

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
Departamento de Saúde Coletiva
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS DE SAÚDE

MARLOS JOSÉ QUEIROZ FERREIRA

**ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PÚBLICA:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

RECIFE

2011

MARLOS JOSÉ QUEIROZ FERREIRA

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PÚBLICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Orientador: Petrônio Martelli.

Recife

2011

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Ferreira, Marlos José Queiroz Ferreira

Assistência Farmacêutica Pública: uma revisão de literatura/
Marlos José Queiroz Ferreira – Caruaru: M. J. Q. Ferreira, 2010.

Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços
de Saúde) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação
Oswaldo Cruz, 2010.

Orientador: Petrônio Martelli.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Política de Saúde

MARLOS JOSÉ QUEIROZ FERREIRA

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA PÚBLICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Monografia apresentada ao Curso de Especialização de Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde do Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção do título de Especialista em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde

Aprovada em ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli.

Faculdade ASCES

Prof. Ms. Arquimedes Fernandes Monteiro de Melo

Faculdade ASCES

Dedico este trabalho a IAGO MELO QUEIROZ FERREIRA, meu filho, pequeno grande guerreiro que vem ensinando todo dia como se luta pela vida.

FERREIRA, Marlos José Queiroz. **Assistência Farmacêutica Pública**: uma revisão de literatura. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

RESUMO

A intenção desse estudo foi verificar a inserção da Assistência Farmacêutica Pública no meio acadêmico da Saúde Coletiva, apresentando com isso as revistas de Saúde Coletiva com publicações sobre a Assistência Farmacêutica Pública. O estudo pretendeu avaliar a publicação de artigos sobre Assistência Farmacêutica Pública na Plataforma Capes, no período de 2000 a 2010, em revistas de Saúde Coletiva. Foram pesquisadas 22 (vinte e duas) revistas nessa plataforma e encontrados 23 (vinte e três) artigos sobre o tema distribuídos em 07 (sete) publicações: Revista Caderno de Saúde Pública, Revista Ciência e Saúde Coletiva, Revista Comunicação em Ciências da Saúde, Revista Physis – Revista de Saúde Coletiva, Revista Brasileira de Epidemiologia, Revista de Saúde Pública e Revista Saúde e Sociedade. Os artigos foram distribuídos em 04 áreas da Assistência Farmacêutica: Modelo de Gestão, Judicialização, Acesso e Custos de Medicamentos e o Profissional Farmacêutico na assistência farmacêutica. Constatou-se que a academia vem produzindo poucos estudos sobre o tema, tendo em vista que apenas 30% das revistas pesquisadas publicaram artigos relativos ao mesmo. As revistas que mais publicaram artigos sobre o tema foram as revistas Caderno de Saúde Pública e Ciência e Saúde Coletiva com 8 e 6 artigos respectivamente. A ocorrência rotineira na prática farmacêutica de mandados judiciais para fornecimento de medicamentos foi ratificada pela produção científica, pois foi na área de Judicialização da Assistência Farmacêutica que foram encontrados o maior número de artigos publicados, 8 (oito) no total.

Palavras-chave: Assistência-Farmacêutica. Política de Saúde.

FERREIRA, Marlos José Queiroz. **Assistência Farmacêutica Pública**: uma revisão de literatura. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

ABSTRACT

The intent of this study was to verify the insertion of Pharmaceutical Assistance in academia Public Health Collective, presenting it with the revised Public Health with publications on the Pharmaceutical Assistance Public. The study sought to evaluate the publication of articles on Pharmaceutical Assistance Public Platform Capes in the period 2000 to 2010 in journal of Public Health. We surveyed 22 (twenty two) magazines that platform and found 23 (twenty three) articles on the topic distributed in 07 (seven) publications: Journal of Public Health Book, Magazine and Public Health Science, Communication Journal of Health Sciences, Physis Magazine - Journal of Public Health, Journal of Epidemiology, Journal of Public Health and Health and Society Magazine. The articles were distributed in 04 areas of the Pharmaceutical Assistance: Model Management, Judicialization, Access and Cost of Drugs and Pharmaceutical Professional in pharmaceutical assistance. It was found that the academy has produced few studies on the subject, given that only 30% of the magazines published research articles on the same. The magazines that most published articles on the topic were reviewed Booklet Public Health and Science and Public Health in 8 and 6 items respectively. The routine occurrence in the pharmaceutical practice of warrants for drug supply was ratified by the scientific literature, as it was in the area of the Legalization of Pharmaceutical Assistance found that the largest number of published articles, eight (8) total.

Key-words: Pharmaceutical Assistance, Politics of Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF = Assistência Farmacêutica

CV = Cardiovascular

DF = Distrito Federal

NE = Nordeste

PN-DST/AIDS = Programa Nacional de Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

PNM = Política Nacional de Medicamentos

PSF = Programa Saúde da Família

RENAME = Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SES/SP = Secretaria Estadual de Saúde de SP

SN = Sistema Nervoso

SUS = Sistema Único de Saúde

UBS = Unidades Básicas de Saúde

UBSF = Unidades Básicas de Saúde da Família.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Descrição dos artigos acerca do objeto da pesquisa, publicados na Revista Caderno de Saúde Pública	29
Quadro 2: Descrição dos artigos acerca do objeto da pesquisa, publicados na Revista Ciência e Saúde Coletiva.....	31
Quadro 3: Descrição dos artigos acerca do objeto da pesquisa, publicados na Revista Comunicação em Ciências da Saúde	32
Quadro 4: Descrição dos artigos acerca do objeto da pesquisa, publicados na Revista Physis – Revista de Saúde Coletiva.....	32
Quadro 5: Descrição dos artigos acerca do objeto da pesquisa, publicados na Revista Brasileira de Epidemiologia.....	33
Quadro 6: Descrição dos artigos acerca do objeto da pesquisa, publicados na Revista de Saúde Pública.	33
Quadro 7: Descrição dos artigos acerca do objeto da pesquisa, publicados na revista Saúde e Sociedade.	34

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	13
2.1 Geral	13
2.2 Específicos	13
3 REVISÃO DA LITERATURA	14
3.1 Sistema Único de Saúde (SUS)	14
3.2 Assistência Farmacêutica	19
3.2.1 Breve Histórico da Assistência Farmacêutica	19
3.2.2 Histórico da Política de Assistência Farmacêutica no Brasil	21
3.2.3 Pacto pela Saúde e o financiamento da Assistência Farmacêutica	25
4 METODOLOGIA	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	29
6 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS.....	41
ANEXO A - Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006	45
ANEXO B- Portaria nº-698/GM de 30 de março de 2006	46

1 INTRODUÇÃO

Segundo Gomes e Reis (2001), a Assistência Farmacêutica está relacionada a todas as atividades ligadas a promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais, os quais são produtos considerados básicos e indispensáveis ao atendimento da maioria dos problemas de saúde. Esses produtos devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem nas formas farmacêuticas apropriadas.

A Organização Mundial da Saúde (2002) definiu como medicamento essencial aquele que satisfaz às necessidades prioritárias de saúde da população.

A Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial, visando o acesso e seu uso racional (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Através da assistência farmacêutica, o farmacêutico passa a ser co-responsável pela qualidade de vida do paciente, pois como tem sua formação dirigida ao medicamento, torna-se o profissional capacitado em garantir a qualidade do mesmo e, conseqüentemente, de uma qualificada assistência farmacêutica por meio da orientação adequada sobre o uso do medicamento.

Essas definições apontam para a importância que o acesso aos medicamentos possui para a qualidade de vida das pessoas, interferindo diretamente no processo de recuperação da saúde delas.

O impacto econômico dos produtos farmacêuticos é considerável, especialmente nos países em desenvolvimento. Enquanto nos países desenvolvidos, o gasto com estes produtos representa menos de um quinto do gasto total com a saúde (público e privado), nas economias de transição ele encontra-se entre 15 e 30% e, nos países em desenvolvimento, entre 25 a 66% (CONSEDEY, 2000).

Apesar de todo este gasto, a falta de acesso ao medicamento essencial, o uso irracional de medicamentos e sua baixa qualidade, continuam sendo sérios problemas para a saúde pública no mundo.

A busca por um acesso eficiente ao medicamento torna-se um desafio para os militantes da assistência farmacêutica, pois as dificuldades são enormes e não só no Brasil.

Através de uma pesquisa realizada pela Organização Mundial da Saúde em 1988, com 104 países em desenvolvimento, foi constatado que em 24 destes, menos de 30% da população têm acesso regular aos medicamentos essenciais; em 33 países, entre 30% e 60% da população e, apenas nos 47 restantes, mais de 60%. Observa-se, portanto, que a necessidade da maioria da população em relação ao medicamento não é satisfeita (CONSEDEY, 2000).

As diferenças na disponibilidade de medicamentos entre os países estão relacionadas a questões políticas referentes aos medicamentos essenciais, assim como às suas situações financeiras.

O acesso a esses medicamentos é limitado em países pobres devido, principalmente, a duas razões: os preços destes produtos são altos para a média de rendimentos de suas populações e os medicamentos necessários ao tratamento das principais doenças não se encontram disponíveis (CONSEDEY, 2000).

Neste contexto social, verifica-se que existe uma preocupação marcante dos governantes com relação ao acesso aos medicamentos por parte da população, pois incluem dentro dos seus programas de governo metas dessa área da saúde coletiva, objetivando que grande parte da população possa cumprir os tratamentos prescritos pelos médicos.

A inserção da política de medicamentos no âmbito da política nacional de saúde é condição indispensável para garantir o acesso da população brasileira a estes insumos essenciais para as ações de saúde (BERMUDEZ, 1995).

