toda a medicação prescrita. Destes, 42,2 declaram não ter adquirido a medicação por falta de dinheiro. 56,1% dos pacientes entrevistados na farmácia privada portavam receitas originadas em serviço público de saúde
Acessibilidade geográfica				
9. Razão de farmácia privada por habitante			1 farmácia para cada 3884 hab (SD = 2023)	Amplitude = 1:1307-10,093
10. Razão de pontos de dispensação de unidade pública de saúde por habitante			1 dispensing facility: 14,811 hab (SD=26,475)	Amplitude= 109.539 - 1.651
11. Número médio de horas de funcionamento de dispensação por dia setor público			46,8 (6,7)	
11. Número médio de horas de funcionamento de dispensação por dia			85,4 (13,4)	De 11 público onde este dado foi coletado, 2 funcionam fim semana. De 20 privados avaliados 19 funcionam no fim de semana
Aceitabilidade				
12. Número de medicamentos da RENAME entre os 20 medicamentos mais vendidos nas farmácias privadas visitadas				Dos 165 medicamentos prescritos identificados nas 87 entrevistas realizadas nas farmácias privados
13. Percentual de medicamentos prescritos no setor público que fazem parte da relação pactuada de medicamentos destinados a atenção básica			72, 1 (10,8)	
14. Percentual de medicamentos da RESME e REMUMEs discordantes da RENAME	6,5 % de itnes discordantes da rename			3 e 46 (Hidroclorotiazida de 50, Aminofilina comp 100 mg, Metildopa 500 mg)

Indicador	SMS	UndPub	FarmPriv	Observação
15. Satisfação com o resultado da última visita a uma farmácia de dispensação pública				
Qualidade de produtos e serviços				
16. Percentual de medicamentos traçadores amostrados que com falha no teste de qualidade				
17. Percentual de serviços que dispõe de versão atualizada da relação de medicamentos essenciais adotada				Pergunta abandonada pois não avaliou a disponibilidade de documento para fácil acesso dos prescritores e dispensadores. Depois de coletada verificamos que muitas vezes a cópia fica em área administrativa.
18. Percentual de pacientes que declaram saber como tomar seus medicamentos		59.7		42.5
20. Percentual de pacientes que declaram ter sido orientados na farmácia quanto ao uso dos medicamentos		5.4		4.6
22. Percentual de farmácias privadas que orientam o paciente				Fonte: entrevista de saída
23. Percentual de unidades de dispensação com pelo menos uma fonte "válida" de informações sobre uso de medicamentos				Fonte: paciente simulado
24. Percentual de população que tem acesso a uma fonte percebida como "válida" ou "confiável" de informação sobre medicamentos				57.9

Indicador

25. Percentual de população que tem acesso a uma fonte percebida como “válida” ou “confiável” de informação sobre medicamentos

SMS**UndPub FarmPriv****Observação**

Anexo 4. Manual do Entrevistador e do Supervisor de campo

8.1.1 Manual do Entrevistador

Procedimentos de pesquisa e Instruções Sobre Uso Dos Formulários,
Instruções orçamentárias

Sugere-se a seguinte ordem de abordagem

1º Dia Manhã: Secretaria municipal de saúde (gerência de Assistência farmacêutica) e Almoxarifado municipal

1º Dia Tarde: Farmácia privada ou completar dados da Secretaria e almoxarifado

2º Dia manhã: Farmácia de unidade pública de saúde/ Unidade pública de saúde

2º Dia tarde: Farmácia privada ou deslocamento para outro município ou retorno

Observações gerais:

- Em todas as abordagens poderá haver perguntas fora da área de domínio específica do entrevistado. Procurar não criar constrangimentos por conta disto. Ao identificar alguma pergunta nesta situação, marca-la, perguntar a melhor pessoa para respondê-la, bem como sua localização e seguir a diante. Ao final, procurar resolver as pendências.
- Controle o tempo de entrevista sem apressar demasiadamente o entrevistado.
- Seja cordial
- Ao início de cada entrevista avise a previsão de tempo previsto.

Procedimento de coleta de dados:

Farmácia privada

Entrevistador A

- Recrutar pessoa para paciente simulado (se necessário) – verificar se a pessoa é conhecida na farmácia
- Instruir pessoa, repetindo todas as informações pelo menos uma vez, verificar compreensão. Não mencionar em nenhum momento da instrução

sobre a hipótese de deixar-lhe o troco no final. Não se deixar ver junto com o voluntário pela pessoa da farmácia

- Esperar do lado de fora enquanto o paciente simulado entra ou atuar como paciente simulado
- Discutir com paciente simulado verificando o preenchimento do formulário, ou verificar seu próprio preenchimento
- Agradecer ao voluntário. Deixar-lhe o troco. Entregar o brinde.
- Caso o entrevistador não tenha sido o paciente simulado, ou se tenha feito a abordagem em farmácia diferente, entrar junto com o entrevistador B para o restante da pesquisa.
- Após apresentação ao proprietário ou gerente ou farmacêutico responsável, realizar as entrevistas de saída de paciente

Entrevistador B

- Entrar na farmácia e apresentar-se ao proprietário, gerente ou farmacêutico responsável. Solicitar autorização para que o entrevistador A realize as entrevistas
- Completar: Questionário de entrevista
Comparação de preços A
Lista de produtos vendidos

Unidade pública de Saúde ou Farmácia Pública de Dispensação

Entrevistador A

- Junto com o entrevistado B, apresentar-se ao responsável da unidade, mostrando a cópia da carta de apresentação
- Colocar-se na rota de saída da farmácia, preferência distância que impeça ser ouvido de lá
- Realizar as entrevistas de saída
- Após fazer 10 entrevistas, encontrar-se com o entrevistador B

Entrevistador B

- Completar Questionário de pesquisa
Comparação de preços B
Análise de prescrição/dispensação
Formulário de posição de estoque

Secretaria Municipal de Saúde/ Almojarifado Municipal

Entrevistador A

Apresentar-se ao Gerente da Assistência Farmacêutica ou pessoa encarregada, juntamente com o entrevistador B

Realizar entrevista, oferecendo-se, se necessário, a realizar as totalizações solicitadas no questionário

Avisar, logo no início da entrevista, da necessidade de obter uma cópia da relação de medicamentos padronizados, caso o município tenha uma relação própria.

Avisar da necessidade de várias informações sobre aquisição de medicamentos e da possibilidade de entrevistar a pessoa que detém maior domínio deste tipo de informação

Entrevistador B

Após apresentar-se ao gerente da Assistência Farmacêutica, dirigir-se, se possível, ao almoxarifado municipal

Completar o questionário do almoxarifado.

Obs.: Caso o gerente da Assistência Farmacêutica vá também responder as perguntas do almoxarifado, os 2 entrevistadores trabalharão juntos

Instruções Sobre Uso Dos Formulários

Questionário de pesquisa

O questionário referente a cada unidade de saúde deve ser preenchido no local, ao conversar com o responsável pela farmácia local. Em alguns casos, como hospitais e a Secretaria Municipal de Saúde, várias pessoas precisam ser entrevistadas. Comece se apresentando ao responsável pela unidade/organização. Inicie a pesquisa com o responsável pela farmácia do ambulatório e, se necessário, fale com outros para coletar as informações relevantes.

Formulário de comparação de preços - A:- Farmácias privadas

- Pergunte à pessoa responsável pela relação de preços e anote as informações sobre o preço de venda dos principais medicamentos.
- Para cada medicamento traçador, pesquise a especialidade comercial farmacêutica à venda, mais cara e a mais barata.
- Complete o formulário, para as duas marcas de cada medicamento traçador, com informações sobre o número de unidades (comprimido, ampola etc) em cada embalagem, o nome comercial e o preço em reais. Marque com um "X" na coluna apropriada se o medicamento traçador, de qualquer marca, estiver disponível no momento da entrevista na unidade de saúde.
- Repita a coleta de informações para os 25 medicamentos traçadores.

Formulário de comparação de preços - B:- Unidades públicas de Saúde; Almoxarifados municipais, regional e estadual

As informações a serem coletadas referem-se ao preço de compra dos medicamentos em estoque.

- Essas informações podem ser coletadas com o responsável e comparadas com os registros de compra ou fichas de estoque, onde estiver registrado o último preço de compra pela unidade de saúde.
- Para cada medicamento (produto) traçador, pergunte pela marca que tem o preço de compra mais barato (consideradas as três últimas no prazo máximo de 1 ano), dos lotes em estoque.
- Não houver estoque do medicamento no momento da avaliação, anotar o valor da última compra (recebimento).
- Complete o formulário com as informações: medicamento de marca/similar ou genérico, o número de unidades por embalagem e o preço de compra pago pela embalagem.
- Em caso de medicamentos não padronizados, anular toda a linha.

Relação de produtos vendidos:- farmácias privadas e clínicas/hospitais privados

Usa-se este formulário para saber se os medicamentos à venda são registrados.

- Para as letras determinadas para sua equipe, por exemplo, de A a F, pergunte ao responsável pela unidade de saúde sobre quaisquer dez medicamentos em estoque no serviço, com os nomes comerciais que se iniciam com estas letras.
- Anote o nome comercial e o fabricante (exatamente como aparece na embalagem) para cada um dos dez medicamentos selecionados.

Paciente simulado: farmácias privadas

- Um pesquisador ou outra pessoa vai a uma farmácia privada para comprar medicamento para sua filha doente, e utiliza o cenário fornecido no formulário de coleta de dados do paciente simulado.
- O pedido de medicamento e as informações sobre o paciente devem ser dadas ao balconista para verificar que medicamentos recomenda.
- Se o preço do medicamento recomendado for maior que 10 reais, o "cliente" pede uma alternativa mais barata.
- O "cliente" não deve insistir nem discutir por nenhuma das orientações do funcionário da farmácia.
- Em caso de não haver compra de medicamento, o dinheiro deve ser retornado.
- *Não esquecer de pedir comprovante de compra*

- O "cliente" compra o medicamento e sai da loja.
- Se o pesquisador não for o "cliente", este deve relatar ao pesquisador sobre o encontro do lado de fora do estabelecimento.
- Após o encontro com o "cliente", o outro pesquisador (ou ambos) entra no estabelecimento para realizar o restante da pesquisa.

Análise de prescrição/dispensação:- unidades públicas de saúde

- Avalie prescrições de pacientes ambulatoriais atendidos nos últimos 4 meses (Janeiro a Abril 2001).
- Com os meses organizados em ordem decrescente, sorteie 1 em cada 12 prescrições, até completar as 30
- Para 30 prescrições de pacientes, numerados de 1 a 30, anote cada medicamento prescrito, copiando exatamente o que estiver na receita, inclusive os eventuais erros, 1 em cada linha do formulário (os dados de um paciente podem preencher até 4-5 linhas, dependendo do número de medicamentos prescritos).
- Para cada medicamento, anote também a apresentação.
- Depois confira os registros de dispensação para verificar se os itens foram dispensados; caso a informação não esteja presente escreva SI (sem informação).
- Caso não seja possível acesso às prescrições, utilize o prontuário, para cada mês selecionando 8 prontuários de pacientes atendidos ao longo daquele mês (utilize o(s) mapa(s) de atendimento).
- Para 30 prontuários de pacientes, onde haja registro da medicação prescrita na consulta de referência, numera-los de 1 a 30 e anotar diagnóstico ou os sintomas do paciente de acordo com o prontuário
- Anote cada medicamento prescrito, copiando exatamente o que estiver registrado, inclusive os eventuais erros, 1 em cada linha do formulário (os dados de um paciente podem preencher até 4-5 linhas, dependendo do número de medicamentos prescritos).

Saída de pacientes (entrevista): Unidades Públicas de Saúde

- A entrevista deve ser realizada com dez pacientes, e começar o mais cedo possível, pela manhã, para garantir um número suficiente de pacientes.
- O pesquisador deve ficar próximo da saída da unidade de saúde.
- Aborde o primeiro paciente e explique que está fazendo um estudo no ambulatório para pesquisar o que as pessoas conhecem sobre seus medicamentos. Por isto, gostaria de perguntar sobre a receita que acabou de receber.
- Se o paciente/responsável concordar, faça as perguntas que aparecem inicialmente no formulário: origem da receita, para quem são os medicamentos, sexo, gravidez, renda familiar (soma de todos os salários de todas as pessoas que moram no mesmo domicílio do paciente) e depois prossiga com as perguntas que estão em cada coluna do formulário.

- Peça ao paciente para ver a receita e confira as informações dadas por este, anotando S se conferem e N, em caso negativo.
- Assim que terminar a primeira entrevista, aborde o próximo paciente que sair do ambulatório, até completar, se possível, o número de dez entrevistados.

Saída de pacientes (entrevista): Farmácias Privadas

- A entrevista deve ser realizada com dez pacientes, ou por 1:30, o que acontecer primeiro.
- O pesquisador deve ficar próximo da saída do estabelecimento, se possível em local que prejudique o acompanhamento da entrevista pelos funcionários da farmácia, para não causar constrangimentos.
- Aborde o primeiro paciente e explique que está fazendo um para pesquisar o que as pessoas conhecem sobre seus medicamentos. Por isto, gostaria de perguntar sobre a receita que acabou de apresentar para compra. Se o paciente não estiver portando uma receita não cabe aplicação da entrevista.
- Se o paciente/responsável concordar, faça as perguntas que aparecem inicialmente no formulário: origem da receita, para quem são os medicamentos, sexo, gravidez renda familiar (soma de todos os salários de todas as pessoas que moram no mesmo domicílio do paciente) e depois prossiga com as perguntas que estão em cada coluna do formulário.
- Peça ao paciente para ver a receita, *copie fielmente os medicamentos prescritos* e confira as informações dadas por este, anotando S se conferem e N, em caso negativo.
- Assim que terminar a primeira entrevista, aborde o próximo paciente que sair do ambulatório, até completar, se possível, o número de dez entrevistados.

Formulário de dias sem estoque: completar apenas em centros de saúde, hospitais públicos e almoxarifados públicos

Esse formulário registra a disponibilidade atual de medicamentos traçadores no momento da pesquisa, e também a disponibilidade nos últimos 12 meses.

- As informações devem ser coletadas nas fichas de estoque ou fichas de contabilidade.
- Para cada medicamento traçador, anote se há disponibilidade naquele momento.
- Para cada mês nos últimos 12 meses, anote o número de dias em que não havia estoque de cada medicamento traçador.
- Não complete as colunas sombreadas.
- Confirmar se todos os medicamentos traçadores são normalmente mantidos em estoque. Se houver o caso de algum item para o qual nunca haja

estoque (p.ex. não faz sentido haver tuberculostáticos em unidades que não atendam tuberculose) anule com um X a linha correspondente.