Por isso, a garantia desse acesso implica num desafio constante de financiamento para a Assistência Farmacêutica.

Atualmente, constituindo-se como um dos blocos de financiamento do SUS, sua importância é ratificada nas políticas públicas de saúde, como se verifica através da Portaria GM n.º 698/2006 (BRASIL, 2006a), que prevê o financiamento de recursos financeiros dos gestores federal, estaduais e municipais através de um bloco único de financiamento, constituído pelos componentes Básico, Especializado e Estratégico da Assistência Farmacêutica.

Esse reconhecimento à Assistência Farmacêutica pelo Ministério da Saúde como Política Pública de Saúde através de financiamento previsto em portaria ministerial, aliado a busca dos profissionais que militam nessa área, quanto à promoção do uso racional dos medicamentos, reforça a importância que a terapia medicamentosa possui na recuperação da saúde e insere integralmente a Assistência Farmacêutica no âmbito da saúde coletiva.

Considerando o exposto e objetivando direcionar nosso estudo indaga-se: como está inserida no meio acadêmico da Saúde Coletiva a Assistência Farmacêutica Pública? Quais revistas estão publicando e o que está sendo publicado nas Revistas de Saúde Coletiva sobre a Assistência Farmacêutica Pública?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a publicação de artigos sobre Assistência Farmacêutica Pública na Plataforma Capes, no período de 2000 a 2010, em revistas de Saúde Coletiva.

2.2 Específicos

- a) Descrever a atual Política Nacional de Assistência Farmacêutica;
- b) Conhecer as revistas de Saúde Coletiva que publicam artigos sobre Assistência Farmacêutica, quantos são esses artigos e, dentre essas revistas, as que mais publicam artigos sobre Assistência Farmacêutica;
- c) Analisar dentre os artigos publicados qual o enfoque dado pelos mesmos e em que área da Assistência Farmacêutica Pública estão inseridos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Sistema Único de Saúde (SUS)

A Constituição de 1988 define no artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

O SUS é definido pelo artigo 198 da Constituição Federal da seguinte maneira:

[...] As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III. Participação da comunidade Parágrafo único - o sistema único de saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 1988).

Segundo Polignano (2000), o texto constitucional demonstra claramente que a concepção do SUS estava baseada na formulação de um modelo de saúde voltado para as necessidades da população, procurando resgatar o compromisso do Estado para com o bem-estar social, especialmente no que refere à saúde coletiva, consolidando-o como um dos direitos da cidadania.

Embalada pelo movimento das diretas já, a sociedade procurava garantir na nova constituição os direitos e os valores da democracia e da cidadania brasileira (POLIGNANO, 2000).

O SUS foi inserido na Constituição Federal de 1988 para oferecer atenção universal, com acesso pleno ao sistema público, independentemente da classe social a que pertença o indivíduo. A ele compete à assistência às pessoas através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (ANDRADE, 2001).

Em outras palavras, o princípio da universalidade significa dizer que ao SUS compete atender a toda a população, seja através dos serviços estatais prestados pela União, Distrito Federal, Estados e Municípios, seja através dos serviços

privados conveniados ou contratados pelo poder público. Além da universalidade, o SUS apresenta os princípios da descentralização, integralidade, equidade e participação popular (BRASIL, 2001).

A descentralização municipal possibilita a criação de uma gestão local, que inclua a participação de todos os atores envolvidos, sejam trabalhadores, prestadores de serviços, gestores e usuários. Um novo formato organizativo para os serviços sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização (VIANA, 2005).

A integralidade foge da lógica dos serviços de saúde que têm como base assistência médica individual curativa. As ações de saúde devem ser combinadas e voltadas a atender o indivíduo como um ser humano integral (VICENTINI, 2007).

Quanto ao acesso igualitário significa que todo cidadão deverá ser atendido conforme suas necessidades, ou seja, os serviços de saúde devem considerar que em cada população existem grupos que vivem de forma diferente, têm problemas e modos de adoecer específicos e por isso precisam ter oportunidades diferenciadas (VICENTINI, 2007).

A participação dos cidadãos é garantia constitucional de que as populações através de suas entidades representativas podem participar do processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução, em todos os níveis desde o federal até o local (VICENTINI, 2007).

[...] A implementação do SUS teve início nos anos 90, com a criação da Lei Orgânica da Saúde. A partir daí, o Ministério da Saúde passou a editar as Normas Operacionais Básicas (NOBs) que funcionam como instrumentos que definem os objetivos e as diretrizes estratégicas para o processo de descentralização da política de saúde. De caráter transitório, as NOBs permitem a reedição ou substituição das regras, à medida que o processo de descentralização avança, permitindo sua atualização em diferentes estágios de implementação do SUS (LEVCOVITZ, 2001).

A implantação das Normas Operacionais Básicas do SUS - NOB-SUS 91, 93 e 96, além de promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadearam um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e

recursos para a operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentradas no nível federal (VICENTINI, 2007)

[...] Segundo Marques (2003) A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002- veio ampliar as responsabilidades dos municípios da atenção básica. Desde a sua implantação, o SUS vem operando com vários problemas, entre eles o financiamento das ações de saúde, a falta de clareza das funções de cada esfera de governo (federal, estadual e municipal) e a resistência do antigo modelo assistencial- voltado para as doenças e ações curativas. Juntam-se a esses problemas as queixas dos usuários, traduzidas em infundáveis filas e no atendimento desumano, falta de leitos, exames e médicos.

Cordeiro (1999) afirma que, apesar de todo o esforço, o processo de implantação do SUS necessita completar a longa fase de transição que se iniciou nos anos 80. As crises cíclicas do Estado, as políticas de ajuste econômico e o déficit público têm contribuído para prolongar a difícil implantação do SUS.

Segundo este autor, o processo de consolidação do SUS vem enfrentando obstáculos que têm sua origem no complexo médico-empresarial e previdenciário, responsável pela gênese do sistema de saúde que se deseja superar. Um modelo assistencial que se baseia em formas de pronto atendimento que comprometem a qualidade de cuidado e são, de certa forma, práticas que resultaram dos modelos curativistas do antigo sistema de saúde (CORDEIRO, 1999).

Marques (2003) afirma ser preciso refletir sobre a necessidade de uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais dos SUS, capaz de oferecer respostas às demandas sociais locais e regionais, respeitando as políticas públicas nacionais.

Esta proposta de mudança veio se configurar nas estratégias de implantação e generalização do Programa Saúde da Família, com práticas direcionadas às famílias, em seu espaço social, propiciando uma atenção integral, contínua à população adstrita em seus domicílios, no ambulatório e no hospital (CORDEIRO, 1999).

Apesar do SUS ter sido definido pela CF (BRASIL, 1988), ele somente foi regulamentado em 1990, através da Lei n.º 8.080 de 19 de setembro (BRASIL, 1990a), também chamada de Lei Orgânica da Saúde, e pela Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro (BRASIL, 1990b).

Essas leis definem o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento. Contem os princípios doutrinários do SUS, entre os quais se destacam:

- Universalidade – a garantia de atenção à saúde, por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão;
- Eqüidade – o SUS deve tratar de forma diferenciada os desiguais, oferecendo mais a quem precisa mais, procurando reduzir a desigualdade;
- 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 (MARIN, 2003).

Foram estabelecidos também os princípios organizacionais e operativos do SUS, que são os meios pelos quais se realizam os princípios doutrinários:

- A 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;
- A 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;
- A 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 (MARIN, 2003).

O SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público. A iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar (POLIGNANO, 2000).

A Lei 8.080 estabeleceu que os recursos destinados ao SUS fossem provenientes do Orçamento da Seguridade Social. A Constituição de 1988 procurou garantir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado.

[...] O SUS ao longo da sua existência sempre sofreu as conseqüências da instabilidade institucional e da desarticulação organizacional na arena decisória federal que aparecem para o senso comum como escassez de financiamento. Independente da origem política e da respeitabilidade, os ministros da saúde foram transformados em reféns das indefinições e

rupturas que sempre colocaram à deriva as instituições de saúde do Brasil (POLIGNANO, 2000).

A Assistência Farmacêutica se insere nesse sistema de saúde através do artigo 6º da Lei Orgânica da saúde, Lei n.º 8.080, que declara estar incluída no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

A lei não definiu, no entanto, uma política de assistência farmacêutica com financiamento específico, o que só ocorreria em 2006, com a implantação de um pacto celebrado entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), os quais pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS na gestão do sistema e na atenção à saúde.

3.2. Assistência Farmacêutica

3.2.1 Breve Histórico da Assistência Farmacêutica

A questão dos medicamentos essenciais, um dos componentes das políticas de saúde, formalmente foi incorporada pela Organização Mundial da Saúde na década de setenta.

Durante a 28ª Assembléia Mundial da Saúde, em 1975, foram revistos os principais problemas enfrentados pelos países em desenvolvimento no que se refere aos medicamentos e propostas novas diretrizes (MARIN, 2003).

Avaliou-se a experiência adquirida nos países, que haviam implementado esquemas de medicamentos básicos ou essenciais. O objetivo destes esquemas era garantir o acesso dos medicamentos imprescindíveis àquelas populações cujas necessidades básicas de saúde não estavam sendo atendidas pelos sistemas de abastecimentos existentes.

Apontou-se que a seleção destes medicamentos essenciais deveria ser realizada nos níveis locais e periodicamente atualizada com a assessoria da comunidade científica. Também se enfatizou, na mesma oportunidade, a importância de promover informação adequada sobre as propriedades, indicações e utilização dos medicamentos selecionados (BERMUDEZ, 1995).

Após essa assembléia, foi elaborada, por uma comissão formada pela OMS em 1977, a primeira Relação de Medicamentos Essenciais contendo cerca de 200 medicamentos. Todos com eficácia comprovada e propriedades terapêuticas bem definidas.

É importante registrar que, com relação ao estabelecimento de relação básica de medicamentos, o Brasil se antecipou à OMS, conforme Decreto 53.612, de 26 de fevereiro de 1964, que estabeleceu a Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias para uso farmacêutico humano e veterinário. Esse decreto firmou também a obrigatoriedade de aquisição aos órgãos da administração pública federal somente dos produtos constantes dessa relação.

Conforme relata Bermudez (1995), o fato é mais importante na medida em que verificamos que a primeira lista padronizada pela Organização Mundial da Saúde somente iria ser divulgada em 1977, portanto quatorze anos depois. Pode-se considerar a relação de medicamentos compatível com as necessidades básicas da população.

Ao mesmo tempo, destaca-se que essa relação também incluiu diversos produtos para uso veterinário, sendo que diversos deles são para o controle de zoonoses, de maneira que fica evidenciada a prioridade governamental para o controle de agravos à saúde humana.

Outro fato histórico foi a 30ª Assembléia Mundial da OMS em 1977, cuja meta era “Saúde para Todos no ano 2000” e recomendava a realização de uma conferência mundial que promovesse o intercâmbio de conhecimentos sobre os cuidados primários de saúde.

Tal conferência foi realizada em 1978 em Alma-Ata, URSS, sendo denominada Conferência Mundial sobre Atenção Primária em Saúde, onde se ratificou a meta “Saúde para Todos” e adotou como estratégia fundamental de alcance da meta a atenção primária de saúde. Este fato teve uma repercussão importante para o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no mundo.

Segundo Marin (2003), com relação à Assistência Farmacêutica, os aspectos mais importantes da reunião de Alma-Ata foram:

- Considerar o abastecimento dos medicamentos essenciais como um dos oito elementos básicos da atenção primária em saúde.
- A recomendação para que os governos formulem políticas e normas nacionais de importação, produção local, venda e distribuição de medicamentos e produtos biológicos de modo a assegurar, pelo menor custo possível, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados primários de saúde; que adotem medidas específicas para prevenir a excessiva utilização de medicamentos; que incorporem medicamentos tradicionais de eficácia comprovada e que estabeleçam sistemas eficientes de administração e fornecimento.

3.2.2. Histórico da Política de Assistência Farmacêutica no Brasil

No Brasil, a existência de uma política específica de Assistência Farmacêutica surgiu com a criação da Central de Medicamentos (CEME) em 25 de Junho de 1971, através do Decreto n.º 68.806. Tinha como objetivos gerais (BRASIL, 1971):

- Promoção e organização das atividades de Assistência Farmacêutica à população de baixo poder aquisitivo;
- Incremento à pesquisa científica e tecnológica da área químico-farmacêutica; e,
- Incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e laboratórios pilotos;

Bermudez (1995) ainda descreve que entre seus objetivos específicos ressaltam-se a identificação de indicadores, como a incidência de doenças por região e por faixa de renda, o levantamento da capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos, a racionalização das categorias básicas de medicamentos por especialidades, a organização de eventos científicos, o planejamento e a coordenação de mecanismos de distribuição e venda de medicamentos em todo o território nacional.

Através do Decreto n.º 2.552, em 30 de julho de 1973 (BRASIL, 1973) foi instituído o Plano Diretor de Medicamentos, que assim foi definido: “o conjunto de diretrizes e normas integradas em um planejamento necessário ao desenvolvimento do sistema farmacêutico nacional, como fonte complementar de saúde e bem-estar social” (CONSEDEY, 2000).

Segue Bermudez (1995) relatando que o Plano Diretor de Medicamentos, foi um marco referencial que definia e norteava os rumos da atuação da CEME ao longo dos seus mais de vinte anos de existência.

Em 1975 foi criada, como forma de uma política racionalizada de assistência farmacêutica, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, que é nomeada de RENAME.

A Rename é uma publicação do Ministério da Saúde com os medicamentos para combater as doenças mais comuns que atingem a população brasileira. Os estados utilizam a Rename para elaborar suas listas de assistência farmacêutica básica.

Em 1987, a CEME elabora uma cesta integrada por 48 medicamentos para tratamento das doenças mais comuns. Essas cestas eram concebidas para atendimento de cerca de três mil pessoas por um período de seis meses. Mais adiante, esse conjunto de medicamentos foi ampliado para 60, incorporando alguns medicamentos de uso contínuo, mais demandados pela rede pública. Em sua implantação, 73% dos municípios da época receberam essa Farmácia Básica. Nos anos seguintes, a execução do programa foi irregular, registrando-se, em 1989, cerca de 50 milhões de pessoas beneficiadas (CONSEDEY, 2000).

Em 1988, a CEME organiza o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, o que de certa forma apresenta um diagnóstico da situação do setor. Na ocasião foram ressaltados: a nacionalização, o não reconhecimento de patentes, a ampliação da pesquisa, a ampliação da Assistência Farmacêutica e sua inserção no SUS. Não obstante o diagnóstico, entre 1991 e 1992, a cobertura de medicamentos para o SUS foi reduzida em 20% (NEGRI, 2002).

Esse Encontro representou a primeira vez que um conjunto de forças da Sociedade Civil e do Estado se reuniu para discutir o estabelecimento de uma política de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos. Neste evento, definiram-se a Assistência Farmacêutica e a Política de Medicamentos como instrumentos estratégicos na formulação das políticas de saúde.

As unidades de saúde, enquanto executoras da atenção primária, cumprem um papel relevante ao responder por uma grande demanda de procedimentos. Constituem, assim, "uma forma tecnologicamente específica de atenção que envolve síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, com finalidades curativas e preventivas, assistenciais e educativas. Dentre essas ações, obviamente, incluem-se aquelas ligadas ao medicamento, acesso e uso racional (SCHRAIBER; NEMES; MENDES-GONÇALVES, 1996, apud PEREIRA e FREITAS).

Ainda segundo Negri (2002) a partir de meados da década de 90, o Ministério da Saúde começa a construir uma nova política de medicamentos. Essa nova ação baseia-se em quatro eixos principais:

- a) descentralização;
- b) melhoria dos processos de aquisição centralizados;
- c) intervenção mais ativa no mercado;

d) fortalecimento da produção estatal.

Dois fatos marcaram o início de uma revisão da atuação federal: a publicação da NOB 01/96, em novembro de 1996, e a extinção da CEME em julho do ano seguinte.

Com a extinção da CEME, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde, instituiu uma nova Política Nacional de Medicamentos (PNM), que foi aprovada através da Portaria GM/MS n.º 3.916/98 (BRASIL, 1998). Esse instrumento passou a nortear todas as ações deste Ministério no campo da política de medicamentos do setor público. Tinha como finalidades a promoção do uso racional dos medicamentos, a garantia da segurança, eficácia e a qualidade dos medicamentos e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais.

Essa Política Nacional de Medicamentos teve as seguintes diretrizes (BRASIL, 1998):

- Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais;
- Regulação Sanitária de Medicamentos;
- Reorientação da Assistência Farmacêutica;
- Promoção do Uso Racional de Medicamentos;
- Desenvolvimento Científico e Tecnológico;
- Promoção da Produção de Medicamentos;
- Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos;
- Desenvolvimento e Capacitação de Recursos Humanos.

A reorientação prevista da Assistência Farmacêutica nesta política foi fundamentada nas seguintes bases (BRASIL, 1998):

- Na descentralização da gestão;
- Na promoção do acesso e uso racional de medicamentos;
- Na otimização e eficácia das atividades envolvidas na assistência farmacêutica;
- Na busca de iniciativas que possibilitem a redução de preços dos produtos,

promovendo, inclusive, o acesso da população aos mesmos no âmbito do setor privado.

Essa requalificação promoveu uma nova definição da assistência farmacêutica:

[...] um 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).

Um novo movimento para a Assistência Farmacêutica se deu com a evolução dessa política de medicamentos que, em 2004, resultou em uma definição mais abrangente e definitiva que está contida no artigo 3º da Resolução n.º 338, do Conselho Nacional de Saúde, de 06 de maio de 2004, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica:

[...] a Assistência Farmacêutica trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2004);

3.2.3 Pacto pela Saúde e o financiamento da Assistência Farmacêutica

Com a construção e a implementação do SUS, vive-se no Brasil uma façanha histórica na área da saúde. Ao mesmo tempo em que muitos países seguem o caminho da privatização e do sucateamento dos sistemas públicos de saúde, o Brasil resiste e mostra que é possível construir um sistema universal, integral e equitativo (CARVALHO, 2009).

É isso que justifica a luta permanente da sociedade pelo direito humano à saúde. A efetivação do Pacto pela Saúde representa mais um grande esforço nesta direção. É a partir dessa perspectiva que o Pacto pela Saúde deve ser analisado.

[...] O pacto é um acordo que pretende garantir avanços no SUS. Entretanto, a simples pactuação, transformada posteriormente em portarias, não garante que as mudanças efetivamente ocorram. Isso significa que o Pacto configura uma possibilidade de organizar, corrigir e qualificar um conjunto de questões que ainda impedem o funcionamento pleno do SUS, e de permitir o avanço na efetivação do direito humano à saúde (CARVALHO, 2009).

O Pacto, por si só não passa de uma possibilidade que, por mais importante que seja para este momento, só será efetivada da forma como se quer, se forem criadas condições para tal.

[...] O processo de mobilização em torno do pacto foi intenso e, em todos os estados da Federação, envolveu a participação dos gestores municipais e estaduais, equipes técnicas das secretarias de saúde, o controle social e o Ministério da Saúde por meio da ação do Apoio Integrado. Como estratégias prioritárias foram realizadas várias oficinas estaduais e/ou regionais, propiciando um amplo debate e participação de todos. (CARVALHO, 2009).