Instruções orçamentárias

Prestação de Contas (FAPERJ)

Diárias:

Diária Integral : R\$ 70,00 (A diária só é considerada integral caso haja pernoite)

Meia diária: R\$ 35,00

“O auxílio concedido para as diárias deverá ser comprovado mediante a apresentação de relatórios de viagem, do qual deve constar data de saída e chegada à origem do Outorgado, perfazendo, no mínimo, o número de diárias recebidas, acompanhado de comprovante de sua permanência”. Modelo

Hotel – Pedir nota fiscal no nome do entrevistador ou entrevistadores, no caso de quartos duplos.

Passagens – Guardar todos os cupons dos ônibus, assim como recibos de taxis. A perda poderá ocasionar a necessidade de devolução das diárias. As despesas que não tiverem meios de comprovação devem ser descritas no formulário (Modelo _____).

Refeições - Pedir nota fiscal no nome do pesquisador de campo (cada um solicita a sua).

Gasolina – Nas notas fiscais de consumo de gasolina deverá constar o nome do pesquisador de campo e o no da chapa do veículo abastecido. Esta despesa será considerada como transporte.

Ao final da pesquisa de campo, os entrevistadores deverão agendar a prestação de contas.

Boa sorte !!!!!!!!!!!

8.1.2 Roteiro para abordagem dos supervisores – Atividades

Ao chegar ao município:

- Localizar os entrevistadores;
- Fazer contato e verificar tarefas já cumpridas, cumprimento do cronograma de trabalho, existência de dúvidas;
- No caso de existência de dúvida importante procurá-los no momento da coleta de dados;
- Não sendo relatada dúvida importante, procurá-los no intervalo (almoço, jantar, etc) e dar uma olhada no preenchimento dos formulários;
- Conversar sobre as principais dificuldades;
- Não havendo problemas imediatos com os entrevistadores, dar uma olhada pela cidade, procurando ver localização de serviços de saúde, farmácias privadas e públicas; e
- Em seguida, dirigir-se ao principal responsável da Assistência Farmacêutica no Município, apresentando-se a ele

Entrevista inicial com o principal responsável da Assistência Farmacêutica no Município:

Identificar e descrever o fluxo de medicamentos por tipo de programa (seleção (o município tem elenco próprio que contemple o conjunto específico de itens? Porque o faz?), programação (quem faz, com que periodicidade), aquisição (quais os principais fornecedores e dificuldades inerentes), distribuição (quais os locais, quem controla?), dispensação (quais os locais? Quem controla?) Caso não tenha algum destes programas, o que faz se aparecem pacientes das patologias correspondentes? Costumam aparecer pacientes destas patologias?:

- Assistência básica
- Saúde Mental
- Hospitalar
- Excepcionais
- Endemias (aids, tuberculose, hanseníase, esquistossomose, malária, outros)
- São disponibilizados outros medicamentos além destes para tratamento ambulatorial? Como funciona? É rotina ou exceção? Quais os critérios?

Caso alguns dos programas acima tenham especial importância no município e tenham responsável específico, ver a possibilidade de contatá-lo e conversar, sobre sua parte no fluxo e principais dificuldades.

Anexo 5. Questionário de Pesquisa

1	Secretaria municipal de saúde
2	Almoxarifado municipal de medicamentos
3	Formulário de comparação de preços B
4	Posição do estoque
5	Unidade pública de saúde
6	Prescrição e dispensação
7	Entrevista de saída a pacientes em farmácias públicas
8	Formulário de comparação de preços A
9	Paciente simulado
10	Entrevista de saída a pacientes em farmácias privadas



PESQUISA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

As perguntas devem ser feitas ao gerente de assistência farmacêutica. Provavelmente será necessário conversar também com alguma outra pessoa que detenha os dados gerais de organização da secretaria e a pessoa responsável pelo controle da documentação de aquisição das notas fiscais.

Município: _____ N° município

Contato: _____

Fone: _____ e-mail: _____

Entrevistador: _____ Data: _____

____/____/____

Informações gerais

1. Quais são as cinco principais causas de morbidade neste município, em ordem decrescente de importância? Fonte de informação utilizada:

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

e. _____

2. A Secretaria Municipal de Saúde utiliza quais dos seguintes meios de comunicação?

a. Telefone

b. Fax

c. Internet

d. Outros: _____

3. Quais as limitações da Secretaria em termos de comunicações?

4. Listar distritos e unidades públicas de saúde por distrito indicando o tipo de unidade

H = hospital;

CMS = Centro de Saúde,

PS = Posto de Saúde,

P= Policlínica,

PAM = Posto de Assistência Médica,

PSF = equipe de saúde da família,

UV = Unidade volante

O = Outro, qual?

Distrito	Unidade pública de saúde (tipo e quantidade por tipo)	Unidade pública de saúde que dispensam medicamentos (tipo e quantidade por tipo)

Aspectos gerais de organização da Assistência Farmacêutica

5. Quais dos seguintes programas de medicamentos existem neste município e em quantas unidades de saúde há dispensação?

Programa	Nº unidades que dispensam	Obs
Assistência Farmacêutica Básica		
Saúde Mental		
Medicamentos Excepcionais		
Medicamentos estratégicos. Quais? Tuberculose Hanseníase Aids Esquistossomose Diabetes (Insulina humana) Outros		

6. O município adquire itens além do elenco do PAFB pactuado para dispensação ambulatorial? Sim Não

7. Quantos mandatos judiciais para fornecimento de medicamentos foram impetrados contra esta Secretaria Municipal em 2000? _____

8. Quantos foram deferidos em favor do paciente (o paciente ganhou a causa) em 2000? _____

9. Quais são os principais medicamentos fornecidos por este mecanismo?

Seleção de medicamentos

10. Qual Relação de Medicamentos Essenciais está disponível na Secretaria Municipal? marcar todas as alternativas pertinentes. Peça para ver a lista e anote o ano de publicação.

Ano publicação

- a. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais? Sim ou Não _____
- b. Relação Estadual de Medicamentos Essenciais? Sim ou Não _____
- c. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais? Sim ou Não _____
- d. Outra Relação (especifique): _____
- e. O município não tem nenhuma lista deste tipo (vá para a questão 17)

11. Qual das listas acima utiliza para orientar as prescrições (indique letra de **a** a **d**)? ___

12. Caso o município tenha sua própria lista, quantos medicamentos estão incluídos?
_____ Peça uma cópia da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais para anexar ao questionário

13. Caso o município tenha sua própria lista, quem toma as decisões sobre incluir/excluir medicamentos?

- a. Um indivíduo, Quem (cargo)? _____
- b. Uma comissão profissional (por exemplo, Comissão de Medicamentos e Terapêutica)
- c. Uma comissão com representantes da comunidade
- d. Outros _____

14. Quais informações são levadas em conta para alteração da lista do município? (Marque todas as respostas que se aplicam)

- a) Consumo de medicamentos
- b) Dados de prescrição
- c) Literatura médica
- d) A Relação do Município
- e) Preço
- f) Dados epidemiológicos

- g) Nenhuma
- h) Outras _____

15. Na última modificação na Relação/Elenco Municipal quantos medicamentos foram:
- a. incluídos _____
 - b. excluídos _____
 - c. alterados _____

16. O município utiliza diretrizes/protocolos de tratamento para guiar prescrições?
Se sim, quem desenvolve as diretrizes utilizadas? *Peça para ver e anote o ano de publicação.*
- a. Ministério da Saúde _____
 - b. Secretaria Estadual de Saúde _____
 - c. Secretaria Municipal de Saúde _____
 - d. Outra _____
 - e. Não utiliza diretrizes/protocolos de tratamento.

Programação/Aquisição

Esta seção contém várias perguntas com enfoque administrativo, onde se incluem as modalidades mais utilizadas, os fornecedores mais freqüentes, valores correspondentes, etc. Consulte o entrevistado se ele detém todas as informações nesta área ou se será necessário recorrer a alguma outra pessoa e, neste caso, ver a possibilidade de que acompanhe juntamente a entrevista.

17. Quem autoriza a aquisição de medicamentos para o município?
- a. Um indivíduo (cargo) _____
 - b. Uma comissão de profissionais de saúde _____
 - c. Um comissão/consórcio de saúde com representantes da comunidade _____
 - d. Outros _____

18. Qual o cargo e setor de trabalho do responsável pela quantificação da compra de medicamentos?
- _____

19. Que procedimentos são usados para determinar a quantidade de medicamentos a ser adquirida? *(marcar todas as alternativas que se aplicam)*
- a. Avaliação de consumo anterior
 - b. Avaliação de dados de morbidade
 - c. Comparação entre dados de consumo e dados de morbidade
 - d. Experiência geral dos profissionais envolvidos
 - e. Programação (cotas)
 - f. Outros _____

20. Que registros ou relatórios são utilizados para decidir sobre quanto medicamento adquirir?

- a. Cartão de estoque/Kardex
- b. Ficha de prateleira para estoque
- c. Relatórios informatizados
- d. Outros: _____
- e. Nenhum

21. Quais destes indicadores de estoque são calculados pelo município? (*Marcar todos os que se aplicam*)

- a. Consumo médio mensal
 - b. Estoque mínimo
 - c. Estoque máximo
 - d. % Demanda não atendida
 - e. Curva ABC
 - f. Outro. Qual?
- _____

22. Quantas solicitações para medicamentos foram feitas e o valor segundo os seguintes tipos de fornecedores no ano de 2000?

	Nº Solicitações	Valor em reais (2000)
a. Varejista privado (farmácia privada)		
b. Atacadista ou distribuidor		
c. Fabricante privado		
d. Laboratórios oficiais		
e. Medicamentos recebidos do Ministério da Saúde		
f. Medicamentos recebidos da Secretaria Estadual de Saúde		
g. Outros		
VALOR TOTAL (<i>deve representar o total gasto pelo município c/ medicamentos</i>)		

23. Existe um livro de registros separado ou outra forma para controlar solicitações feitas? Sim ou Não

24. Qual é o tempo médio entre enviar um pedido/solicitação e receber os medicamentos dos varios tipos de fornecedores? (indique letra de **a a e**)
- a. até 1 semana
 - b. de 7 a 15 dias
 - c. de 15 a 30 dias
 - d. Entre 30 e 60 dias
 - e. Mais de 60 dias
 - f. Outro. Qual?

	Tempo
a. Varejista privado (farmácia privada)	
b. Atacadista ou distribuidor	
c. Fabricante privado	
d. Laboratórios oficiais	
e. Medicamentos recebidos do Ministério da Saúde	
f. Medicamentos recebidos da Secretaria Estadual de Saúde	
g. Outros	

25. Qual foi o valor total de aquisição de materiais e insumos para assistência médica (excluído medicamentos)? _____
26. Qual foi o valor total estimado doado para o município de medicamentos

27. Qual foi o valor total estimado doado para materiais e insumos para assistência médica (excluído medicamentos)? _____
28. Quantos itens (medicamentos) a Secretaria costuma manter em estoque (referência no ano 2000)? _____
29. Quantos itens **do elenco de medicamentos essenciais** do município costuma manter em estoque? _____
30. Quantos itens **fora do elenco** de medicamentos essenciais costuma manter em estoque? _____
31. Qual o cargo da pessoa que autoriza a compra de medicamentos não incluídos na relação de medicamentos essenciais?

32. Qual o cargo da pessoa que faz a quantificação de medicamentos não incluídos na relação de medicamentos essenciais?

33. Descreva o procedimento para a aquisição de medicamentos não incluídos na relação de medicamentos essenciais:

34. Onde são adquiridos ou obtidos os medicamentos não incluídos na relação de medicamentos essenciais adotada?

- a. Varejista privado
- b. Atacadista ou distribuidor
- c. Doações
- d. Outros _____
- e. Não adquire itens fora do formulário

35. Na tabela indique quantas solicitações foram feitas segundo os mecanismos de aquisição (ano 2000), frequência que são feitas as solicitações (utilize as categorias elencadas abaixo), e o valor das solicitações

- a. Uma vez por bimestre
- b. Uma vez por trimestre
- c. Uma vez por semestre
- d. Quando necessário
- e. Outro (especifique)

Tipo	Nº solicitações	Frequência	Valor (2000)
Licitação no âmbito nacional			
Licitação Internacional			
Dispensa de Licitação (c/lab. Oficiais)			
Cotação/Compra direta			
Outro			
TOTAL			

Pedidos para o Almojarifado da Secretaria Estadual de Saúde

36. Para onde o município encaminha os pedidos de medicamento? *Marcar todos que se aplicam.*

- a. Secretaria municipal de saúde
- b. Secretaria estadual de saúde
- c. Outros _____

37. O município recebe com regularidade informações atualizadas sobre disponibilidade de estoque no almoxarifado municipal? Sim ou Não

38. Em geral, como são feitos os pedidos

- a. Pessoalmente
 - b. Fax
 - c. Telefone
 - d. Correio
 - e. Outros
-

39. Em média, quantos medicamentos (itens) são solicitados em cada pedido/solicitação? _____

40. Qual é, aproximadamente, a proporção de entregas do almoxarifado incompletas?

- a. Zero, todas as entregas são geralmente de pedidos completos
- b. Uma em cada cinco entregas é incompleta
- c. Duas em cada cinco entregas é incompleta
- d. Três em cada cinco entregas é incompleta
- e. Todas as entregas são incompletas

41. Como os medicamentos chegam até o município?

- a. O almoxarifado da Secretaria Estadual entrega
- b. O município deve organizar para buscar os medicamentos com transporte próprio
- c. Outro _____

42. No ano passado, o município recebeu pedidos do almoxarifado estadual com alguns dos seguintes problemas? (*marque todas as respostas que se aplicam*)

- a. Medicamento não solicitado
- b. Quantidade incorreta
- c. Produto de qualidade inferior
- d. Produto vencido ou próximo da data de vencimento
- e. Alteração de preço
- f. Medicamento danificado
- g. Especificação errada
- h. Outros: _____
- i. Nenhum

43. Se o município teve problemas com medicamentos de qualidade inferior, comprados no almoxarifado, anote quais foram os produtos, os problemas, e o almoxarifado que forneceu (estadual ou federal):

<u>Produto</u>	<u>Problema</u>	<u>Fornecedor</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

44. O município tomou alguma atitude para abordar os problemas de qualidade? Em caso afirmativo, qual?

Quais as principais qualidades no fornecimento de medicamento do almoxarifado estadual?