Vale ressaltar que com o Pacto pela Saúde o Governo Federal também assumiu publicamente compromissos sanitários, tendo seu termo aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde no dia 09 de fevereiro de 2006 e pactuado na reunião da Comissão Intergestora Tripartite no dia 30 de agosto de 2006.

Para os estados, municípios e União, a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão (TCG) representa o ingresso em um novo modo de gestão da saúde, com base em relações mais solidárias e cooperativas, no qual a agenda de responsabilidades sanitárias e metas representam a declaração pública dos compromissos assumidos pelo gestor, perante os outros gestores e a população sob sua responsabilidade (CARVALHO, 2009).

Trata-se de um esforço das três esferas de governo (municípios, estados e União) para, juntamente com o Conselho Nacional de Saúde, rediscutir a organização e o funcionamento do SUS.

Seu objetivo principal é avançar na implantação dos princípios constitucionais referentes à saúde no Brasil e definir as responsabilidades de gestão de cada ente federado.

É fundamental reafirmar que o Pacto pela Saúde busca preservar os princípios do SUS previstos na Constituição e nas Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142, de 11 de dezembro de 1990).

O próprio Pacto prevê estratégias que afirmam esses princípios. É a partir deles que se construiu uma pactuação que contempla três dimensões (SCHNEIDER, 2007):

- a) Pacto pela Vida, que estabelece as responsabilidades sanitárias dos três gestores;
- b) Pacto em Defesa do SUS, que tem como objetivo estimular a discussão em torno do significado e da importância do SUS para os brasileiros;
- c) Pacto de Gestão do SUS, que estabelece as diretrizes referentes à Regionalização, ao Financiamento, ao Planejamento, à Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), à Regulação da Atenção à Saúde e da Assistência, à Participação e Controle Social, à Gestão do Trabalho e à Educação na Saúde.

Até o surgimento do Pacto, o financiamento da Assistência Farmacêutica basicamente se restringia a medicamentos.

A partir da publicação da Portaria GM/MS nº 399, de 23 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde, fica estabelecido que todas as esferas de gestão do SUS são responsáveis pela promoção e estruturação da Assistência Farmacêutica e a garantia do acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas (BRASIL, 2006a).

O financiamento da Assistência Farmacêutica torna-se responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite – CIT.

A Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007 (BRASIL, 2007), estabelece que os recursos federais sejam repassados na forma de blocos de financiamento. Esta Portaria apresenta o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica constituído por três componentes:

- Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;
- Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

4 METODOLOGIA

Objetivando verificar a inserção da Assistência Farmacêutica no seio da Saúde Coletiva, e, considerando que a plataforma Capes permite um acesso direto às revistas de saúde coletiva, foi realizada uma busca ativa dentro da Plataforma Capes em 24 (vinte e quatro) revistas, que tematizam a área de Saúde Coletiva, componentes dos Periódicos Capes, no período de 2000 a 2010. Essa plataforma foi escolhida por permitir acesso livre ao seu conteúdo.

Foi utilizado como critério de inclusão de artigos o descritor Assistência Farmacêutica, que, após leitura e avaliação do autor, esteve relacionado ao serviço público de saúde.

Para exclusão de artigos, foram escolhidos os de Práticas Farmacêuticas que não possuíam o descritor Assistência Farmacêutica ou os que o tiveram como descritor mas que, após leitura do mesmo, estavam relacionados a práticas farmacêuticas privadas ou da rede complementar.

Das 24 (vinte e quatro) revistas encontradas foram excluídas as publicações Boletim Eletrônico Epidemiológico, por não possuir artigos eletrônicos com descritores em seu conteúdo, e Pesquisas e Práticas Psicossociais, devido a não possibilidade de acesso eletrônico ao seu conteúdo.

Dentro do encontrado nos artigos e considerando os critérios acima elencados, os mesmos foram classificados nas seguintes áreas:

1- Modelo de Gestão da Assistência Farmacêutica: artigos que trataram de análises sobre tipos de gestão na assistência farmacêutica dentro dos seus vários segmentos;

2- Judicialização da Assistência Farmacêutica: artigos que referiam ao fornecimento de medicamentos através de ações judiciais;

3- Medicamentos: acesso e custos: artigos que avaliaram as possibilidades de acesso aos medicamentos ou os seus custos;

4- Profissional Farmacêutico na Assistência Farmacêutica: artigos que fizeram menção à relação entre o profissional e o paciente;

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Considerando os critérios descritos na metodologia, foram encontrados, dentro das 22 (vinte e duas) Revistas de Saúde Coletiva pesquisadas na Plataforma Capes no período, 23 (vinte e três) artigos publicados. Os quadros de 1 a 7 apresentam o resumo dos mesmos, os quais foram distribuídos e organizados pela seqüência das revistas apresentadas na plataforma seguidos da aparição deles nas publicações:

REFERÊNCIA	OBJETIVO GERAL	RESUMO DOS RESULTADOS
Barreto JL, Guimarães, MCL, 2010	Avaliar a gestão descentralizada da AF no âmbito municipal do Estado da Bahia.	Revelam práticas de gestão reduzidas à sua dimensão operacional, com ênfase em aspectos do ciclo logístico da AF. Identificaram-se avanços, ainda tímidos, na dimensão organizacional e da sustentabilidade voltadas para fomentar maior participação e autonomia da gestão da AF.
Paniz VMV, et al, 2010	Avaliar o acesso gratuito a medicamentos para hipertensão e diabetes e os motivos para a falta de acesso em UBS de 41 municípios da região Sul e NE do Brasil.	O acesso gratuito a medicamentos era maior na região nordeste; O PSF teve mais impacto sobre o acesso, quando comparado ao modelo tradicional, sendo maior na região NE. Cerca de 20% dos medicamentos do Programa Nacional para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e 26% da RENAME eram pagos. No NE, 25% da insulina e 32% dos hipoglicemiantes orais eram pagos.
Lago RF e Costa NR, 2009	Descreve as características do mercado produtor de anti-retrovirais no Brasil, situando os desafios para a política pública de provisão de medicamentos no PN-DST/AIDS.	A experiência do PN-DST/AIDS demonstrou que cabe à União a provisão de bens públicos, o que pressupõe a compatibilização entre interesses empresariais e sociais. Esse equilíbrio está sendo desafiado visto que as mudanças estruturais no mercado trouxeram desafios à sustentabilidade do programa, exigindo novos instrumentos de política pública em defesa do interesse coletivo.
Osório de Castro C.G.S. et al, 2009	Contribuir para o entendimento da AF na malária e em outras endemias, atendendo às diretrizes da PNM.	A utilização terapêutica dos antimaláricos pode levar a não-aderência ou resistência ao tratamento, além do aumento da prevalência de doenças. O desenvolvimento de um modelo de avaliação de produtos farmacêuticos e de serviços de prestação de serviços para a malária pode também contribuir para a compreensão dessa estratégia de controle chave para outras doenças endêmicas.

Quadro 1 - Descrição dos artigos acerca do objeto da pesquisa, publicados na Revista Caderno de Saúde Pública. (continua)

Chieffi AL e Barata RB, 2009	Caracterizar as demandas judiciais para obtenção de medicamentos sob a ótica da judicialização da política pública e da quebra do princípio da equidade na dimensão coletiva.	A maioria das ações analisadas foi ajuizada por advogados particulares; 47% dos pacientes possuíam receitas da rede privada e cerca de 73% dos processos foram provenientes de pacientes residentes nos três extratos de menor vulnerabilidade social do município de São Paulo.
Vieira MRS, Lorandi PA, Bousquat A, 2008	Avaliar a AF ofertada na rede básica de saúde em um município da região metropolitana da Baixada Santista.	Foram encontradas inadequações em praticamente todas as etapas da AF: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. Os resultados encontrados sugerem que para o aperfeiçoamento da atenção primária à saúde, garantida a ampliação do acesso, a equidade e a integralidade, a avaliação AF deveria ser incorporada cotidianamente.
Messeder AM, Osorio de Castro CGS, Luiza VL, 2005	Descrever as ações impetradas de janeiro/1991 a dezembro/2002, analisando-as frente à definição de competências dentro do SUS.	Sugerem demora no julgamento das ações, sendo a maioria conduzida pela defensoria pública para usuários do SUS. Os medicamentos mais solicitados foram os de ação sobre o SN e CV, muitos de uso contínuo. Notou-se a oficialização de práticas prescritivas, com a inclusão de medicamentos freqüentemente solicitados nas listas de financiamento público, dificultando adesão ao uso racional de medicamentos.
Cosendey MAE, Bermudez JAZ, Reis ALA, Silva HF, Oliveira MA, Luiza VL, 2000	Fornecer subsídios para a organização e/ou estruturação da AF estadual no que concerne à atenção primária de saúde, por meio da análise destes três programas pioneiros, envolvendo as atividades de seleção, aquisição, estocagem, distribuição e uso de medicamentos.	A AF deve ser abordada como um dos componentes da promoção integral da saúde que pode utilizar o medicamento como um importante instrumento para o aumento da resolubilidade do atendimento ao paciente. As experiências dos três estados, aqui analisadas, mostram que isto é possível.