Quais os principais problemas no fornecimento de medicamentos do almoxarifado estadual

Compras com Laboratórios Oficiais (dispensa de licitação)

Se não se faz compras de Laboratórios Oficiais por dispensa de licitação, vá para a questão 61

45. Se a Secretaria comprou medicamentos junto aos Laboratórios Oficiais no ano passado (2000), comprou de quantos laboratórios diferentes? _____

46. Quais foram os 5 principais produtos comprados de Laboratórios Oficiais (dispensa de licitação)?

Produto	Fornecedor

47. A pessoa/comissão que aprova as compras de medicamentos junto aos Laboratórios Oficiais é a mesma mencionada na questão 17)?

Sim ou Não

Em caso negativo, qual o cargo do responsável pela aprovação de compras de medicamentos junto aos Laboratórios Oficiais ?

Descreva o fluxo de procedimentos para aprovação de compras feitas pela Secretaria junto aos Laboratórios Oficiais.

48. Se for solicitada aprovação para compras junto aos Laboratórios Oficiais, que informações são pedidas para embasá-la?

- a. Documentação _____
- b. Informações verbais
- c. Outros _____
- d. Não é necessária aprovação

49. Caso seja solicitada aprovação, quantos dias demora normalmente para consegui-la?

- a. _____ dias
- b. Não é necessária aprovação

50. Em média, quantos dias são necessários para realizar compras junto aos Laboratórios Oficiais (Solicitação até emissão Ordem de Fornecimento)?
_____ dias
51. O número de compras junto aos Laboratórios Oficiais aumentou, diminuiu ou permaneceu o mesmo nos últimos três anos? Por quê?
- Aumentou _____
 - Diminuiu _____
 - Permaneceu o mesmo
52. Quantos dias, em média, são necessários para receber mercadorias desses fornecedores após a emissão da ordem de fornecimento?
- Menos de uma semana
 - 7 a 15 dias
 - 15 a 30 dias
 - 30 a 60 dias
 - Mais de 60 dias
 - Outro
53. Relacione os laboratórios mais importantes/mais utilizados:
- _____
- _____
- _____
54. Qual é, aproximadamente, a proporção de entregas incompletas dos Laboratórios Oficiais?
- Zero, todas as entregas são geralmente de pedidos completos
 - Uma em cada cinco entregas é incompleta
 - Duas em cada cinco entregas é incompleta
 - Três em cada cinco entregas é incompleta
 - Todas as entregas são incompletas
55. Como os medicamentos chegam até o município a partir dos laboratórios oficiais?
- Os laboratórios geralmente entregam no município
Anote a taxa média cobrada: _____ por entrega
_____ % do valor da entrega
 - O município deve organizar para buscar os medicamentos com transporte próprio
 - Outros _____

56. No ano passado, o município recebeu pedidos dos laboratórios oficiais com os seguintes problemas? (*marque todas as respostas que se aplicam e anote a fonte*)

- a. Artigo não pedido
- b. Quantidade incorreta
- c. Produto de qualidade inferior
- d. Produto vencido ou próximo da data de vencimento
- e. Alteração de preço
- f. Artigo danificado
- g. Especificação errada
- h. Outros: _____
- i. Nenhum

57. Se o município tiver tido problemas com medicamentos de qualidade inferior no ano passado, anote quais foram os produtos, os problemas, e os fornecedores

<u>Produto</u>	<u>Problema</u>	<u>Fornecedores</u>
----------------	-----------------	---------------------

58. O município tomou alguma atitude para abordar esses problemas de qualidade? Em caso afirmativo, qual?

59. Quais são as três principais vantagens de comprar medicamentos junto aos Laboratórios Oficiais?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

60. Quais são as três principais desvantagens de comprar medicamentos junto aos Laboratórios Oficiais?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Compras no setor privado - Licitações

Se não comprar por licitação, vá para pergunta 77 .

61. A pessoa/comissão que aprova compras no setor privado por licitações é a mesma que autoriza as outras aquisições (a mencionada na questão 13)? Sim ou Não

Em caso negativo, qual o cargo do responsável pela aprovação de compras de medicamentos feitas por licitação?

Descreva o fluxo de procedimentos para aprovação de compras por licitação feitas pela Secretaria

62. Se for solicitada aprovação, que informações são pedidas para embasa-la?
- Documentação _____
 - Informações verbais _____
 - Outros _____
 - Não é necessária aprovação
63. Caso seja solicitada aprovação, quantos dias demora normalmente para consegui-la?
- _____ dias
 - Não é necessária aprovação
64. O número de compras solicitações por licitações aumentou, diminuiu ou permaneceu o mesmo nos últimos três anos? Por quê?
- Aumentou _____
 - Diminuiu _____
 - Permaneceu o mesmo
65. Quantos fornecedores diferentes participam geralmente de uma licitação? _____

66. Quantos fornecedores diferentes geralmente ganham os contratos de licitação?

67. Quem está envolvido na seleção de fornecedores que apresentam propostas para licitações?

- a. Um indivíduo
(cargo) _____
- b. Comissão profissional _____
- c. Comissão com representação da comunidade
- d. Outros _____

68. Quais foram os 5 principais produtos e respectivos fornecedores comprados no processo licitatório?

Produto (nome e concentração)	Fornecedor

69. Relacione os Fornecedores mais importantes/mais utilizados:

70. Qual é, aproximadamente, a proporção de entregas incompletas das compras de licitação?

- a. Zero, todas as entregas são geralmente de pedidos completos
- b. Uma em cada cinco entregas é incompleta
- c. Duas em cada cinco entregas é incompleta
- d. Três em cada cinco entregas é incompleta
- e. Todas as entregas são incompletas

71. Como os medicamentos chegam até a Secretaria a partir dos fornecedores?

- a. Os laboratórios geralmente entregam no município
Anote a taxa média cobrada: _____ por entrega
_____ % do valor da entrega
- b. O município deve organizar para buscar os medicamentos com transporte próprio
- c. Outros _____

72. No ano passado, o município recebeu pedidos de fornecedores em licitação com os seguintes problemas? (*marque todas as respostas que se aplicam e anote a fonte*)

- a. Artigo não pedido
- b. Quantidade incorreta
- c. Produto de qualidade inferior
- d. Produto vencido ou próximo da data de vencimento
- e. Alteração de preço
- f. Artigo danificado
- g. Especificação errada
- h. Outros: _____
- i. Nenhum

73. Se o município tiver tido problemas com medicamentos de qualidade inferior no ano passado, anote quais foram os produtos, os problemas, e os fornecedores

<u>Produto</u>	<u>Problema</u>	<u>Fornecedores</u>
----------------	-----------------	---------------------

74. O município tomou alguma atitude para abordar esses problemas de qualidade? Em caso afirmativo, qual?

75. Quais são as principais vantagens de se realizar compra por licitações de medicamentos?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

76. Quais são as três principais desvantagens de se realizar compras por licitações de medicamentos?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Compras por Meio de Compra Direta (dispensa de licitação)

Se não faz compra direta, agradeça e encerre a entrevista.

77. A pessoa que aprova as compras de medicamentos por compra direta é a mesma pessoa que autoriza as outras solicitações (a pessoa mencionada na questão 17)?
Sim ou Não

Em caso negativo, quem é responsável pela aprovação de compras diretas de medicamentos? (cargo) _____

Descreva o procedimento para aprovar compras diretas pela própria Secretaria.

78. Quantos pedidos foram feitos no setor privado, por meio de compra direta pela própria Secretaria, no ano passado (2000)? _____

79. Qual foi o valor total dessas das compras diretas? (confirma com os valores da questão 20) _____

80. O número de compras diretas aumentou, diminuiu ou permaneceu o mesmo nos últimos três anos? Por quê?

- a. Aumentou _____
- b. Diminuiu _____
- c. Permaneceu o mesmo

81. Quais foram os 5 principais produtos e respectivos fornecedores comprados por compra direta (dispensa de licitação)?

Produto (nome e concentração)	Fornecedor

82. Relacione os fornecedores mais importantes/mais utilizados:

83. Qual é, aproximadamente, a proporção de entregas são incompletas das compras diretas?

- a. Zero, todas as entregas são geralmente de pedidos completos
- b. Uma em cada cinco entregas é incompleta
- c. Duas em cada cinco entregas é incompleta
- d. Três em cada cinco entregas é incompleta
- e. Todas as entregas são incompletas

84. Como os medicamentos chegam até a Secretaria a partir dos fornecedores?

- a. Os fornecedores geralmente entregam na Secretaria
Anote a taxa média cobrada: _____ por entrega
_____ % do valor da entrega
- b. A Secretaria deve organizar para buscar os medicamentos com transporte próprio
- c. Outros _____

85. Em geral, como são feitos os pagamentos aos fornecedores? (*indique todos que se aplicam*)

- a. Dinheiro em espécie
- b. Cheque/transferência bancária
- c. Crédito/a prazo
- d. Outros: _____

86. No ano passado, a Secretaria recebeu compras diretas com os seguintes problemas? (*marque todas as respostas que se aplicam e anote a fonte*)

- a. Artigo não pedido
- b. Quantidade incorreta
- c. Produto de qualidade inferior
- d. Produto vencido ou próximo da data de vencimento
- e. Alteração de preço
- f. Artigo danificado
- g. Especificação errada
- h. Outros: _____
- i. Nenhum

87. Se a Secretaria tiver tido problemas com medicamentos de qualidade inferior no ano passado, anote quais foram os produtos, os problemas, e os fornecedores

Produto

Problema

Fornecedores

88. A Secretaria tomou alguma atitude para abordar esses problemas de qualidade? Em caso afirmativo, qual?

89. Quais são as três principais vantagens de se realizar compras diretas medicamentos?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

90. Quais são as três principais desvantagens de se realizar compras diretas de medicamentos?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Se tivesse que apontar o maior problema quanto ao acesso a medicamentos essenciais neste município, qual seria?

Existe algum comentário adicional que o/a senhor/a gostaria de fazer?

Avise que nos comprometemos a enviar cópia do relatório final consolidado (sem identificação dos municípios).

Agradeça e encerre a entrevista.



ALMOXARIFADO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS

Este formulário deve ser usado para almoxarifados municipais de medicamentos (exclusivos ou não). Depois do questionário, há uma avaliação de níveis de estoque dos medicamentos traçadore e, um formulário para comparação de preço (B)

Município: _____ N° município: _____

Contato: _____

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____

Informações gerais

- Para quantas unidades públicas de saúde (inclusive hospitais) este almoxarifado fornece?
 - Unidades ambulatoriais de saúde _____
 - Hospitais _____
 - Outros _____
 - Total _____
- Para quantos clientes do setor privado o almoxarifado fornece (inclusive unidades filantrópicas e ONGs)?
 - Unidades ambulatoriais de saúde _____
 - Hospitais _____
 - Outros _____
- Quantos funcionários trabalham no almoxarifado? _____ (total)
Tempo integral _____ Tempo parcial _____
- O almoxarifado tem uma cópia da última Relação de Medicamentos Essenciais utilizada pelo município? (*Peça para ver a cópia*) Sim ou Não
- Qual as fontes de informação sobre medicamentos mais utilizadas no almoxarifado (título e ano de publicação)?

Estoque

6. O Almojarifado dispõe de manual de procedimentos? Sim Não
7. Como se valoriza o estoque de medicamentos no almojarifado?
- Primeiro a entrar, primeiro a sair (usa-se o valor do estoque existente que entrou primeiro)
 - Último a entrar, primeiro a sair (usa-se o valor do estoque existente que entrou por último)
 - Aplica-se um custo médio por unidade
 - Utiliza-se o custo real por unidade.

8. Qual era o valor do estoque de medicamentos no início de 2000? _____

9. Qual era o valor do estoque de medicamentos no final de 2000? _____

10. Houve perda de medicamentos por algum destes problemas em 2000? Qual sua relação percentual?

	S ou N	Valor em reais (2000)	Relação percentual das perdas
a. Vencimento			
b. Dano/estrago			
c. Roubo			

11. Atualmente, há quantos itens na listagem de estoque? _____

12. Quantos desses produtos são medicamentos? _____

13. Quantos medicamentos na listagem de estoque não pertencem à Relação de Medicamentos Essenciais adotada no município? _____

14. Que tipo de controle de estoque controle é usado?

- PEPS (Primeiro a entrar, primeiro a sair)
- PVPS (Primeiro a vencer, primeiro a sair)
- Outros _____
- Nenhum

15. Qual sistema se aplica para determinar as quantidades de medicamentos a pedir e quando?

(indique todos que aplicam)

- Estoque mínimo/máximo
- Intervalo pre-programado
- Consumo histórico
- Outro _____
- Nenhum

16. O almoxarifado monitora os seguintes tipos de informações (*Em caso afirmativo, indique como se realiza*)?

- | | | | |
|-----------------------------|--------|------------|---------|
| a. Controle de pedidos | Manual | Computador | Não faz |
| b. Controle de entregas | Manual | Computador | Não faz |
| c. Contabilidade/financeiro | Manual | Computador | Não faz |
| d. Controle de estoque | Manual | Computador | Não faz |

17. São feitas transferências entre os almoxarifados de outras esferas de governo ou outros municípios?

- Sim, é uma prática frequente
- Às vezes
- Isso nunca ocorre

Quem é responsável por organizar as transferências? Cargo:

18. O almoxarifado comunica com regularidade para as unidades de saúde sobre a disponibilidade de estoque? Sim ou Não

19. O almoxarifado recebe, com regularidade, informações sobre os estoques disponíveis nas unidades para as quais fornece? Sim ou Não
Às vezes

20. O almoxarifado tem acesso a informações sobre os estoques disponíveis (*Marque todos que aplicam*)?

- Secretaria de Estado de Saúde
- Ministério de Saúde
- Outros

Comunicações

21. Como o almoxarifado se comunica com o almoxarifado estadual (*marque todos os que se aplicam*)?

- Telefone
- Fax
- Rádio
- Computador
- Telefone celular
- Outro _____

22. Como o almoxarifado se comunica com outros almoxarifados municipais (*marque todos os que se aplicam*)?

- a. Telefone
- b. Fax
- c. Rádio
- d. Computador
- e. Telefone celular
- f. Outro _____

23. Como o almoxarifado se comunica com as unidades de saúde (*marque todos os que se aplicam*)?

- a. Telefone
- b. Fax
- c. Rádio
- d. Computador
- e. Telefone celular
- a. Outros

24. Quais são os problemas mais importantes que o almoxarifado enfrenta para se comunicar com outros almoxarifados e unidades de saúde?

Recebimento

25. Quem é o responsável pelo recebimento dos medicamentos no almoxarifado?
(cargo) _____

26. Se houver diferenças entre a quantidade escrita no documento e a quantidade recebida do medicamento, o que é feito ?

- a. não verifica
- b. não recebe
- c. recebe

Se recebe, qual o procedimento? _____

27. Se, no ato de recebimento, forem verificadas embalagens quebradas, molhadas ou danificadas de outra forma, o que é feito ?

- a. não verifica
- b. não recebe
- c. recebe

Se recebe, qual o procedimento? _____

28. Quando os medicamentos são recebidos, eles são examinados quanto ao prazo de validade? Sim Não

29. O almoxarifado monitora os números de lotes de produtos recebidos? Sim ou Não
Se sim, de que forma? _____

Distribuição

30. É possível identificar que unidades receberam um determinado lote de um determinado medicamento? Sim Não

31. Qual é periodicidade mais freqüente de distribuição dos medicamentos para as unidades?

- b. Mensal
- c. Bimensal
- d. Trimestral
- e. Outra periodicidade. Qual ? _____
- f. Não programada

32. Na média, quantos dias se precisa para preparar um pedido?

33. O almoxarifado utiliza transporte próprio para buscar os medicamentos? Sim ou Não

34. O almoxarifado utiliza transporte próprio para fazer entregas para unidades de saúde?

- Unidades próprias Sim ou Não
- Outras unidades Sim ou Não

35. O almoxarifado contrata serviços de transporte para buscar ou entregar mercadorias?
Sim ou Não
Em caso afirmativo, qual o valor da taxa? ____ por entrega ou ____% do valor da entrega.
36. Quais são os três maiores problemas que o almoxarifado enfrenta com relação à disponibilidade de transporte?
- _____
 - _____
 - _____
 - Não há problemas

Abastecimento

Os registros de entrega são necessários para completar esta seção. Peça para que os tenham disponíveis para avaliação.

37. O almoxarifado municipal recebeu medicamentos diretamente do Ministério da Saúde em 2000? Sim ou Não
- Quantas vezes o almoxarifado recebeu medicamentos do Ministério da Saúde em 2000? _____
 - Quantas requisições foram feitas? _____
 - Quantas foram atendidas integralmente? _____ (nº ou %)
 - Qual foi o valor total dessas solicitações? _____
38. O almoxarifado recebeu medicamentos da Secretaria Estadual de Saúde em 2000? Sim ou Não
- Quantas vezes o almoxarifado recebeu medicamentos da SES em 2000? _____
 - Quantas requisições foram feitas? _____
 - Quantas foram atendidas integralmente? _____ (nº ou %)
39. O almoxarifado recebeu medicamentos de outros almoxarifados municipais em 2000? Sim ou Não
- Quantas vezes o almoxarifado recebeu medicamentos de outros almoxarifados municipais em 2000? _____
 - Quantas requisições foram feitas? _____
 - Quantas foram atendidas integralmente? _____ (nº ou %)
40. O almoxarifado recebeu medicamentos de fornecedores privados em 2000? Sim ou Não
- Quantas vezes o almoxarifado municipal recebeu medicamentos de fornecedores privados em 2000? _____
 - Quantas requisições foram feitas? _____
 - Quantas foram atendidas integralmente _____ (no. ou %)

Garantia de qualidade

41. O almoxarifado teve que devolver medicamentos aos fornecedores no ano passado por algum dos motivos abaixo? (*marque todos que se aplicam*)

- a. Medicamento não solicitado
- b. Quantidade incorreta
- c. Produto de qualidade inferior
- d. Produto vencido ou próximo da data de vencimento
- e. Alteração de preço
- f. Artigo danificado
- g. Especificação errada
- h. Recolhimento oficial
- i. Outros _____
- j. Nenhum

42. Quais fornecedores e quais produtos são os **menos confiáveis** em termos de qualidade?

<u>Fornecedor</u>	<u>Produto</u>

43. Quais são os três principais problemas ou preocupações do almoxarifado relativos à qualidade?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Infraestrutura

44. Qual a medida, em metros quadrados, da área de armazenamento? _____ m²
45. Qual a porcentagem da área de armazenamento dedicado a medicamentos? _____ %
46. O tamanho da área de armazenamento é suficiente para as quantidades necessárias de estoque de medicamentos?
- Suficiente
 - Lotado/muito pouco espaço
 - Espaço subutilizado
47. Que tipo de sistema de armazenamento é utilizado?
- Prateleiras
 - Armários
 - Pallets ou estrados
 - Outros
48. Há ventilação suficiente? Sim ou Não
49. Como é feito o controle de temperatura?
- Ar condicionado
 - Ventilador
 - Nenhum
50. Há uma área de armazenamento frio para vacinas ou outros termolábeis? Sim ou Não
51. A temperatura é monitorada nesta área? Sim ou Não
52. Há registro de temperatura? Sim ou Não (*Peça para vê-lo*)
53. Existe monitoramento de temperatura na área geral de estocagem? Sim ou Não
Se sim, qual a periodicidade de leitura dos termômetros? _____ (*Peça para vê-lo*)
54. Existem extintores de incêndio? Sim Não
Estão na validade? Sim Não (*Peça para vê-lo*)
55. Qual é a fonte de energia elétrica para o almoxarifado? (*marque todas as respostas que se aplicam*)
- Companhia elétrica
 - Gerador local
 - Outros : _____

FORMULÁRIO DE COMPARAÇÃO DE PREÇOS –B

Este formulário é usado para coletar dados sobre preços pagos pelos almoxarifados e unidades públicas que realizam aquisições para medicamentos essenciais para saúde. Para coletar dados sobre preços cobrados de pacientes, use o Formulário de Comparação de Preços – A.

Nº município:
Município: _____
Nome da unidade: _____
Tipo de unidade
<input type="checkbox"/> Almoxarifado estadual <input type="checkbox"/> Hospital público
<input type="checkbox"/> Almoxarifado/ Farmácia municipal <input type="checkbox"/> Centro de saúde
<input type="checkbox"/> Outro:

PRODUTO	NOME (DE MARCA OU GENÉRICO) do produto em estoque mais barato/ FABRICANTE	UNIDADE DE COMPARAÇÃO	NÚMERO DE UNIDADES POR EMBALAGEM	PREÇO PAGO PELA EMBALAGEM	FORNECEDOR (Origem)	DATA DA COMPRA
AAS 100 mg		Comp.				
Aciclovir comp 200 mg		Comp.				
Amoxicilina caps 500 mg		Caps.				
Amoxicilina susp 250/5mL		Frasco.				
Azatioprina comp 50 mg		Comp.				
Benzilpenicilina benzatina 1200 000		Frasco/amp.				
Captopril 25 mg		Comp.				
Ciclosporina comp 50 mg		Comp.				

PRODUTO	NOME (DE MARCA OU GENÉRICO) do produto em estoque mais barato/ FABRICANTE	UNIDADE DE COMPARAÇÃO	NÚMERO DE UNIDADES POR EMBALAGEM	PREÇO PAGO PELA EMBALAGEM	FORNECEDOR (Origem)	DATA DA COMPRA
Cimetidina 200 mg		Comp.				
Diazepan comp 5 mg		Comp.				
Eritromicina comp 500 mg		Comp.				
Eritromicina susp oral 125/5mL		Frasco				
Fenobartibal comp 100 mg		Comp.				
Glibenclamida 5 mg		Comp.				
Hidroclorotiazida 50 mg		Comp.				
Isoniazida + rifampicina comp 200 + 300		Caps.				
Mebendazol susp oral 100 mg/5mL		Frasco				
Metronidazol comp 500 mg		Comp.				
Paracetamol sol oral 100mg/mL		Frasco				
Preservativos masculinos		Unidades				
Propranolol 40 mg		Comp.				
Sais de reidratação oral		Frasco/Env.				
Salbutamol 0,4mg/mL sol., oral		Fras.				
Sulfametoxazol + trimetoprima comp 400 + 80 mg		Comp.				
Zidovudina caps 100 mg		Caps.				

FORMULÁRIO DE DADOS DE POSIÇÃO DE ESTOQUE

Use este formulário para coletar informações sobre a disponibilidade de estoque em centros de saúde e hospitais públicos; clínicas e hospitais pertencente almoxarifados. S= SIM; N= NÃO; X= NÃO PADRONIZADO NESTA UNIDADE

MUNICÍPIO:	TIPO DE UNIDADE: <input type="checkbox"/> Centro de saúde/Hospital público <input type="checkbox"/> Almoxarifado estadual; <input type="checkbox"/> Almoxarifado municipal <input type="checkbox"/> Farmácia pública de dispensação	DATA :
NOME DA UNIDADE:	Nº município	
Número total de medicamentos traçadores geralmente em estoque:		

PRODUTO (verifique se genérico ou marca/similar)	Dispo- nível? (S, N, X)	Indique o número de dias sem estoque em cada mês												Total c dias se estoqu
		Mai 2000	Jun 2000	Jul 2000	Ago 2000	Set 2000	Out 2000	Nov 2000	Dez 2000	Jan 2001	Fev 2001	Mar 2001	Abr 2001	
AAS 100 mg														
Aciclovir comp 200 mg														
Amoxicilina caps 500 mg														
Amoxicilina susp 250/5mL														
Azatioprina comp 50 mg														
Benzilpenicilina benzatina 1200 000														
Captopril 25 mg														
Ciclosporina comp 50 mg														
Cimetidina 200 mg														
Diazepan comp 10 mg														

		Indique o número de dias sem estoque em cada mês												
PRODUTO (verifique se genérico ou marca/similar)	Dispo- nível? (S, N, X)	Mai 2000	Jun 2000	Jul 2000	Ago 2000	Set 2000	Out 2000	Nov 2000	Dez 2000	Jan 2001	Fev 2001	Mar 2001	Abr 2001	Total o dias se estoqu
Eritromicina comp 500 mg														
Eritromicina susp oral 125/5mL														
Fenobartibal comp 100 mg														
Glibenclamida 5 mg														
Hidroclorotiazida 50 mg														
Isoniazida + rifampicina comp 200 + 300														
Mebendazol susp oral 100 mg/5mL														
Metronidazol comp 500 mg														
Paracetamol sol oral 100mg/mL														
Preservativos masculinos														
Propranolol 40 mg														
Sais de reidratação oral														
Salbutamol 0,4mg/mL sol., oral														
Sulfametoxazol + trimetoprima comp 400 + 80 mg														
Zidovudina caps 100 mg														



PESQUISA EM UNIDADE PÚBLICA DE SAÚDE ou FARMÁCIA PÚBLICA DE DISPENSAÇÃO

*Esta pesquisa deve ser aplicada apenas em serviços ambulatoriais públicos hospitalares ou não.
Procurar inicialmente o responsável pela unidade de saúde. Apresentar-lhe a carta*

Data: / / **Entrevistador:**

Município: **Código do Município:**

Tipo de unidade: Ambulatório Hospitalar Centro de Saúde Posto de Saúde
 Farmácia de dispensação Policlínica Outro _____

Nome da Unidade: _____

Tipo de Entidade: Municipal Estadual

Contato: _____

Informações gerais

91. Favor anotar o número de pessoas empregadas no serviço, por profissão
Anote a fonte de informações: _____.

Profissão	Nº Empregados RJU	Nº Outros vínculos
a. Médicos		
b. Enfermeiras		
c. Auxiliares de enfermagem		
d. Agente de saúde		
e. Farmacêuticos		
f. Técnicos/auxiliar de farmácia		
g. Outros funcionários		
h. Total funcionários		

92. O serviço mantém um registro de clientes atendidos? Sim Não

- a. Se sim, qual foi o número total de consultas em 2000? _____
- b. Quantos pacientes eram novos? _____
- c. Quantos pacientes eram retorno? _____
- d. Qual a porcentagem de consultas pediátricas? _____
- e. Quantas receitas foram atendidas _____

93. Quais são os cinco problemas de saúde mais comuns atendidos neste ambulatório, em ordem decrescente de frequência?

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____
- e. _____

94. O serviço de farmácia tem acesso a quais dos seguintes meios de comunicação?

- a. Telefone
- b. Fax
- c. Internet
- d. Outros: _____

95. Quais as limitações do serviço de farmácia em termos de comunicações?

96. Para quais dos seguintes programas existe de dispensação de medicamentos nesta unidade de saúde?

Programa	Nº unidades que dispensam	Obs
Assistência Farmacêutica Básica		
Saúde Mental		
Medicamentos Excepcionais		
Medicamentos estratégicos. Quais? Tuberculose Hanseníase Aids Esquistossomose Diabetes (Insulina humana) Outros		

Seleção de medicamentos

97. Qual Relação de Medicamentos Essenciais está disponível no serviço?

Marcar todas as alternativas pertinentes, e peça para ver as listas referidas

Ano publicação

- a. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais? Sim ou Não _____
- b. Relação Estadual de Medicamentos Essenciais? Sim ou Não _____
- c. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais? Sim ou Não _____
- d. Relação de Medicamentos Essenciais do próprio serviço? Sim ou Não _____
- e. O serviço não tem nenhuma lista deste tipo (*vá para a questão 17*)

98. Qual das listas acima utiliza para orientar as prescrições (indique letra de **a** a **d**)?

99. Caso o serviço tenha sua própria relação, quantos medicamentos estão incluídos?

100. Caso o serviço tenha sua própria relação, quem toma as decisões sobre incluir/excluir medicamentos?

- a. Um indivíduo. Quem (cargo)? _____
- e. Uma comissão profissional (por exemplo, Comissão de Medicamentos e Terapêutica)
- f. Um comissão com representantes da comunidade
- g. Outros _____

101. Caso o serviço tenha sua própria relação, com que frequência é modificada?

- a. Uma vez por ano
- b. Duas vezes por ano
- c. A cada mês
- d. Outra _____

102. Na última modificação na relação da unidade quantos medicamentos foram

- a. incluídos _____
- b. excluídos _____
- c. alterados _____

103. Quais informações são levadas em conta para alteração da Relação da Unidade?
(Marque todas as respostas que se aplicam)
- a. Consumo de medicamentos
 - b. Dados de prescrição
 - c. Literatura médica
 - d. A Relação do Município
 - e. Preço
 - f. Dados epidemiológicos
 - g. Nenhuma
 - h. Outras _____
104. O serviço dispõe de diretrizes/protocolos de tratamento para prescrições? Sim ou Não
Peça para ver uma cópia. Anote o ano da publicação _____
105. Se sim, quem desenvolve as diretrizes utilizadas?
- f. Ministério da Saúde
 - g. Secretaria Estadual de Saúde
 - h. Secretaria Municipal de Saúde
 - i. Equipe do próprio Serviço
 - j. Outra _____
 - k. Não se aplica
106. Quais outras fontes de informações sobre medicamentos são utilizadas no serviço?
Anote abaixo. Se for uma publicação, anote o ano de publicação.
- _____
- _____
- _____