Quadro 1 - Descrição dos artigos acerca do objeto da pesquisa, publicados na Revista Caderno de Saúde Pública. (conclusão)

REFERÊNCIA	OBJETIVO GERAL	RESUMO DOS RESULTADOS
Pepe VLE, Figueiredo TA, Simas L, Osorio de Castro CGS, Ventura M, 2010	Avançar na compreensão de um dos aspectos da judicialização da saúde, representado pelo intenso uso da via judicial para fornecimento de medicamentos, em especial, a relação deste mecanismo com a gestão da AF no SUS.	Aponta mecanismos possíveis de serem adotados na tomada de decisão neste âmbito pelos gestores e profissionais do sistema de justiça, uma vez que a efetivação do direito à saúde só se realizará se no momento da tomada de decisão forem adotadas medidas, tanto por parte da gestão da AF como do Poder Judiciário, que certifiquem a segurança e a proteção dos usuários.
Leite SN, Mafra AC, 2010	Analisar as trajetórias dos usuários de Itajaí que recebem medicamentos via mandados judiciais contra o Estado de Santa Catarina, suas motivações e percepções sobre esta forma de acesso aos medicamentos.	O recebimento atual do benefício não promoveu a conscientização do direito social, pois a forma de condução dos processos não é empoderante, ao contrário, reforça as relações de dependência e a percepção de impotência do usuário.
Rocha CH, et al, 2008	Levantar a frequência de idosos aderentes e avaliar se a polifarmácia interfere na adesão.	A frequência de idosos aderentes foi de 37,1% e maior entre os que utilizavam menos fármacos. Os resultados encontrados sugerem a implementação de programas educacionais para auxiliar os idosos no seguimento à terapêutica farmacológica.
Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O, 2008	Revisar e analisar a AF como parte integrante do sistema de atenção primária à saúde, no qual a qualidade do uso de medicamentos está diretamente relacionada à qualidade do serviço de saúde e aos elementos para a avaliação desta.	No âmbito específico, é fundamental que os gestores racionalizem a utilização dos medicamentos desde a prescrição até a utilização por parte do usuário. Uma alternativa seria estimular a criação de Comissões Municipais de Farmácia e Terapêutica que promovam a confecção de protocolos clínicos de tratamento das principais patologias crônicas, propondo desde a padronização racional dos medicamentos até a prescrição destes.
Rozenfeld S, 2008	Abordar aspectos importantes para a reflexão da condição do farmacêutico como profissional e como cidadão capaz de atuar em sociedade.	Exceto em situações de grandes catástrofes ou de guerras, é possível constatar a existência de melhoras. O trabalho consciente e cidadão, dos farmacêuticos e médicos do nosso país, pode trazer resultado muito mais expressivo, do que os que vêm sendo apresentados. Onde quer que o farmacêutico atue, deve ter sempre em mente que os interesses sanitários da população devem prevalecer sobre os interesses econômicos de minorias.
Torres RM, Osorio de Castro CGS, Pepe VLE, 2007	Discutir a produção científica relacionada à farmácia hospitalar brasileira direcionada à internação, na tentativa de ampliar a visão sobre características e prioridades.	Tendo em vista a maior frequência de trabalhos oriundos do setor público, há, aparentemente, maior liberdade de atuação do farmacêutico neste setor ou menor produção científica, quantificada por publicações, no setor privado.

Quadro 2 - Descrição dos artigos acerca do objeto da pesquisa, publicados na Revista Ciência e Saúde Coletiva.

REFERÊNCIA	OBJETIVO GERAL	RESUMO DOS RESULTADOS
Siqueira F, Gaudard AMYS, 2009	Analisar os indicadores de acesso referentes a esta pesquisa.	A falta de medicamentos, de acordo com os indicadores apresentados, é um problema crônico na secretaria de saúde do DF, que pode levar a um desfecho ruim tanto para os pacientes como para o serviço.

Quadro 3 - Descrição do artigo acerca do objeto da pesquisa, publicado na Revista Comunicação em Ciências da Saúde.

REFERÊNCIA	OBJETIVO GERAL	RESUMO DOS RESULTADOS
Figueiredo TA, Pepe VLE, Osorio de Castro CGS, 2010	Discutir as principais características das demandas judiciais frente aos seguintes aspectos: o uso racional de medicamentos, o uso de evidências científicas para a indicação terapêutica proposta e o quanto as demandas se justificam diante do conceito de acesso adotado pelo campo da AF.	Considera-se que o Judiciário, a partir do fornecimento de medicamentos, busca garantir a saúde dos demandantes, e assim a dignidade da pessoa humana. Cabe ressaltar que este objetivo só será atingido quando a garantia da saúde estiver associada aos aspectos que certificam a segurança do paciente, inclusive no uso de medicamentos.
Ventura M, Simas L, Pepe VLE; Schramm FR, 2010	Analisar os vínculos entre acesso à justiça e a efetividade de um dos aspectos do direito à saúde: o acesso aos medicamentos.	A prescrição médica individual, a hipossuficiência econômica e a urgência dos demandantes ao acesso aos medicamentos são os principais respaldos das decisões judiciais analisadas, que determinam o fornecimento de medicamento conforme requerido pelos autores. A efetividade do direito à saúde requer um conjunto de respostas políticas e ações governamentais mais amplas, e não meramente formais e restritas às ordens judiciais. O principal desafio é formular estratégias políticas e sociais orquestradas com outros mecanismos e instrumentos de garantia democrática, que aperfeiçoem os sistemas de saúde e de justiça com vistas à efetividade do direito à saúde.
Dallari SG, 2010	Identificar mecanismos de compatibilização entre a lei e as normas técnicas, sendo considerados o conceito de saúde e as características do Estado Democrático de Direito.	A racionalidade jurídica impõe verificar se sua elaboração obedeceu ao requisito constitucional que exige a "participação da comunidade", instaurando um controle democrático e judicial.
Paula PAB, Alves TNP, Vieira RCPA, Souza AIS, 2009	Discutir os motivos que levaram à adoção de uma política de medicamentos no Brasil.	Apontam-se as razões para que a política de medicamentos seja parte integrante da política de saúde, com o objetivo de se obter um acesso mais próximo do integral, entendendo que o campo da saúde é também um espaço onde a cidadania deva ser buscada de modo pleno.

Quadro 4 - Descrição do artigo acerca do objeto da pesquisa, publicado na Revista Physis – Revista de Saúde Coletiva.

REFERÊNCIA	OBJETIVO GERAL	RESUMO DOS RESULTADOS
Farias AD, Cardoso MAA, Medeiros ACD, Belém LF, Simões MOS, 2007	Conhecer a(s) classes terapêuticas mais prescritas, segundo os indicadores de prescrição médica nas UBSF do município de Campina Grande.	Foi prescrita uma média de 1,5 medicamentos por receita médica. A porcentagem de antibióticos prescritos foi de 21,1%. Os medicamentos foram prescritos pelo nome genérico em 84,2% das prescrições e apenas 1,1% eram injetáveis. Faziam parte da lista de medicamentos padronizados 91,9% dos prescritos. O grupo farmacológico mais prescrito foi o de antibióticos (21,0%), seguido dos antiparasitários (18,4%), analgésicos e antipiréticos (15,4%), medicamentos para o aparelho digestivo (9,5%) e respiratório (9,2%).

Quadro 5 - Descrição do artigo acerca do objeto da pesquisa, publicado na Revista Brasileira de Epidemiologia.

REFERÊNCIA	OBJETIVO GERAL	RESUMO DOS RESULTADOS
Lopes LC, Barberato Filho S, Costa AC, Osorio de Castro CGS, 2010	Avaliar a racionalidade das ações judiciais e pedidos administrativos recebidos pela SES de SP segundo evidências científicas de eficácia e segurança.	Os medicamentos bevacizumabe, capecitabina, cetuximabe, erlotinibe, rituximabe, imatinibe e temozolomida geraram gastos superiores a R\$ 40 milhões para atender 1.220 solicitações, com custo médio de R\$ 33,5 mil por paciente. Os estudos selecionados não recomendam parte das indicações dos medicamentos prescritos. Cerca de 17% dos pedidos não tinham evidência para a indicação mencionada no pleito, o que equivale a um gasto inadequado de, no mínimo, R\$ 6,8 milhões.
Vieira FS, 2009	Analisar a evolução do gasto do Ministério da Saúde com medicamentos.	O gasto em 2007 foi 3,2 vezes o de 2002 e a participação do gasto com medicamentos no gasto total aumentou de 5,4% em 2002 para 10,7% em 2007. O gasto com os medicamentos da atenção básica teve aumento de 75% e com medicamentos dos programas estratégicos, de 124%. No caso dos anti-retrovirais o aumento foi de aproximadamente 6%, mas com aumento de 77% de 2005 a 2006, seguida de redução de 29% de 2006 a 2007. O aumento mais expressivo do gasto foi observado com os medicamentos de dispensação em caráter excepcional, 252% de 2003 a 2007.

Quadro 6 - Descrição do artigo acerca do objeto da pesquisa, publicado na Revista de Saúde Pública.

REFERÊNCIA	OBJETIVO GERAL	RESUMO DOS RESULTADOS
Vinholes ER, Alano GM, Galato D, 2009	Apresentar a experiência do serviço de AF em ações na comunidade com vistas a promover o uso racional de medicamentos.	Destaca a ação do farmacêutico como profissional da saúde e o papel que desempenha na promoção do uso racional de medicamentos, empregando nesta ação, além do conhecimento científico, habilidades para usar as experiências da população no ato de ensinar, respeitando o indivíduo e tornando-o ativo nesse processo.

Quadro 7 - Descrição do artigo acerca do objeto da pesquisa, publicado na Revista Saúde e Sociedade.

O número de artigos encontrados não foi objeto de discussão por não haver disponibilidades de elementos para uma análise quantitativa.

Da análise qualitativa observada anteriormente, verifica-se a seguinte distribuição proporcional dos artigos:

Tabela 1 - Distribuição dos artigos nas publicações.

REVISTA	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Caderno de Saúde Pública	8	34,78%
Ciência e Saúde Coletiva	6	26,08%
Comunicação em Ciências da Saúde	1	4,35%
Physis: Revista de Saúde Coletiva	4	17,39%
Revista Brasileira de Epidemiologia	1	4,35%
Revista de Saúde Pública	2	8,70%
Saúde e Sociedade	1	4,35%
TOTAL=	23	100%

Dessa análise pode-se afirmar que, dentre essas publicações, as que mais publicaram artigos sobre o tema foram: Caderno de Saúde Pública, com 08 artigos publicados, Ciência e Saúde Coletiva, com 06 artigos publicados e Physis: Revista de Saúde Coletiva com 04 artigos publicados, que, juntas, foram responsáveis por quase 80% (oitenta por cento) do total de artigos publicados.

Após a leitura dos artigos verificou-se que os mesmos poderiam ser classificados em áreas diferentes da Assistência Farmacêutica. Foram, então, criadas essas classificações:

- Área 1 - Modelo de Gestão da Assistência Farmacêutica;
 Área 2 - Judicialização da Assistência Farmacêutica;
 Área 3 - Medicamentos: Acesso / Uso racional / Custos;
 Área 4 - Profissional Farmacêutico na Assistência Farmacêutica;

Após a definição dessas áreas, pode-se observar a distribuição da quantidade de artigos em cada publicação de acordo com sua área específica, conforme se verifica na tabela 2:

Tabela 2 - Distribuição dos artigos por revista e área da Assistência Farmacêutica

REVISTA	ÁREA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
Caderno de Saúde Pública	04 artigos na área (01)
	02 artigos na área (02)
	02 artigos na área (03)
Ciência e Saúde Coletiva	02 artigos na área (01)
	02 artigos na área (02)
	01 artigo na área (03)
	01 artigo na área (04)
Physis: Revista de Saúde Coletiva	01 artigo na área (01)
	03 artigos na área (02)
Revista de Saúde Pública	01 artigo na área (02)
	01 artigo na área (03)
Comunicação em Ciências da Saúde	01 artigo na área (03)
Revista Brasileira de Epidemiologia	01 artigo na área (03)
Saúde e Sociedade	01 artigo na área (04)

De uma análise da tabela 2, podemos classificar percentualmente a quantidade de artigos pelas respectivas áreas de classificação da Assistência Farmacêutica, conforme mostra a tabela 3 abaixo:

Tabela 3 - Distribuição dos artigos nas suas respectivas áreas.

AREA	QUANTIDADE	PERCENTUAL
Área 1 - Modelo de Gestão da Assistência Farmacêutica	7	30,43%
Área 2 - Judicialização da Assistência Farmacêutica	8	34,78%
Área 3 - Medicamentos: Acesso / Uso racional / Custos	6	26,09%
Área 4 - Profissional Farmacêutico na Assistência Farmacêutica	2	8,70%
TOTAL=	23	100%

Essa classificação nos permite identificar que a área da Assistência Farmacêutica com mais artigos publicados foi a da Judicialização, com 8 artigos no total, distribuídos em mais de 50% das publicações, sendo a Physis: Revista de Saúde Coletiva a que mais publicou artigos dessa área, 03 no total.

A partir da classificação dos artigos por área de abrangência, pôde-se verificar o enfoque dado pelos autores, que, para uma melhor descrição dos assuntos, ordenou-se seguindo as áreas da Assistência Farmacêutica definidas neste estudo:

Área 1 - Modelo de Gestão da Assistência Farmacêutica:

Nessa área foram encontrados 04 artigos da Revista Cadernos de Saúde Pública, 02 artigos da Revista Ciência e Saúde Coletiva e 01 artigo da Revista Physis.

Seis desses artigos trataram de revisões, avaliações e análises de segmentos da Assistência Farmacêutica, abrangendo da atenção básica e farmácia hospitalar à Política de Medicamentos.

Apenas um artigo, da autora Cláudia G. S. Castro, (CASTRO, 2009) tratou de uma formulação com proposição, contendo uma proposta de modelo de avaliação. Ela sugere a adoção de um modelo lógico e grade de indicadores como base comparativa para os serviços que tratam da Malária, que é um grave problema de saúde pública em cerca de 90 países.

Portanto, não houve propostas de modelos estruturantes da Assistência Farmacêutica, como prevêm as políticas norteadoras do tema, cuja responsabilidade por essas propostas são dos três entes federados no âmbito do SUS.

Área 2 -Judicialização da Assistência Farmacêutica:

Foram encontrados 08 artigos distribuídos da seguinte maneira: 03 artigos na Revista Physis, 02 artigos na Revista Cadernos de Saúde Pública, 02 artigos na Revista Ciência e Saúde Coletiva e 01 artigo na Revista de Saúde Pública.

Caracterizando-se como a área da Assistência Farmacêutica mais citada nas Revistas de Saúde Coletiva, acrescentado ao modo unânime de análise dos autores desses artigos quanto à crescente busca de acesso aos medicamentos através do Judiciário, constata-se que o fornecimento de medicamentos por meio de ações judiciais tornou-se uma prática rotineira no Brasil nos últimos anos, ferindo o princípio da equidade prevista no SUS bem como a promoção do uso racional de medicamentos, uma diretriz da Política de Assistência Farmacêutica.

Área 3 - Medicamentos: Acesso / Uso racional / Custos:

Aqui foram encontrados 02 artigos da Revista Cadernos de Saúde Pública, 01 artigo da Revista Ciência e Saúde Coletiva, 01 artigo da Revista Comunicação em Ciências da Saúde, 01 artigo da Revista Brasileira de Epidemiologia e 01 artigo da Revista de Saúde Pública.

Como na área de Gestão, os autores com artigos classificados nesta área também fizeram uso das publicações também para análises e avaliações tanto de acessos e usos de medicamentos, bem como dos seus custos.

Pode-se verificar, a partir deles, que, apesar das dificuldades e desafios, nos últimos anos, o Ministério da Saúde ampliou significativamente as ações de apoio à Assistência Farmacêutica nessa área. A garantia do acesso a seu insumo básico, o medicamento, tem se tornado uma realidade para segmentos crescentes da população.

Em resumo, o fornecimento de medicamentos está previsto pela assistência farmacêutica desenvolvida pelo Ministério, mas a implantação de planos terapêuticos monitorados que produzirão resultados para os pacientes fica sob responsabilidade de cada estado/município em particular (BELTRAME, 2002).

Área 4 - Profissional Farmacêutico na Assistência Farmacêutica:

Aqui foram encontrados 01 artigo da Revista Ciência e Saúde Coletiva e 01 artigo da Revista Saúde e Sociedade.

Historicamente, devido à aproximação envolvendo o farmacêutico e o paciente, tem-se debatido muito quanto à diferenciação entre o que é assistência farmacêutica e o que é atenção farmacêutica, pois, muitas vezes, são empregados como sinônimos no Brasil.

Gomes e Reis (2001) colaboraram para acabar com as dúvidas a esse respeito, ajudando até mesmo em novas definições para os temas. Segundo o autor, a Assistência Farmacêutica é um processo que visa à proteção ou à recuperação da saúde, em nível individual ou coletivo, englobando procedimentos relativos à produção, seleção, preparação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição e dispensação de medicamentos, dela participando profissionais de diferentes áreas. Tal atividade não deve ser confundida com a Atenção Farmacêutica, prática que diz respeito à relação farmacêutico/paciente, do mesmo modo que a atenção médica não se confunde com assistência médica, mais ampla e abrangente. Desse modo, verifica-se que a atenção farmacêutica está compreendida na assistência farmacêutica.

Apesar da importância do profissional farmacêutico na assistência à saúde da população, a ocorrência de apenas dois artigos nas publicações pesquisadas, caracterizando essa área da Assistência Farmacêutica como a de menor quantidade de artigos publicados, reflete que a Atenção Farmacêutica está pouco inserida no meio da Saúde Coletiva.

6 CONCLUSÃO

Ao mesmo tempo em que o medicamento é um importante insumo no processo de atenção à saúde, pode também se constituir em fator de risco quando utilizado de maneira inadequada.

Por isso, é dever do estado promover não só o acesso, mas, principalmente o uso racional de medicamentos para toda a sua população. Para isso, a formulação de políticas públicas de Assistência Farmacêutica é imperiosa para cumprimento dessa meta.

É necessário também que a academia participe desse processo com suas análises, avaliações e proposições sobre os modelos vigentes, ajudando na confecção de novas possibilidades de inclusão ao atendimento social de um componente essencial que é o medicamento.

Foi observado que as Revistas Caderno de Saúde Pública, Ciência e Saúde Coletiva e Physis: Revista de Saúde Coletiva foram as publicações com maior número de artigos publicados sobre o tema pesquisado, com 8, 6 e 4 artigos respectivamente, no universo dos 23 artigos encontrados no total das publicações. A diversidade dos assuntos encontrados permitiu que os artigos fossem classificados nas seguintes áreas da Assistência Farmacêutica: Modelo de Gestão, Judicialização, Medicamentos: acesso e custos e Profissional Farmacêutico na Assistência Farmacêutica.

Esse estudo permitiu verificar que a Assistência Farmacêutica está inserida no seio da Saúde Coletiva, mas acreditamos que a academia poderia estar formulando mais sobre o tema, tendo em vista a importância que o mesmo possui na vida das pessoas, como foi mostrado ao longo desse estudo. Fazemos essa afirmação considerando que apenas um número de aproximadamente 30% das publicações, ou seja, 07 (sete) revistas, de um total de 22 (pesquisadas), publicaram artigos relativos ao tema.