Informações sobre programação/ aquisição

107. Quem toma decisões sobre aquisição para o serviço?
- e. Um indivíduo (cargo) _____
Peça para falar com essa pessoa. Se a pessoa não estiver disponível, peça para falar com outros funcionários que possam responder às perguntas.
 - f. Uma comissão de profissionais de saúde
 - g. Uma comissão com representantes da comunidade
 - h. Outros _____

108. Que métodos são usados para determinar a quantidade de medicamentos para aquisição?

(marcar todas as alternativas que se aplicam)

- g. Avaliação de consumo anterior
- h. Avaliação de dados de morbidade
- i. Comparação entre dados de consumo e dados de morbidade
- j. Experiência geral dos profissionais envolvidos
- k. Programação (cotas)
- l. Outros _____

109. Que registros ou relatórios são utilizados para decidir sobre quanto adquirir?

- a. Cartão de estoque/Kardex
- b. Ficha de prateleira para estoque
- c. Relatórios informatizados
- d. Outros: _____
- e. Nenhum

110. Quais destes indicadores de estoque são calculados pelo serviço

- g. Consumo médio mensal
 - h. Estoque mínimo
 - i. Estoque máximo
 - j. % Demanda não atendida
 - k. Curva ABC
 - l. Outro. Qual?
- _____

111. Existe um livro de registros separado para controlar pedidos feitos? Sim ou Não

112. Quantas solicitações para medicamentos foram feitas e o valor para cada modalidade (2000)?

Fornecedor	No. solicitações	Valor em Reais (2000) (solicitações recebidas)
h. Varejista privado (farmácia privada)		
i. Atacadista ou distribuidor		
j. Fabricante privado		
k. Laboratórios oficiais		
l. Ministério de Saúde		
m. Secretaria Estadual de Saúde		
n. Diretoria Regional de Saúde		
o. Secretaria de Saúde Municipal		

113. Quantos itens do elenco de medicamentos padronizados para a unidade se costuma manter em estoque (referência no ano 2000)? _____
114. Quantos itens fora do elenco de medicamentos essenciais a unidade costuma manter em estoque (referência no ano 2000)? _____
115. Onde são adquiridos ou obtidos os itens não incluídos no elenco?
- f. Varejista privado
 - g. Atacadista ou distribuidor
 - h. Doações
 - i. Outros _____
 - j. Não adquire itens fora do formulário
116. Qual foi o valor total de medicamentos doados (ano 2000)? _____
117. Qual foi o valor total de aquisição de materiais e insumos para assistência médica (ano 2000)? _____
118. Qual foi o valor total de materiais e insumos doados para assistência médica (ano 2000)? _____

Pedidos para Almoxxarifados da Secretaria de Saúde

119. Para onde o serviço encaminha os pedidos de medicamento? *Marcar todos que se aplicam.*
- d. Secretaria municipal de saúde
 - e. Secretaria estadual de saúde
 - f. Outros _____
120. O serviço recebe com regularidade informações atualizadas sobre disponibilidade de estoque no almoxxarifado municipal? Sim ou Não
121. Em geral, como são feitos os pedidos
- f. Pessoalmente
 - g. Fax
 - h. Telefone
 - i. Correio
 - j. Outros _____
122. Em média, quantos medicamentos (itens) são solicitados em cada pedido/solicitação? _____

123. Qual é o tempo médio entre enviar um pedido/solicitação e receber os medicamentos do almoxarifado?
- g. até 1 semana
 - h. de 7 a 15 dias
 - i. de 15 a 30 dias
 - j. Entre 30 e 60 dias
 - k. Mais de 60 dias
124. Qual é, aproximadamente, a proporção de entregas do almoxarifado incompletas?
- f. Zero, todas as entregas são geralmente de pedidos completos
 - g. Uma em cada cinco entregas é incompleta
 - h. Duas em cada cinco entregas é incompleta
 - i. Três em cada cinco entregas é incompleta
 - j. Todas as entregas são incompletas
125. Como os medicamentos chegam até o serviço?
- d. O almoxarifado da Secretaria entrega
 - e. O serviço deve organizar para buscar os medicamentos com transporte próprio
 - f. Outro _____
126. No ano passado, o serviço recebeu pedidos do almoxarifado com alguns dos seguintes problemas? (*marque todas as respostas que se aplicam*)
- a. Medicamento não solicitado
 - b. Quantidade incorreta
 - c. Produto de qualidade inferior
 - d. Produto vencido ou próximo da data de vencimento
 - e. Alteração de preço
 - f. Medicamento danificado
 - g. Especificação errada
 - h. Outros: _____
 - ii. Nenhum
127. Se o serviço teve problemas com medicamentos de qualidade inferior, comprados no almoxarifado, anote quais foram os produtos, os problemas, e o almoxarifado que forneceu:

<u>Produto</u>	<u>Problema</u>	<u>Fornecedor</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

128. O serviço tomou alguma atitude para abordar os problemas de qualidade? Em caso afirmativo, qual?

Pedidos por meio de Licitação (compras feitas pelo próprio serviço)

Se não comprar por meio de licitação, vá para questão 54

129. A pessoa que aprova as compras de medicamentos por licitação é a mesma pessoa que autoriza as outras solicitações (a pessoa mencionada na questão 17)? Sim ou Não

Em caso negativo, quem é responsável pela aprovação de compras de medicamentos feitas por meio de licitação? (cargo) _____

Descreva o procedimento para aprovar compras por meio de licitação pelo próprio serviço.

130. Há algum medicamento específico que o serviço compra com regularidade por meio de licitação ?

Se sim, quais são os cinco mais importantes? *(indique nome e concentração)*

f. _____

g. _____

h. _____

i. _____

j. _____

131. Quantos pedidos foram feitos no setor privado, por meio de licitação pelo próprio serviço, no ano passado (2000)? _____

132. Qual foi o valor total dessas das compras por meio de licitação? (confirma os valores da pergunta 20) _____

133. O número de licitações aumentou, diminuiu ou permaneceu o mesmo nos últimos três anos? Por quê?

a. Aumentou _____

b. Diminuiu _____

c. Permaneceu o mesmo

134. Quantos fornecedores diferentes participam geralmente de uma licitação? _____

135. Quantos fornecedores diferentes geralmente ganham os contratos de licitação?

136. Quem está envolvido na seleção de fornecedores que apresentam propostas para licitações?

- a. _____ U
- b. _____ C
- c. _____ C
- d. _____ C
- e. _____ O

137. Quantos dias, em média, leva para completar uma licitação de medicamento (Desde a solicitação até a emissão da ordem de fornecimento)? _____

138. Qual é, aproximadamente, a proporção de entregas por licitação incompletas?

- a. Zero, todas as entregas são geralmente de pedidos completos
- b. Uma em cada cinco entregas é incompleta
- c. Duas em cada cinco entregas é incompleta
- d. Três em cada cinco entregas é incompleta
- e. Todas as entregas são incompletas

139. No ano passado, o serviço recebeu entregas por licitação com alguns dos seguintes problemas? (*marque todas as respostas que se aplicam*)

- a. Medicamento não solicitado
- b. Quantidade incorreta
- c. Produto de qualidade inferior
- d. Produto vencido ou próximo da data de vencimento
- e. Alteração de preço
- f. Medicamento danificado
- g. Especificação errada
- h. Outros: _____
- iii. Nenhum

140. Se o serviço tiver tido problemas com medicamentos de qualidade inferior, comprados por licitação anote quais foram os produtos, os problemas, e o fornecedor que forneceu:

<u>Produto</u>	<u>Problema</u>	<u>Fornecedor</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

141. O serviço tomou alguma atitude para abordar os problemas de qualidade? Em caso afirmativo, qual?

142. Quais são as três principais vantagens de se realizar compra por licitações de medicamentos?

- d. _____
- e. _____
- f. _____

143. Quais são as três principais desvantagens de se realizar compra por licitações de medicamentos?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Compras de Laboratórios Oficiais (dispensa de licitação)

Se não comprar de Laboratórios Oficiais por meio de dispensa de licitação, vá para questão 68.

144. A pessoa que aprova as compras de medicamentos junto aos Laboratórios Oficiais é a mesma pessoa que autoriza as outras solicitações (a pessoa mencionada na questão 17)? Sim Não

Em caso negativo, quem é responsável pela aprovação de compras de medicamentos feitas as Laboratórios Oficiais? (cargo)

Descreva o procedimento para aprovar compras junto ao Laboratórios Oficiais pelo próprio serviço.

145. Há algum medicamento específico que o serviço compra com regularidade dos Laboratórios Oficiais? Sim ou Não

Se sim, quais são os cinco mais importantes? (*indique nome e concentração*)

a. _____

b. _____

c. _____

d. _____

e. _____

146. Quantos pedidos foram feitos aos Laboratórios Oficiais, por meio de dispensa de licitação pelo próprio serviço, no ano passado (2000)? _____

147. Qual foi o valor total dessas das compras junto aos Laboratórios Oficiais? (confirma com os valores da pergunta 20) _____

148. O número de compras junto aos Laboratórios Oficiais aumentou, diminuiu ou permaneceu o mesmo nos últimos três anos? Por quê?

a. Aumentou _____

b. Diminuiu _____

c. Permaneceu o mesmo

149. Quantos dias, em média, são necessários para receber medicamentos dos laboratórios oficiais, após a ordem de fornecimento?

a. Menos de uma semana

b. 7 a 15 dias

c. 15 a 30 dias

d. 30 a 60 dias

e. Mais de 60 dias

150. Relacione os laboratórios mais importantes/mais utilizados:

151. Qual é, aproximadamente, a proporção de entregas são incompletas dos Laboratórios Oficiais?
- Zero, todas as entregas são geralmente de pedidos completos
 - Uma em cada cinco entregas é incompleta
 - Duas em cada cinco entregas é incompleta
 - Três em cada cinco entregas é incompleta
 - Todas as entregas são incompletas
152. Como os medicamentos chegam até o serviço a partir dos laboratórios oficiais?
- Os laboratórios geralmente entregam no serviço
Anote a taxa média cobrada: _____ por entrega
_____ % do valor da entrega
 - O serviço deve organizar para buscar os medicamentos com transporte próprio
 - Outros _____
153. No ano passado, o serviço recebeu pedidos dos laboratórios oficiais com os seguintes problemas? (*marque todas as respostas que se aplicam e anote a fonte*)
- Artigo não pedido
 - Quantidade incorreta
 - Produto de qualidade inferior
 - Produto vencido ou próximo da data de vencimento
 - Alteração de preço
 - Artigo danificado
 - Especificação errada
 - Outros: _____
 - Nenhum
154. Se o serviço tiver tido problemas com medicamentos de qualidade inferior no ano passado, anote quais foram os produtos, os problemas, e os fornecedores
- | <u>Produto</u> | <u>Problema</u> | <u>Fornecedores</u> |
|----------------|-----------------|---------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
155. O serviço tomou alguma atitude para abordar esses problemas de qualidade? Em caso afirmativo, qual?
- _____

156. Quais são as três principais vantagens de se realizar compra de medicamentos de laboratórios Oficiais?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

157. Quais são as três principais desvantagens de se realizar compra por dispensa de licitações de medicamentos?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Compras por Meio de Compra Direta (dispensa de licitação)

Se não faz compra direta, vá para questão 83.

158. A pessoa que aprova as compras de medicamentos por compra direta é a mesma pessoa que autoriza as outras solicitações (a pessoa mencionada na questão 17)? Sim ou Não

Em caso negativo, quem é responsável pela aprovação de compras diretas de medicamentos? (cargo) _____

Descreva o procedimento para aprovar compras diretas pelo próprio serviço.

159. Há algum medicamento específico que o serviço compra com regularidade por meio de compra direta? Sim ou Não

Se sim, quais são os cinco mais importantes? (*indique nome e concentração*)

- a. _____
- b. _____
- c. _____

- d. _____
- e. _____

160. Quantos pedidos foram feitos no setor privado, por meio de compra direta pelo próprio serviço, no ano passado (2000)? _____

161. Qual foi o valor total dessas das compras diretas? _____

162. O número de compras diretas aumentou, diminuiu ou permaneceu o mesmo nos últimos três anos? Por quê?

- a. Aumentou _____
- b. Diminuiu _____
- c. Permaneceu o mesmo

163. Relacione os fornecedores mais importantes/mais utilizados para a compra direta:

164. Qual é o tempo médio entre enviar um pedido/solicitação e receber os medicamentos do fornecedor?

- a. até 1 semana
- b. de 7 a 15 dias
- c. de 15 a 30 dias
- d. Entre 30 e 60 dias
- e. Mais de 60 dias

165. Qual é, aproximadamente, a proporção de entregas são incompletas das compras diretas?

- a. Zero, todas as entregas são geralmente de pedidos completos
- b. Uma em cada cinco entregas é incompleta
- c. Duas em cada cinco entregas é incompleta
- d. Três em cada cinco entregas é incompleta
- e. Todas as entregas são incompletas

166. Como os medicamentos chegam até o serviço a partir dos fornecedores?
- Os fornecedores geralmente entregam no serviço
Anote a taxa média cobrada: _____ por entrega
_____ % do valor da entrega
 - O serviço deve organizar para buscar os medicamentos com transporte próprio
 - Outros _____

167. Em geral, como são feitos os pagamentos aos fornecedores? (*indique todos que se aplicam*)

- Dinheiro em espécie
- Cheque/transferência bancária
- Crédito/a prazo
- Outros: _____

168. No ano passado, o serviço recebeu compras diretas com os seguintes problemas? (*marque todas as respostas que se aplicam e anote a fonte*)

- Artigo não pedido
- Quantidade incorreta
- Produto de qualidade inferior
- Produto vencido ou próximo da data de vencimento
- Alteração de preço
- Artigo danificado
- Especificação errada
- Outros: _____
- Nenhum

169. Se o serviço tiver tido problemas com medicamentos de qualidade inferior no ano passado, anote quais foram os produtos, os problemas, e os fornecedores

<u>Produto</u>	<u>Problema</u>	<u>Fornecedores</u>
----------------	-----------------	---------------------

170. O serviço tomou alguma atitude para abordar esses problemas de qualidade? Em caso afirmativo, qual?

171. Quais são as três principais vantagens de se realizar compras diretas medicamentos?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

172. Quais são as três principais desvantagens de se realizar compras diretas de medicamentos?

- a. _____
- b. _____
- c. _____

Infra-estrutura e equipamentos

Peça para ver a área onde fica o estoque de medicamentos.

173. Quantos medicamentos (especialidades farmacêuticas) distintos são geralmente mantidos em estoque (*confirma com as questões 21 e 22*) _____

174. Qual a porcentagem da área de armazenamento dedicado a medicamentos?
_____ %

175. A área de armazenamento é suficiente para a quantidade necessária de estoque de medicamentos? Sim ou Não

(Observe a área e anote se parecer lotada ou pouco utilizada. Pergunte se é uma situação normal)

176. Há ventilação suficiente (*na opinião do entrevistador*)? Sim ou Não

177. Qual o método de controle de temperatura?

- a. Ar condicionado
- b. Ventilador
- c. Nenhum

178. Há uma área de armazenamento (inclui geladeira ou refrigerador) frio para vacinas e outros termolábeis? Sim ou Não

179. A temperatura é monitorada nesta área? Sim ou Não

180. Há um registro de temperatura? Sim ou Não (Peça para vê-lo)

181. Qual é a fonte de energia elétrica para a unidade? (*marque todas que se aplicam*)

- a. Companhia elétrica
- b. Gerador local

c. Outros : _____

182. Qual o valor médio anual em estoque no ano de 2000 (considerando todos os mecanismos de aquisição)? _____ R\$

183. Existe perda de medicamentos por algum destes problemas e qual sua relação porcentual?

<i>Problema</i>	<i>S ou N</i>	<i>Valor em reais</i>	<i>Relação porcentual das perdas</i>
<i>a. Vencimento</i>			
<i>b. Dano/estrago</i>			
<i>c. Roubo/desaparecimento</i>			
<i>d. Outros</i>			
			100%

184. O serviço tem seu próprio veículo para transporte de medicamentos? Sim ou Não

185. Quanto o serviço gastou em transporte (inclusive gasolina, aluguel de carro, diárias, etc.) para medicamentos no ano passado? R\$ _____

186. Quais são os principais problemas com o transporte de medicamentos?

a. _____

b. _____

c. _____

Dispensação de medicamentos

187. O serviço fraciona e embala previamente os medicamentos? Sim ou Não

188. Quem dispensa os medicamentos para os pacientes? (*Marque todas as respostas que se aplicam*)

a. Farmacêutico

b. Técnico / auxiliar de farmácia

c. Enfermeira

d. Auxiliar de enfermagem

e. Outros: _____

189. O serviço mantém um registro de prescrições escritas e dispensadas? (*O registro será solicitado para completar a análise de prescrições/dispensações*)

a. Prescrições

b. Dispensações

c. Prescrições + Dispensações

d. Nenhuma

É feita orientação aos pacientes no momento da dispensação? Sim Não

Horário de funcionamento

190. Anote os dias e o horário de funcionamento do serviço.

Segunda-feira _____

Terça-feira _____

Quarta-feira _____

Quinta-feira _____

Sexta-feira _____

Sábado _____

Domingo _____

ENTREVISTA AO PACIENTE NA SAÍDA DE SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICOS

Use este formulário para entrevistar os pacientes ao saírem do serviço de saúde. Deve-se entrevistar pelo menos dez (10) pacientes.

MUNICÍPIO:	Nº município	Entrevista Nº
Nome do estabelecimento:	Tipo de serviço	<input type="checkbox"/> CMS <input type="checkbox"/> Farmácia dispensação <input type="checkbox"/> Outro

Quando o paciente sair do estabelecimento, pergunte se tem prescrição de medicamentos. Se “sim”, continue. Primeiro **peça permissão** para o paciente. Nas perguntas da tabela, marque **S**, caso a informação dada pelo paciente confira com a prescrição e **N** no caso contrário, **NR** se a informação não estiver registrada.

Pergunte ao paciente/responsável “Para quem é o remédio?” Masc/ Fem? Adulto Criança (até 12 anos) Gestante? Sim/ Não

Renda familiar: até R\$180,00 R\$181,00 a R\$ 900,00 R\$ 901,00 a R\$ 1.800,00 mais de R\$ 1.801,00 Não informado

Origem da receita: Pública Privada

Sabe o nome do remédio? Quem lhe disse?	Sabe para que serve o remédio? Se sim, para que? Quem lhe disse?	Quantas vezes por dia? Quem lhe disse?	A cada vez, quantos comprimidos você deve tomar? Quem lhe disse?	Sabe por quanto tempo tem que tomar o remédio? Quem lhe disse?	Deram mais alguma informação sobre o remédio? Quem lhe disse?	Você recebeu os remédios? 1= Sim, tudo 2= Não 3= Sim, parte	Onde pretende conseguir os remédios 1= Farmácia do SUS 2= Farmácia Privada 3= Não sabe 4= Outro
<i>Amoxicilina (médico)</i> S N I	<i>Infecção (médico)</i> S N I	<i>3 vezes ao dia (balconista)</i> S N NR I	<i>1 comprimido (balconista)</i> S N NR I	<i>7 dias (ninguém)</i> S N NR I	<i>Tomar com leite (médico)</i> S N NR I	2	1
S N I	S N I	S N NR I	S N NR I	S N NR I	S N NR I		
S N I	S N I	S N NR I	S N NR I	S N NR I	S N NR I		
S N I	S N I	S N NR I	S N NR I	S N NR I	S N NR I		

S= Sim N= Não NR= Não registrado na receita I = Ilegível



PESQUISA EM FARMÁCIA PRIVADA

Instruções: Peça para falar com o gerente da farmácia ou a pessoa responsável. Explique o objetivo da pesquisa e o tempo necessário para completar o questionário. Responda a quaisquer perguntas ou dúvidas sobre **confidencialidade**. Obtenha permissão para realizar a pesquisa.

Município: _____ N° município:

Entrevistadores: _____ Data: ____/junho/2001

Localização da farmácia: a. Avenida/rua principal (área visível)

b. Rua secundária/lateral

c. Periferia da cidade

O farmacêutico está presente? Sim ou Não

Cargo da pessoa entrevistada: _____

1. O imóvel da farmácia é próprio ou alugado? Próprio Alugado Não sabe

2. Quantas pessoas trabalham na farmácia? _____

3. Anote os funcionários por cargo e último ano de escolaridade ou diploma obtido

Cargo	Escolaridade/Diploma
Balconista 1	1ª S, 2 grau, Aux. Enfermagem

4. Quando a farmácia obteve a 1ª licença de funcionamento (COFISA)? _____

5. Quando a farmácia foi aberta? _____

6. Qual a categoria desta farmácia?
- Farmácia independente (pertence a uma pessoa física)
 - Propriedade de uma empresa (cadeia de farmácias)
 - Franquia (proprietário independente, mas tem linha de produtos padronizada pelo franqueador)
7. Quem decide quais medicamentos serão vendidos na farmácia?
- Proprietário
 - Farmacêutico-chefe
 - Vendedor
 - Outro _____
8. Em geral, quantos produtos diferentes são mantidos a disposição para venda?
- _____
- Quantos são medicamentos de marca/similares? _____
 - Quantos são medicamentos genéricos (Lei 9787)? _____
9. A farmácia vende algum dos seguintes artigos? (*Marque todos que se aplicam*)
- Artigos médicos (ex.: seringas, gizes)
 - Vacinas (Especificar) _____
 - Métodos diagnósticos (Especificar) _____
 - Produtos dentários _____
 - Preservativos
10. A farmácia fraciona os medicamentos? Sim ou Não
11. A farmácia mantém algum registro dos medicamentos vendidos? Quais?
- Livro de vendas
 - Livro de prescrições
 - Registro computadorizado
 - Nenhum
 - Outros: _____
12. O serviço mantém um registro de medicamentos prescritos e medicamentos dispensados (**excluídos** os medicamentos da 344)?
- Prescrições (medicamentos demandados por pacientes)
 - Dispensações (medicamentos atendidos por pacientes)
 - Prescrições + Dispensações
 - Nenhuma

13. Quantos clientes, aproximadamente, vêm comprar medicamentos por dia? _____

14. Quantos artigos, aproximadamente, a farmácia vende por dia? _____

15. Que proporção, aproximadamente, desses artigos é vendida com prescrição?

- a. Nenhuma
- b. 1 em 4
- c. 2 em 4
- d. 3 em 4
- e. Todos

16. A farmácia tem as seguintes fontes de informação (anote também o ano)?:

- a. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais _____
- b. Protocolos de tratamento _____
- c. Farmacopéias _____
- d. Livro de farmacologia. Qual/ano _____
- e. DEF (Dicionário de Especialidades Farmacêuticas) _____
- f. Lista de conversão nome genérico/marca _____
- g. DCB _____
- h. Outras fontes de informações sobre medicamentos (especificar): _____

17. A farmácia tem algum contrato com hospitais, clínicas privadas, empresas de seguro ou outras instituições para fornecer medicamentos ou artigos médicos para os pacientes?

Sim ou Não (Em caso afirmativo, anote o nome da instituição e o valor aproximado das vendas de cada contrato.)

a. _____

b. _____

c. _____

18. Caso saiba, qual é o custo administrativo mensal de processamento de solicitações de pagamentos e recebimento de pagamentos das instituições? _____

19. Qual é o número de dias, em média, que leva para receber pagamento por dispensar uma prescrição para as instituições privadas? (anote as diferenças significativas por instituição) _____

20. A farmácia vende medicamentos ou artigos médicos para instituições do setor público, como previdência social, hospitais públicos, centros de saúde ou dispensários? Sim ou Não

Caso saiba, anote as instituições do setor público e a porcentagem das vendas totais.

- a. _____
- b. _____
- c. _____
- d. _____

21. Qual é o número de dias, em média, até receber pagamento por dispensar uma prescrição para essas instituições públicas? (*anote as diferenças significativas por instituição*) _____ dias

Existe alguma política especial de preços para pacientes do setor público? Sim ou Não

Descreva: _____

22. Que proporção de clientes de sua farmácia são pacientes com prescrições de serviços públicos de saúde?

- a. Nenhum
- b. 1 em 4
- c. 2 em 4
- d. 3 em 4
- e. Todos

23. Vende medicamentos com desconto para alguns pacientes? Sim ou Não

24. Para que tipos de pacientes a farmácia oferece desconto e qual é o valor deste?

- a. Pobres _____%
- b. Idosos _____%
- c. Crianças _____%
- d. Inválidos _____%
- e. Outros (especificar) _____ %

25. Como a farmácia decide seu preço de venda?

- a. Usa o preço sugerido pelo fornecedor
- b. Acrescenta uma porcentagem ao preço pago ao fornecedor (_____%)
- c. O preço é tabelado pelo governo
- d. Outros: _____

26. Se houver um aumento no preço pago ao fornecedor, qual é a porcentagem (%) de aumento para os produtos das seguintes categorias:
- Medicamentos que requerem prescrição médica (inclusive as substâncias controladas) _____%
 - Medicamentos que não requerem prescrição médica (vendidos sem receita) _____%
 - Preservativos _____%
 - Outros produtos: _____%
27. Quando os fornecedores mudam os preços, como isso afeta os preços em sua farmácia?
- O estoque antigo é vendido ao preço novo, com base na última remessa
 - O estoque antigo é vendido ao preço original, e o novo, ao preço novo
 - Calcula-se e aplica-se um preço médio
 - Outros
28. De quantos fornecedores a farmácia compra seus medicamentos? _____
29. Quais são seus cinco maiores fornecedores (os que fornecem as maiores quantidades)?
- _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
30. Quais são os fornecedores mais confiáveis?
- _____
 - _____
 - _____
31. Quais são os fornecedores menos confiáveis?
- _____
 - _____
 - _____

32. Qual é o prazo normal para pagar os fornecedores?
- 30 dias
 - 60 dias
 - 90 dias
 - Imediato
 - Outros: _____
33. Obtém desconto por pagar na data certa? Sim ou Não
Em caso afirmativo, que desconto recebe? _____(%)
34. Quais são as multas por pagamento em atraso? _____ (%)
35. Como faz pedidos aos fornecedores?
- Por fax
 - Por telefone
 - Por mail
 - Contato com o vendedor
 - Modem ou e-mail
 - Outros: _____
 - Não sabe
36. Com que regularidade faz pedidos ao fornecedor?
- Uma vez por mês
 - Duas vezes por mês
 - De dois em dois meses
 - Quando necessário
 - Outros: _____
 - Não sabe
37. Depois de fazer o pedido ao fornecedor, quantos dias, em geral, precisa esperar até receber as mercadorias?
- No mesmo dia
 - Um dia
 - Até 7 dias
 - De 7 a 15 dias
 - Até 30 dias
 - Não sabe

38. Existe um sistema para registrar pedidos de compras? Em caso afirmativo, que informações contém?: *(marcar todas as alternativas que se aplicam)*
- Data de emissão do pedido
 - Data de recebimento do pedido
 - Quantidade pedida
 - Quantidade recebida
 - Custo estimado do pedido
 - Não há registro
39. Como a farmácia recebe as mercadorias? *(Indicar o principal mecanismo)*
- Correio
 - Transporte do fornecedor
 - Transporte comercial
 - A farmácia busca as mercadorias
 - Outros: _____
40. Geralmente recebe o pedido completo *(sem itens não atendidos)*? Sim ou Não
41. Que relatórios recebe do fornecedor? *(marque todos que se aplicam)*
- Relatório do pedido
 - Compras
 - Relatório do pagamento
 - Outros: _____
 - Nenhum
42. No ano passado, a farmácia recebeu produtos de um fornecedor com algum dos seguintes problemas? *(marque todos que se aplicam)*
- Artigo não pedido
 - Produtos danificados
 - Alteração de preço não esperada
 - Vencido ou próximo da data de vencimento
 - Medicamento/concentração/apresentação, etc. errada
 - Problemas de qualidade (especificar): _____
 - Outros : _____
43. Relacione os três principais problemas que a farmácia enfrenta para conseguir o melhor preço dos fornecedores:
- _____
 - _____
 - _____

44. Relacione os três principais problemas que a farmácia enfrenta para selecionar fornecedores confiáveis:

- a. _____
- b. _____
- c. _____

45. Relacione os três principais problemas relacionados à qualidade do serviço do fornecedor (ex.: disponibilidade, quantidade, qualidade dos produtos):

- a. _____
- b. _____
- c. _____

46. Relacione os três principais problemas com pagamento de fornecedores:

- a. _____
- b. _____
- c. _____

47. Como anuncia seus produtos e serviços? (*Marque todos que se aplicam*)

- a. Cartazes e pôsteres
- b. Propaganda em jornais
- c. Propaganda em rádio
- d. Propaganda na televisão
- e. Outros: _____
- f. Não anuncia

48. Se vender vacinas e soros, insulina ou outros termolábeis, verifique as condições de refrigeração.

- a. Há uma geladeira para armazenar as vacinas? Sim ou Não
- b. A geladeira parece estar funcionando? Sim ou Não
- c. Existe termômetro na geladeira? Sim _____ Temp _____ °C Não

(Se for termômetro de Máx/Min, anotar T_{máx})

Horário de funcionamento e outros serviços

49. Que dias a farmácia abre? Anote o horário de funcionamento da farmácia:

Segunda-feira _____	Sexta-feira _____
Terça-feira _____	Sábado _____
Quarta-feira _____	Domingo _____
Quinta-feira _____	

50. A farmácia oferece algum serviço aos clientes? *Indique todos que se aplicam.*

- Fornecer informações sobre medicamentos
- Sugere/recomenda remédios
- Pesquisa sobre problemas relacionados ao uso de medicamentos (ex.: interação medicamentosa, reações alérgicas, etc.)
- Mantém perfil/informações específicas dos pacientes
- Aplica injeções
- Medição de pressão arterial
- Outros: _____

51. Qual foi a última vez que a farmácia foi fiscalizada pela Vigilância Sanitária?

- No ano passado
- Nos últimos dois anos
- Nunca
- Não sabe

Peça para ver evidências de fiscalização e descreva o documento apresentado e a data.