Mesmo assim, foi importante verificar que o tema foi descrito a partir de áreas diferentes da Assistência Farmacêutica, permitindo identificar a diversidade do tema e dos trabalhos apresentados. Um fato que permite indagações futuras é sobre o

pequeníssimo número de trabalhos com formulações de novas políticas sobre o assunto, ficando a quase totalidade dos artigos voltados para análises, revisões e avaliações.

Achamos que foi mais importante ainda constatar que a produção científica ratificou uma ocorrência crescente que vem acontecendo na prática farmacêutica, a Judicialização na Assistência Farmacêutica, aonde um número cada vez maior de pessoas vem buscando através do Poder Judiciário o acesso aos seus medicamentos, numa prática que fere frontalmente os princípios básicos do SUS e acarreta um desequilíbrio financeiro bastante interessante, a destinação de recursos elevados empregados para o fornecimento de poucos itens a poucas pessoas, podendo se tornar no futuro um gasto equivalente ou mesmo maior do que o empregado no atendimento básico de medicamentos à população. Esse fato se não analisado e reconduzido de outra forma poderá trazer graves problemas de financiamento ao SUS. Acreditamos que grande parte desse problema se dê pelo distanciamento entre quem formula as Políticas Públicas de Saúde e o Poder Judiciário.

Gostaríamos de deixar como sugestão do nosso trabalho mais estudos nessa área que apontem melhores caminhos para a população ter um acesso mais racional e organizado aos medicamentos.

REFERÊNCIAS

BARROS, J. A. C. **Propaganda de medicamentos: Atentado à saúde?** São Paulo: Hucitec, 1995.

BELTRAME, A. **Ampliação do acesso a medicamentos de alto custo: uma análise da política brasileira.** 2002. Dissertação (Mestrado em Administração de Saúde) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade.** São Paulo: Hucitec, 1995.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 10 out. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.** Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde.** Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>> Acesso em: 10 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998.** Brasília, DF, 1998. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/portaria_3916_98.pdf>. Acesso em: 10 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos Pactos pela Vida e de Gestão.** Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1077, de 24 de agosto de 1999.** Brasília, DF, 1999. Disponível em: <<http://inverso.org.br/index.php/content/view/5966.html>>. Acesso em: 11 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Assistência farmacêutica.** Brasília, DF. 2000.

CARVALHO, A. L. B. C. et al. **O Pacto pela Saúde e os desafios para a implementação da política de gestão estratégica e participativa**. Brasília, DF: CONASEMS: CEBES, 2009.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários à lei orgânica da saúde (lei 8.80/90 e lei 8.142/90)**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1995.

CHIEFFI, A. L.; BARATA, R. B.. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1839-1849, ago. 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução n.º 338, de 06 de maio de 2004**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso em 10 out. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Para entender o Pacto pela Saúde 2006: Financiamento**. Portaria 698/GM de 30/03/2006. Nota Técnica n.º 13/06. Brasília, DF, 2006, v. 4.

CORDEIRO, H. A. O PSF como estratégia do modelo assistencial do SUS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 423-425, abr./jun.1999.

COSENDEY, M. A. E. (Org.). Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. Rio de Janeiro, RJ. **Caderno de Saúde Pública**, 16(1): 171-182 jan-mar, 2000.

COSENDEY, M.A.E. **Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil**. 2000. Tese (Doutorado). Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

DUPIM, J. A. A. **Assistência farmacêutica: um modelo de organização**. Belo Horizonte: SEGRAC, 1999.

GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M **Administração Aplicada à Farmácia Hospitalar**. São Paulo: Atheneu, 2001.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V.. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas 2001. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 269-291, 2001.

MARIN, N. et al (Org.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS: OMS, 2003.

MARQUES, R. M.; MENDES, A.. Atenção Básica e Programa Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 403-415, 2003.

NEGRI, B. **Política Federal de Assistência Farmacêutica: 1990 a 2002**. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde. (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2002.

OLIVEIRA, E. A.; LABRA, M. E.; BERMUDEZ, J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22 n. 11, p. 2379-2389, nov. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Perspectivas Políticas sobre Medicamentos da OMS** – 4. Seleção de Medicamentos Essenciais. Genebra, 2002.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica**. Brasília, DF, 2002.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et al. Uma proposta de modelo de avaliação para a assistência farmacêutica na malária. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol.25, n.9, pp. 2075-2082, 2009.

PEREIRA, L.R.L.; FREITAS, O. **A evolução da atenção farmacêutica e a perspectiva para o Brasil**. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4a06.pdf>> Acesso em: 20 out. 2010.

POLIGNANO, M. V. História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 291, 2000.

PIANETTI, G. A. **Política Nacional de Medicamentos**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SCHNEIDER, A. et al. **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** Passo Fundo: IFIBE: CEAP, 2007.

VIANA, A. L. et al. Estado e Regulação da Saúde. In: AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2002.201- 221.

VIANA, A.. Reforma na Saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 225-264, 2005.

PICON, P. D.; BELTRAME, A. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas**. Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/pcdt/05_protocolos.pdf . Acesso em: 01 out. 2010.

VICENTINI, S.C. **Comunicação no Programa de Saúde da Família: A percepção de equipes técnicas multiprofissionais no Município do Rio de Janeiro**. 2007. Tese (Mestrado). Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2007.

ANEXOS

ANEXO A- Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006**PORTARIA Nº 399/GM DE 22 DE FEVEREIRO DE 2006**

Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando o disposto no art. 198 da Constituição Federal de 1988, que estabelece as ações e serviços públicos que integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem o Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando o art. 7º da Lei nº 8080/90 dos princípios e diretrizes do SUS de universalidade do acesso, integralidade da atenção e descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; Considerando a necessidade de qualificar e implementar o processo de descentralização, organização e gestão do SUS à luz da evolução do processo de pactuação intergestores;

Considerando a necessidade do aprimoramento do processo de pactuação intergestores objetivando a qualificação, o aperfeiçoamento e a definição das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados no âmbito do SUS;

Considerando a necessidade de definição de compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentem impacto sobre a situação de saúde da população brasileira;

Considerando o compromisso com a consolidação e o avanço do processo de Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do SUS;

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS na reunião da Comissão Intergestores Tripartite realizada no dia 26 de janeiro de 2006; e

Considerando a aprovação das Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS, na reunião do Conselho Nacional de Saúde realizada no dia 9 de fevereiro de 2006,

RESOLVE:

Art. 1º Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS, na forma do Anexo I a esta portaria.

Art 2º Aprovar as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde em 2006 – Consolidação do SUS com seus três componentes: Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, na forma do Anexo II a esta Portaria.

Art. 3º Ficam mantidas, até a assinatura do Termo de Compromisso de Gestão constante nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, as mesmas prerrogativas e responsabilidades dos municípios e estados que estão habilitados em Gestão Plena do Sistema, conforme estabelecido na Norma Operacional Básica – NOB SUS 01/96 e na Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS SUS 2002.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA.

PORTARIA Nº-698/GM DE 30 DE MARÇO DE 2006.

Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e
Considerando o disposto na Lei nº 8080 de 19/11/90 e na lei nº 8142 de 28/12/90;

Considerando o disposto no Decreto nº-1.232, de 30 de agosto de 1994, que trata do repasse de recursos federais de saúde a Estados, Distrito Federal e Municípios;

Considerando o disposto na Portaria nº-399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde 2006;

Considerando os princípios do SUS de universalidade do acesso e de integralidade da atenção;

Considerando o processo de descentralização e organização do SUS;

Considerando que o financiamento do SUS é de responsabilidade conjunta da União, Estados, Distrito Federal e Municípios; e

Considerando o contínuo movimento de pactuação entre as três esferas de gestão com vistas ao aperfeiçoamento do SUS,

R E S O L V E:

Art 1º-Definir que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS.

Art. 2º-Os recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde passam a ser organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento.
Parágrafo único. Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, conforme as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados.

Art. 3º-Ficam criados os seguintes blocos de financiamento:

I - Atenção Básica;

II - Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar;

III - Vigilância em Saúde;

IV - Assistência Farmacêutica; e

V - Gestão do SUS.

Art. 4º-Os recursos federais para custeio de ações e serviços de saúde serão transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, de forma automática fundo a fundo, observando os atos normativos específicos referentes a cada bloco.

Parágrafo único. Os recursos federais de custeio provenientes de acordos de empréstimos internacionais serão transferidos conforme seus atos normativos.

Art. 5º-As bases de cálculo que formam cada bloco e componente, bem como os montantes financeiros transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios deverão estar expressos em memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento.

Art. 6º—Os recursos de cada Bloco de Financiamento devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações e serviços de saúde relacionados ao Bloco.

§ 1º—Os recursos oriundos da prestação de serviços de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar resultantes da produção das unidades públicas não se aplicam ao previsto no caput deste artigo.

§ 2º—No Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, os recursos devem ser aplicados, exclusivamente, nas ações definidas para cada Componente que compõem o Bloco.

DO BLOCO DA ATENÇÃO BÁSICA

Art. 7º—O Bloco da Atenção Básica será constituído por dois componentes: Piso de Atenção Básica – PAB Fixo e Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável.

Art 8º—O Piso de Atenção Básica – PAB Fixo, se refere ao custeio de ações de atenção básica à saúde, cujos recursos serão transferidos mensalmente, de forma regular e automática, do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios.

Parágrafo único. Os recursos do incentivo à descentralização de unidades de saúde da Funasa, incorporados ao PAB fixo, podem ser aplicados no custeio destas unidades.