A farmácia utiliza qualquer sistema computadorizado com fins comerciais?

Sim ou Não

- Controle de estoque
- Contas a pagar
- Contas a receber
- Correspondência
- Outros: _____

OBSERVAÇÕES: *Não pergunte a próxima questão. Observe e anote após sair da farmácia.*

Que outros tipos de produtos são vendidos na farmácia? *Indique todos que se aplicam.*

- | | |
|--|--|
| a. Artigos médicos (inclusive, mosquitoire e seringas) | f. Roupas |
| b. Alimentos naturais | g. Artigos secos (ex.: perfumes, sabonetes, cosméticos, presentes) |
| c. Alimentos perecíveis | h. Artigos/aparelhos eletrônicos |
| d. Alimentos não perecíveis | i. Outros |
| e. Artigos de papelaria | |

Avise que nos comprometemos a enviar cópia do relatório final consolidado (sem identificação dos municípios).

Agradeça e encerre a entrevista.

Eritromicina susp oral 125/5mL	Frasco						
Fenobarbital comp 100 mg	Comp.						
Glibenclamida 5 mg	Comp.						
Hidroclorotiazida 50 mg	Comp.						
Isoniazida + rifampicina comp 200 + 300	Caps.						
Mebendazol susp oral 100 mg/5mL	Frasco						
Metronidazol comp 500 mg	Comp.						
Paracetamol sol oral 100mg/mL	Frasco						
Preservativos masculinos	Unidades						
Propranolol 40 mg	Comp.						
Sais de reidratação oral	Frasco/Env.						
Salbutamol 0,4mg/mL sol., oral	Fras.						
Sulfametoxazol + trimetoprima comp 400 + 80 mg	Comp.						
Zidovudina caps 100 mg	Caps.						

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DE PACIENTE SIMULADO

Infecção respiratória superior

MUNICÍPIO: _____ Nº município:

Data: ____/____/____

Paciente simulado: Entrevistador Voluntário

Farmácia Programada Farmácia Não Programada

Localização: Avenida/rua principal (área visível)

Rua secundária/ lateral

Periferia da cidade

Um pesquisador irá selecionar um cliente fictício e explicar-lhe a tarefa. Esse cliente fictício deve entrar na farmácia poucos minutos depois e dizer ao balconista:

“Minha filhinha está com febre, tosse e nariz escorrendo há dois dias. Ela não tem dormido bem a noite toda. O que pode me dar?”

Não forneça mais nenhuma informação, a não ser que peçam. Procure lembrar todos os conselhos ou instruções que o farmacêutico ou balconista lhe der. Se o farmacêutico ou o balconista fizerem as seguintes perguntas, responda como se segue:

Quantos anos a menina tem? Seis anos

Teve algum problema, como diarreia ou vômitos? Não

Já tomou algum medicamento? Não, ainda não

A menina consegue se alimentar ou tomar líquidos? Responda que consegue beber e comer, mas dói por causa da garganta inflamada.

Se o preço do(s) medicamento(s) oferecido(s) for maior que 10 Reais), diga ao farmacêutico “Só tenho 10 (Reais).” Espere e veja o que ele irá lhe oferecer. Compre o que puder com os 10 (Reais) e lembre-se da primeira sugestão dada. Ao sair da farmácia, encontre o pesquisador que está esperando do lado de fora e conversem sobre o que aconteceu. Não esquecer de pedir nota comprovante da compra.

Anote o seguinte:

O balconista explicou como tomar o medicamento? Sim ou Não

O balconista falou sobre qualquer problema que o medicamento pode causar? Sim ou Não

O balconista deu alguma sugestão ou informação sobre como cuidar da criança e tratar a febre? Sim ou Não

Em algum momento foi feita a sugestão de procurar um médico? Sim ou Não

Que medicamentos recomendou primeiro?	
Medicamento	Preço

Que medicamentos foram vendidos ao final?	
Medicamento	Preço

ENTREVISTA AO PACIENTE NA SAÍDA DE FARMÁCIAS PRIVADAS

Use este formulário para entrevistar os pacientes ao saírem da farmácia. Deve-se entrevistar pelo menos dez (10) pacientes ou 1:30h de abordagem.

MUNICÍPIO:	Nº município	Entrevista Nº
Nome do estabelecimento:		

Quando o paciente sair do estabelecimento, pergunte se tem prescrição de medicamentos. Se “sim”, continue. Primeiro **peça permissão** para o paciente. Nas perguntas da tabela, marque **S**, caso a informação dada pelo paciente confira com a prescrição e **N** no caso contrário, **NR** se a informação não estiver registrada.

Pergunte ao paciente/responsável “Para quem é o remédio?” Masc/ Fem? Adulto Criança (até 12 anos) Gestante? Sim/ Não

Renda familiar: até R\$180,00 R\$181,00 a R\$ 900,00 R\$ 901,00 a R\$ 1.800,00 mais de R\$ 1.801,00 Não informado

Origem da receita: Pública Privada

Primeiro, copie todos os medicamentos da receita. Depois, faça as seguintes perguntas ao paciente/responsável:

Sabe o nome do remédio? (copiar exatamente como na receita) Quem lhe disse?	Sabe para que serve o remédio? Se sim, para que? Quem lhe disse?	Quantas vezes por dia? Quem lhe disse?	A cada vez, quantos comprimidos você deve tomar? Quem lhe disse?	Sabe por quanto tempo tem que tomar o remédio? Quem lhe disse?	Deram mais alguma informação sobre o remédio? Quem lhe disse?	Você comprou os remédios? 1= Sim, tudo 2= Não 3= Sim, parte	Porque? 1.=Não tinha 2= Não tinha dinheiro 3=Outro
<i>Amoxicilina</i> <i>(médico)</i> S N I	<i>Infecção</i> <i>(médico)</i> S N NR I	<i>3 vezes ao dia</i> <i>(balconista)</i> S N NR I	<i>1 comprimido</i> <i>(balconista)</i> S N NR I	<i>7 dias</i> <i>(ninguém)</i> S N NR I	<i>Tomar com leite</i> <i>(médico)</i> S N NR I	2	1
S N I	S N NR I	S N NR I	S N NR I	S N NR I	S N NR I		
S N I	S N NR I	S N NR I	S N NR I	S N NR I	S N NR I		
S N I	S N NR I	S N NR I	S N NR I	S N NR I	S N NR I		
S N I	S N NR I	S N NR I	S N NR I	S N NR I	S N NR I		

S= Sim N= Não NR= Não registrado na receita I = Ilegível

Anexo 6. Proposta de Sistema de Informação de Assistência Farmacêutica no Estado do Rio de Janeiro

Núcleo de Assistência Farmacêutica

A **avaliação** constitui-se em uma ferramenta gerencial de valor indiscutível. Frente ao aumento das demandas e dos problemas de saúde, ao aumento da consciência dos usuários de seus direitos, à complexidade crescente das organizações e das tecnologias em saúde aliados à restrição dos recursos financeiros, não se admite mais a tomada de decisão sem que se tenha como base evidências confiáveis.

Um sistema de informação, deve permitir o acompanhamento da evolução dos esforços envidados, de forma que os progressivos sucessos, muitas vezes não percebidos no aodamento das rotinas e problemas que enfrentamos cotidianamente, possam ser percebidos e, desta forma, servir de estímulo às equipes.

Um outro motivo que evidencia a necessidade de avaliação das políticas públicas é que todos os investimentos são financiados pela população, clientes diretos ou indiretos dos serviços prestados. O modelo de saúde atualmente utilizado é fortemente calcado na participação da sociedade. Aumenta assim a importância da prestação de contas do andamento das ações planejadas no espaço coletivo.

Propõe-se a coleta de um conjunto de indicadores, selecionados com base na experiência internacional consagrada, bem como de experiências já realizadas no Brasil, várias delas no Estado do Rio de Janeiro.

Metodologia

Propõe-se um conjunto de indicadores abrangendo aspectos de estrutura, processo e resultado. A forma de coleta irá variar de acordo com o indicador, incluindo a observação direta, análise de documentos e consulta a base de dados secundárias.

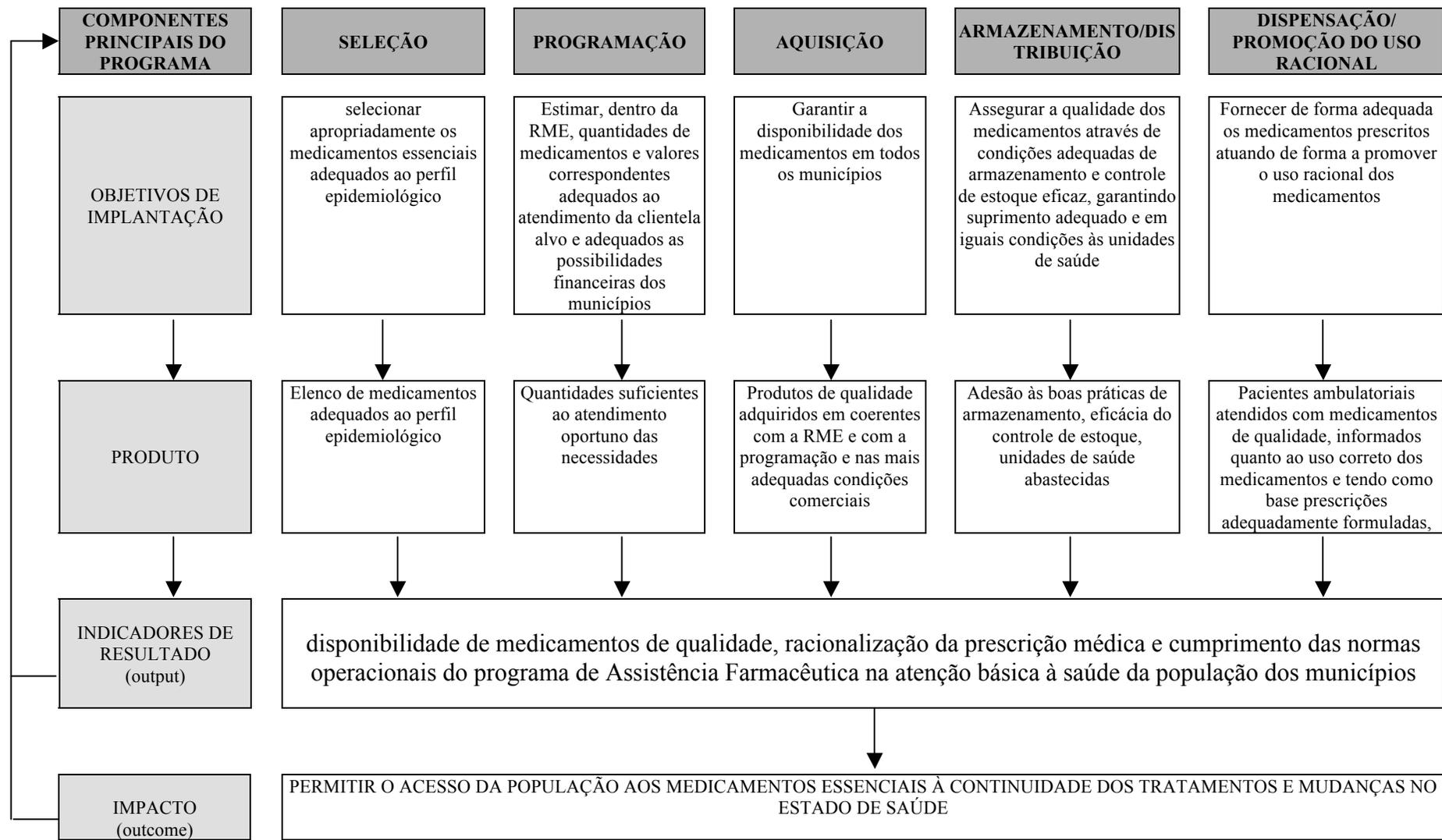
Sugere-se uma primeira instância de consolidação dos dados no nível local, de forma que o esforço da incorporação desta atividade nas rotinas de trabalho possa ser compensado com a disponibilização imediata dos dados neste nível para a pronta tomada de decisão. Para coleta de alguns dos indicadores propostos será necessária a interação da GMAF com outros órgãos das prefeituras, como o Fundo Municipal de Saúde, Epidemiologia, etc. Espera-se que a interação criada possa trazer como efeito benéfico a criação do espaço de planejamento conjunto.

Após o envio dos dados à Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica para sua consolidação deve ocorrer o retorno dos dados compilados e analisados aos municípios para que estes possam ter uma percepção do conjunto. Este trabalho será completado com visitas de supervisão realizadas pela equipe de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde, eventualmente acompanhada de consultores.

O envio dos dados ao nível estadual pode ser, neste momento, acompanhado de relatório que aponte os esforços planejados e/ou realizados para correção dos problemas. Da mesma forma, o retorno aos municípios, dos dados consolidados no nível estadual pode se fazer acompanhar de propostas e recomendações de intervenções técnicas ou gerenciais para correção dos problemas, para que a experiência bem sucedida de um município pode ser a base para o enfrentamento de problemas em outro município.

A proposta que claramente se coloca é a construção de uma base sólida de cooperação tanto vertical quanto horizontal, muito distante da mera fiscalização com finalidades punitivas.

Modelo Lógico da Assistência Farmacêutica Municipal – enfoque no atendimento ambulatorial



Planilha de Indicadores para Avaliação da Assistência Farmacêutica no Estado do Rio de Janeiro – Período:

INDICADOR	DEFINIÇÃO E UTILIZAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE/ MÉTODO COLETA	PADRÃO	PERIODICIDADE DE COLETA
A - ESTRUTURA					
1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DO MUNICÍPIO					
A1.1. População	População total estimada. Base de cálculo para outras estimativas	Não se aplica	GEAF/ DATASUS	–	Anual
A1.2. Mulheres em idade fértil	Mulheres entre 10 e 49 anos. Base de cálculos para insumos para o Programa de Saúde da Mulher	Não se aplica	GEAF/ DATASUS	–	Anual
A1.3. População de idosos	População com 60 anos e mais	Não se aplica	GEAF/ DATASUS	–	Anual
A1.4. População adulta de maior suscetibilidade a HTA e diabetes mellitus	População com 30 anos e mais	Não se aplica	GEAF/ DATASUS	–	Anual
A1.5. N ^o Estimado de indivíduos diabéticos com indicação de tratamento farmacológico ⁷	O estudo de prevalência realizado no Brasil trabalhou com a população de 30 anos e mais. O estudo de prevalência realizado no município do Rio de Janeiro indicou a prevalência de 7,47% na população acima de 30 anos. Estima-se que, do total de diabéticos, 85% necessite tratamento farmacológico	Pop. Acima de 30 anos X 0,0635	GEAF/ DATASUS	–	Anual
A1.6. N ^o Estimado de indivíduos hipertensos com indicação de tratamento farmacológico ⁸	O estudo de prevalência realizado no Brasil trabalhou com a população de 30 anos e mais. Tem-se que cerca de 15% da população adulta tem HTA. Destes 70% terão HTA leve, dos quais 50% necessitará tratamento farmacológico; 30% do total de HTA terá HTA moderada e 10% do total de HTA terá HTA grave.	Pop. Acima de 30 anos X 0,0975	GEAF/ DATASUS	–	Anual
2. ORGANIZAÇÃO DO SETOR SAÚDE					
A2.1. Existência de estrutura para Assistência Farmacêutica no organograma da SMS	Assistência Farmacêutica consta formalmente no organograma da SMS	Não se aplica	SMS	Sim	Anual
A2.2. Total de consultas ambulatoriais realizadas	Total de consultas médicas realizadas no ano	∑ consultas médicas ambulatoriais + PSF.	SMS/ DATASUS	–	Anual

⁷ A Prevalência estimada da Diabetes mellitus para o RJ (capital) para 1998 é de 7,47% da população adulta (30 anos e mais). Fonte DATASUS, 2001 (<http://www.datasus.gov.br/cgi/IDB2000/d11.htm>, acessada em 18/09/2001) – O MS tem trabalhado com 4,1%

⁸ A Prevalência estimada da Hipertensão em adultos (acima de 20 anos) é de 11 a 20% (MS, 2001. - <http://www.saude.gov.br/programas/cardio/cardio.htm#cardio3> acessada em 18/09/2001). Para efeitos de cálculo dos medicamentos, propõe-se aquele utilizado pelo GTAF/SPS/MS: 15% da população com 30 anos e mais, onde, destes, 70% com HTA leve, 20% com HTA moderada e 10% com HTA grave. Fonte: GTAF/SPS/MS, agosto de 2000.

INDICADOR	DEFINIÇÃO E UTILIZAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE/ MÉTODO COLETA	PADRÃO	PERIODICIDADE DE COLETA
A2.3. Número de farmacêuticos que trabalham com assistência farmacêutica (AF)	Total de farmacêuticos que com carga horária contrata total ou parcialmente dedicada a atividades de AF.	\sum de farmacêuticos que com carga horária contrata total ou parcialmente dedicada a atividades de AF	GMAF	–	Anual
A2.4. Percentual Diabéticos com indicação de tratamento farmacológico inscritos no programa de fornecimento de medicamentos	Destina-se a avaliar o alcance da meta de cobertura do programa de diabetes	\sum pacientes inscritos no programa de diabetes para recebimento de medicamento / \sum pacientes diabéticos estimados * 100	GMAF, Serviço de Epidemiologia	N ⁹	Anual
A2.5. Percentual hipertensos com indicação de tratamento farmacológico inscritos no programa de fornecimento de medicamentos	Destina-se a avaliar o alcance da meta de cobertura do programa de hipertensão	\sum pacientes inscritos no programa de hipertensão para recebimento de medicamento / \sum pacientes hipertensos estimados * 100	GMAF, Serviço de Epidemiologia	N ¹⁰	
3. ORGANIZAÇÃO DA AF NAS UBS					
A3.1. Razão de UBS que possuem Relação de Medicamentos Essenciais disponível	Razão de UBS visitadas que possuem disponível uma cópia impressa da Relação de medicamentos Essenciais utilizada no município. Se a UBS tiver farmácia, a verificação deve ser aí feita. Se não tiver, verificar com a chefia da unidade. Se município tiver menos que 10 UBS, visitar todas. Se tiver mais, visitar no mínimo 10 UBS.	\sum UBS com RME / \sum visitadas.	UBS	1	Anual
SELEÇÃO					
A3.2. Existência de REMUME atualizada nos últimos 3 anos	REMUME elaborada pelo nível local (município isoladamente ou óculo assistencial) por comissão multiprofissional e formalmente reconhecida pelo secretário municipal de saúde	Não se aplica	GMAF	SIM ¹¹	Anual
A3.3. Nº de fármacos na REMUME	Nº de diferentes fármacos na REMUME.	\sum dos diferentes fármacos da REMUME	GMAF		
A3.4. Nº de apresentações na REMUME	Nº de diferentes apresentações, sendo entendidas como tal as variações de dose e forma farmacêutica dos medicamentos e correlatos constantes da REMUME	\sum das diferentes apresentações da REMUME	GMAF		
A14. Percentual de associações na REMUME	Associações são os medicamentos que apresentam mais de 1 princípio ativo (fármaco)	\sum das diferentes apresentações associadas da REMUME / \sum das diferentes apresentações da REMUME	GMAF	–	Anual

⁹ Depende da cobertura estimada

¹⁰ Depende da cobertura estimada

¹¹ Sim, para municípios acima de 50.000 habitantes ou com municípios com qualquer população com unidade hospitalar sob gestão municipal

INDICADOR	DEFINIÇÃO E UTILIZAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE/ MÉTODO COLETA	PADRÃO	PERIODICIDADE DE COLETA
A15. Nº de apresentações REMUME destinadas a dispensação ambulatorial de rotina	Nº de diferentes apresentações, sendo entendidas como tal as variações de dose e forma farmacêutica dos medicamentos e correlatos constantes da REMUME que são dispensados aos pacientes no nível ambulatorial	\sum das diferentes apresentações da REMUME dispensadas no nível ambulatorial	GMAF	–	Anual
AQUISIÇÃO					
A16. Total adquirido e recebido de medicamentos pelo município	Total em reais de medicamentos adquiridos e recebidos de todas as esferas e fontes de financiamento (repasso federal, repasse estadual, recursos municipais (FMS e Tesouro), outros)	\sum dos valores de todas as entradas de medicamentos no período de referência	GMAF	–	
A.17. Total recebido em medicamentos per capita	Total em reais de medicamentos adquiridos e recebidos de todas as esferas e fontes de financiamento (repasso federal, repasse estadual, recursos municipais (FMS e Tesouro), outros) por habitante	\sum dos valores de todas as entradas de medicamentos no período de referência/ total habitantes no mesmo período	GMAF, Datasus, FMS, Secretaria de Administração, SIOPs		
A18. Percentual de recursos financeiros gastos por modalidade de aquisição	Total gasto com medicamentos em aquisições realizadas com recursos gerenciados no nível municipal, por modalidade de aquisição: Compra direta, Carta convite, Tomada de preços, Compra de Laboratórios oficiais por dispensa de licitação	\sum dos valores empenhados em medicamentos no período de referência, por modalidade de aquisição / \sum valores empenhados em medicamentos com recursos gerenciados no nível municipal	GMAF, FMS, Secretaria de administração, SIOPs		
A19. Percentual Recursos municipais liberados para aquisição de medicamentos em relação ao programado	Tem a intenção de estimar o cumprimento da programação orçamentária no nível municipal. Para que o indicador faça sentido é necessário que a GMAF apresente, para cada exercício, uma programação orçamentária que deverá ser igual ou maior a sua contrapartida prevista	\sum valores liberados (município + federal) ao fim do exercício \sum valores programados e aprovados (município + federal)	GMAF, FMS		Anual
ARMAZENAMENTO					
A20. Percentual BPE atendidas na área de armazenagem no Almoxarifado Municipal de guarda de medicamentos	A área de armazenagem deve ser adequada à conservação da qualidade do medicamento	Nº de itens de BPE observados na área de armazenagem de medicamentos / nº total de BPE avaliados	Depósito municipal de armazenagem, GMAF	80%	Anual
A21. Percentual BPE atendidas na área de armazenagem no Almoxarifado Municipal de guarda de medicamentos	A área de armazenagem de curta permanência deve ser adequada à conservação da qualidade do medicamento. Visitar no mínimo 10 UBS que dispensem medicamentos. Caso o município tenha nº menor ou igual a 10 UBS que dispensem medicamentos, visitar todas.	Nº de itens de BPE observados na área de armazenagem de medicamentos / nº total de BPE avaliados	Farmácia da UBS/ GMAF	80%	Anual

INDICADOR	DEFINIÇÃO E UTILIZAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE/ MÉTODO COLETA	PADRÃO	PERIODICIDADE DE COLETA
PROCESSO					
PROGRAMAÇÃO					
B1. Média mensal de dias de estoque zerado para um conjunto de medicamentos traçadores no Almox Municipal	Considera-se zerado o item que, no momento da verificação, não apresente nenhuma unidade adequada ao consumo. Considera-se inadequado ao consumo as unidades vencidas ou com qualquer tipo de deterioração ou sob suspeita de qualidade.	\sum dias zerados / 12 / \sum itens de estoque dos medicamentos traçadores	Almojarifado municipal	5%	Anual
B2. % Medicamentos traçadores disponíveis na principal UBS de atendimento	Idem acima O indicador deve ser aferido na principal UBS responsável pelo atendimento do medicamento em questão – p.ex. os medicamentos tuberculostáticos devem ser aferidos na principal unidade de atendimento de tuberculose	\sum itens com estoque # 0 / \sum Itens traçadores	UBS	95%	Anual
AQUISIÇÃO					
B3. Valor total gasto em medicamentos com recursos gerenciados pelo município	Os recursos gerenciados pelo município correspondem ao repasse federal + tesouro municipal (depositado ou não no FMS)	\sum despesas com medicamentos (tabela 3.10 do questionário)			
B4. Nº itens fora da REMUME adquiridos no exercício	Cada diferente apresentação (composição, forma farmacêutica e dosagem) deve ser considerada apenas uma vez Se não houver REMUME, considerar a RME adotada	\sum itens fora da REMUME adquiridos no exercício (cada item conta somente uma vez).	GMAF	–	
B5. % financeiro de aquisições fora da REMUME	Considerar todos os valores relativos a aquisição de medicamentos não padronizados	\sum valores de medicamentos não padronizados adquiridos no exercício com recursos do Fundo Municipal de Saúde / \sum valor total das aquisições de medicamentos com recursos do Fundo Municipal de Saúde	GMAF, FMS	–	
ARMAZENAMENTO					
B6. Percentual médio do registro do estoque que corresponde à contagem física para os medicamentos em estoque no almoxarifado municipal de medicamentos	Percentual médio de itens em estoque cujos registros no inventário correspondem exatamente à contagem física	\sum itens de estoque que correspondem exatamente à contagem física / \sum registros examinados * 100	Almojarifado municipal de medicamentos	5%	Anual
B7. Percentual de medicamentos vencidos na UBS	Avaliar na UBS de maior volume de atendimento	\sum itens de estoque com data de validade expirada / \sum itens traçadores com estoque* 100	UBS	0%	Anual
B8. Percentual perdas de medicamentos (em reais)	Consideram-se todas as perdas → danificação, desvio, vencimento	\sum medicamentos perdidos, em valores financeiros ao fim do exercício / \sum entradas de medicamentos (Tabela 3.9)	GMAF	1%	Anual

INDICADOR	DEFINIÇÃO E UTILIZAÇÃO	MÉTODO DE CÁLCULO	FONTE/ MÉTODO COLETA	PADRÃO	PERIODICIDADE DE COLETA
B9. Total de lotes de medicamentos perdidos por vencimento no período de referência	Considerar cada lote perdido por vencimento.	\sum lotes perdidos por vencimento	Almoxarifado municipal de medicamentos	0%	Anual
RESULTADOS					
C1. Média de receitas atendidas por mês	Considerar todas as receitas atendidas sob responsabilidade da GMAF	\sum nº receitas atendidas em cada mês / 12	UBS (receitas)	–	Anual
C2. Média de medicamentos por receita	Propõe-se a verificação de 40 receitas por trimestre na principal unidade pública de dispensação	\sum itens prescritos / \sum receitas verificadas	UBS (receitas)	3	Trimestral
C3. Percentual de medicamentos prescritos pelo nome genérico	A RME deve ser ostensivamente verificada para verificar sua adequação a denominação genérica da base. Considerar todos os itens, padronizados ou não.	\sum itens prescritos prescritos pelo nome genérico/ \sum itens prescritos	UBS (receitas)	90%	Trimestral
C4. Percentual de medicamentos prescritos que pertencem a RME autorizada para atendimento ambulatorial	Pretende verificar a adesão dos prescritos à lista padronizada	\sum itens padronizados prescritos / \sum itens prescritos	UBS (receitas)	90%	Trimestral
C5. Percentual de itens padronizados prescritos que foram atendidos	Considerar apenas os itens padronizados integralmente não atendidos	\sum itens padronizados prescritos e não atendidos / \sum itens padronizados prescritos	UBS (receitas)	90%	Trimestral
C6. Média de receitas com antibiótico	Considerar somente antibióticos e quimioterápicos de uso oral ou injetável (excluir os dermatológicos). Considerar todos os antibióticos e quimioterápicos que atendam a condição anterior (padronizados ou não)	\sum receitas com antibióticos/ \sum receitas verificadas	UBS (receitas)	30%	Trimestral
C7. Média de medicamentos com injetáveis	Considerar todos injetáveis que atendam a condição anterior, padronizados ou não	\sum receitas com injetáveis/ \sum receitas verificadas	UBS (receitas)	10%	Trimestral

Siglas utilizadas:

AF = Assistência Farmacêutica
 BPE = Boas práticas de estocagem
 FMS = Fundo Municipal de Saúde
 GEAF= Gerência Estadual de Assistência Farmacêutica
 GMAF = Gerência Municipal de Assistência Farmacêutica

REMUME = Relação Municipal; de Medicamentos Essenciais
 RENAME = Relação Nacional; de Medicamentos Essenciais
 RESME = Relação Estadual; de Medicamentos Essenciais
 RME = Relação de Medicamentos Essenciais
 UBS = Unidades básicas de saúde