Art 9º—O Piso da Atenção Básica Variável - PAB Variável, é constituído por recursos financeiros destinado ao custeio de estratégias, realizadas no âmbito da Atenção Básica em Saúde, tais como:

- I - Saúde da Família;
- II - Agentes Comunitários de Saúde;
- III - Saúde Bucal;
- IV - Compensação de Especificidades Regionais;
- V - Fator de Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas;
- VI - Incentivo à Saúde no Sistema Penitenciário;
- VII - Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente em conflito com a lei em regime de internação e internação provisória; e
- VIII - Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

§ 1º—Os recursos do PAB Variável serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e dos Municípios, mediante adesão e implementação das ações a que se destinam e desde que constantes do respectivo plano de saúde.

§ 2º—Os recursos do PAB Variável transferidos atualmente para custeio das ações de assistência farmacêutica e de vigilância sanitária passam a compor o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica e o da Vigilância em Saúde, respectivamente.

§ 3º—Os recursos destinados à estratégia de Compensação de Especificidades Regionais, correspondem a 5% do valor mínimo do PAB Fixo multiplicado pela população do Estado.

§ 4º—Os critérios de aplicação dos recursos de Compensação de Especificidades Regionais devem ser pactuados nas Comissões Intergestores Bipartite - CIB e informados ao plenário da CIT, devendo atender a especificidades estaduais e regulamentados por ato normativo específico.

DO BLOCO DA ATENÇÃO DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE AMBULATORIAL E HOSPITALAR

Art. 10. O Bloco da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar será constituído por dois componentes: Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC e Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC.

Art. 11. O Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC - dos Estados, Distrito Federal e Municípios, é destinado ao financiamento de procedimentos e de incentivos permanentes, transferidos mensalmente, para custeio de ações de média e alta complexidade em saúde.

§ 1º—O financiamento dos incentivos permanentes do Componente MAC, incluem aqueles atualmente designados aos:

- I - Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- II - Laboratório de Prótese Dentária;
- III - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);
- IV - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador;
- V - Hospitais de Pequeno Porte;
- VI - Incentivo de Integração do SUS – INTEGRASUS;
- VII - Fator de Incentivos ao Desenvolvimento do Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde – FIDEPS;
- VIII - Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena – IAPI; e
- IX - Outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de custeio de ações de média e alta complexidade e não financiados por procedimento.

§ 2º—Os recursos federais de que trata este artigo, serão transferidos do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme a Programação Pactuada e Integrada da Assistência, publicada em ato normativo específico.

Art. 12. O Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, são recursos destinados ao custeio dos seguintes procedimentos:

- I - procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade - CNRAC;
- II - transplantes;
- III - ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário e implementadas com prazo pré-definido; e
- IV - novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, que

serão custeados pelo FAEC por um período de seis meses com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC.

Parágrafo único. Os recursos destinados ao custeio de procedimentos atualmente financiados por meio do FAEC e não contemplados neste artigo, serão incorporados ao Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar dos Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme ato normativo específico, observando as pactuações da Comissão Intergestores Tripartite.

DO BLOCO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Art. 13. O Bloco de Financiamento para a Vigilância em Saúde será constituído por dois componentes: Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde e Componente da Vigilância Sanitária em Saúde.

Parágrafo único. As responsabilidades de cada uma das esferas de governo estão estabelecidas na legislação vigente, devendo as adequações e atualizações ser pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite.

Art 14. O Componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde, se refere aos recursos federais destinados às ações de vigilância, prevenção e controle de doenças, composto pelo atual Teto Financeiro de Vigilância em Saúde que incluem os seguintes incentivos : Hospitais do Sub Sistema de Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar, Registro de Câncer de Base Populacional, Atividade de Promoção à Saúde, Laboratórios de Saúde Pública e outros que vierem a ser implantados através de ato normativo específico.

§ 1º—No componente Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde também estão incluídos recursos federais com repasses específicos, destinados às seguintes finalidades:

- I - fortalecimento da Gestão da Vigilância em Saúde em Estados e Municípios (VIGISUS II);
- II - campanhas de vacinação; e
- III - incentivo do Programa DST/AIDS;

§ 2º—. Os recursos federais destinados à contratação de pessoal para execução de atividades de campo no combate ao vetor transmissor da dengue serão alocados no Bloco Financeiro de Vigilância em Saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios – componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em saúde, na medida que se comprove a efetiva contratação dos agentes de campo.

§ 3º—Os recursos de que trata o componente da Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde deverá contemplar ações de rotina e poderá ser acrescido de valores específicos para a execução de ações contingenciais, conforme pactuação na CIT.

Art 15. O Componente da Vigilância Sanitária em Saúde será constituído do Termo de Ajuste e Metas – TAM e do Piso da Atenção Básica em Vigilância Sanitária – PAB VISA.

DO BLOCO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Art. 16. O Bloco de Financiamento para a Assistência Farmacêutica é constituído por quatro componentes: Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica; Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional e Componente de Organização da Assistência Farmacêutica.

Art. 17. O Componente Básico da Assistência Farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica em saúde e aquelas relacionadas a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica.

§ 1º—O Componente Básico é composto de uma Parte Financeira Fixa e de uma Parte Financeira Variável.

§ 2º—A Parte Financeira Fixa do Componente Básico consiste em um valor per capita destinado a aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica em atenção básica, transferido ao Distrito Federal, Estados e/ou Municípios, conforme pactuação nas Comissões Intergestores Bipartite.

§ 3º—Os gestores estaduais e municipais devem compor o financiamento da Parte Fixa do Componente Básico, como contrapartida, em recursos financeiros ou insumos, conforme pactuação na Comissão Intergestores Bipartite e normatização da política de assistência farmacêutica vigente.

§ 4º—A Parte Financeira Variável do Componente Básico consiste em valores per capita destinados a aquisição de medicamentos e insumos de assistência farmacêutica dos Programas de Hipertensão e Diabetes, Asma e Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação e Nutrição e Combate ao Tabagismo.

§ 5º—Os recursos da Parte Variável do Componente Básico poderão ser executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde ou descentralizados a Estados, Municípios e Distrito Federal, conforme pactuação na Comissão Intergestores Tripartite, mediante a implementação e organização dos serviços previstos nestes Programas.

§ 6º—Os recursos destinados ao medicamento Insulina Humana, do grupo de medicamentos do Programa Hipertensão e Diabetes, serão executados centralizadamente pelo Ministério da Saúde, conforme pactuação da Comissão Intergestores Tripartite, retificando a Portaria GM nº 399 de 22/02/2006.

Art. 18. O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento para o custeio de ações de assistência farmacêutica nos seguintes programas de saúde estratégicos:

- I - Controle de endemias, tais como a Tuberculose, Hanseníase, Malária, Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- II - Anti-retrovirais do programa DST/AIDS;
- III - Sangue e Hemoderivados; e
- IV - Imunobiológicos;

Art. 19. O Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional, destina-se ao financiamento do Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, para a aquisição e distribuição do grupo de medicamentos da tabela de procedimentos ambulatoriais.

§ 1º—O Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional será reformulado no prazo de 60 dias mediante pactuação entre as três esferas de gestão do SUS, observadas as seguintes diretrizes:

- I Definição de critérios para inclusão e exclusão de medicamentos e CID na Tabela de Procedimentos, com base nos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas;
- II - Definição de percentual de co-financiamento entre as esferas de gestão federal e estadual;
- III - Revisão periódica de valores da tabela de procedimentos; e
- IV - Forma de aquisição e execução financeira, considerando-se os princípios da descentralização e economia de escala.

§ 2º—O Ministério da Saúde transferirá mensalmente às Secretarias Estaduais, os valores financeiros apurados em encontro de contas trimestrais, com base nas emissões de Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade – APAC.

Art. 20. O Componente de Organização da Assistência Farmacêutica é constituído por recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços inerentes à assistência farmacêutica.

DO BLOCO DE GESTÃO DO SUS

Art. 21. O Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS destina-se ao fortalecimento da gestão do Sistema Único de Saúde para o custeio de ações específicas relacionadas à organização e ampliação do acesso aos serviços de saúde.

Art 22. Os recursos federais que integram o Bloco de Financiamento para a Gestão do SUS serão constituídos dos seguintes componentes:

- I - Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;
- II - Planejamento e Orçamento;
- III - Programação;
- IV - Regionalização;
- V - Gestão do Trabalho;
- VI - Educação em Saúde;
- VII - Incentivo à Participação do Controle Social;

VIII - Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica;
e

IX - Incentivo à Implantação e/ou Qualificação de Políticas Específicas;

§ 1º Os incentivos relacionados à Implantação e/ou Qualificação de Políticas Específicas, incluem aqueles atualmente designados à:

I - Implantação de Centros de Atenção Psicossocial;

II - Qualificação de Centros de Atenção Psicossocial;

III - Implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental;

IV - Fomento para ações de redução de danos em CAPS AD;

V - Inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas;

VI - Implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO;

VII - Implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU;

VIII - Reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase;

IX - Implantação de Centros de Saúde do Trabalhador;

X - Política de Cirurgias Eletivas;

XI - Adesão a Contratualização dos Hospitais Filantrópicos;

XII - Cadastro Nacional dos Usuários do SUS (Cartão Nacional); e

XIII - Outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas.

§ 2º - A transferência de recursos de que trata este artigo será regulamentada por ato normativo específico.

Art 23. O Ministério da Saúde publicará portarias específicas regulamentando a operacionalização de cada Bloco de Financiamento constituído pela presente portaria.

Parágrafo Único – O Fundo Nacional de Saúde adotará as medidas necessárias para garantia das transferências conforme o disposto nesta portaria.

Art. 24. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 25. Revogam-se a Portaria nº-059/GM, de 16 de janeiro de 1998, a Portaria nº 531/GM, de 30 de abril de 1999 e demais disposições em contrário.

SARAIVA FELIPE