

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – ENSP
Mestrado em Saúde Pública

**A IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
BÁSICA NO NÍVEL MUNICIPAL DO ESTADO DO RIO DE
JANEIRO NA PERSPECTIVA DE ATORES RELEVANTES**

SUZETE HENRIQUE DA SILVA

Orientadoras:

Profa. Dra. Vera Lucia Luiza

Profa. Dra. Egléubia Andrade de Oliveira

Rio de Janeiro, 27 de junho de 2011

A IMPLEMENTAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA NO NÍVEL MUNICIPAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO NA PERSPECTIVA DE ATORES RELEVANTES

SUZETE HENRIQUE DA SILVA

Orientadoras:

Profa. Dra. Vera Lucia Luiza

Profa. Dra. Egléubia Andrade de Oliveira

Dissertação submetida à Banca de Avaliação
da Escola Nacional de Saúde Pública como
parte dos requisitos necessários à obtenção do
Grau de Mestre em Saúde Pública

Rio de Janeiro, 27 de junho de 2011

À minha querida mãe,
Maria Salete Henrique,
por sua força e coragem para
enfrentar os desafios da vida.

Agradecimentos

Às queridas professoras Vera Luiza e Bia Oliveira, pela orientação neste trabalho, pelos ensinamentos, cuidado, paciência, e muita persistência;

Aos meus pais Antônio e Salete, pela força e dedicação em minha formação;

À minha irmã Suzana, pelo apoio e companheirismo;

Aos prezados integrantes da Banca, pela gentileza em aceitar nosso convite e pelas valiosas contribuições ao texto: Dra. Tatiana Wargas, Dr. Augusto Guerra, Dra. Gabriela Mosegui, Dra. Marly Cruz e Dra. Lígia Geovannela (Banca de Qualificação);

Aos secretários de saúde dos municípios selecionados, por autorizarem a realização das entrevistas;

Às coordenadoras de assistência farmacêutica dos municípios visitados, pelo imenso apoio e dedicação;

A todos os gestores entrevistados, pela gentileza e presteza no fornecimento das informações;

Às amigas Daniela Vasconcelos e Patrícia Rego, pelo exemplo e incentivo;

Aos amigos e colegas da SES-RJ, em especial à Jacqueline Medeiros e Fernanda Viana, pelo grande apoio na pesada rotina de nosso trabalho;

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste estudo;

A minha imensa gratidão.

“Como ser profissional de saúde e cidadão sem responsabilizar-se pelo seu quinhão?”

(Claudia Garcia Serpa Osorio-de-Castro)

“Quanto maior o bem, maior o mal que da sua inversão procede”

(*Rui Barbosa*)

Resumo

A Portaria GM/MS nº 176/1999 introduziu o financiamento compartilhado pelas três esferas de governo (União, estados e municípios) para aquisição dos medicamentos da atenção básica. Tal inovação trouxe grandes desafios aos municípios na assunção de suas atribuições inerentes ao processo de descentralização da assistência farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída pela Portaria GM/MS 3916/1998. Este estudo buscou evidenciar os fatores que influenciam a implementação da assistência farmacêutica em três municípios selecionados, de acordo com a percepção de atores identificados como relevantes. O trabalho foi desenhado como uma pesquisa qualitativa, de estratégia metodológica descritiva. Os dados foram obtidos de entrevistas com atores-chave identificados a partir da construção de um modelo lógico. Os resultados encontrados evidenciam que o panorama da assistência farmacêutica nos municípios estudados está muito aquém das diretrizes e prioridades expressas na PNM. De forma geral, os gestores entrevistados diagnosticaram como insuficientes os recursos humanos, financeiros, estruturais e administrativos. Foi apontada a existência de deficiências importantes nos processos que compõem o chamado Ciclo da Assistência Farmacêutica, destacando-se os problemas com a aquisição, armazenamento, dispensação e uso racional de medicamentos. Também foi observada carência de capacitação dos profissionais da equipe de saúde (incluindo farmacêuticos) e de informações aos usuários sobre medicamentos. Além disso, uma importante questão citada em todos os municípios selecionados foram as crescentes demandas judiciais. Desta forma, este estudo recomenda que o gestor estadual aprimore suas ações no intuito de prestar cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à assistência farmacêutica, as quais envolvem: apoio aos consórcios intermunicipais de saúde; promoção do uso racional de medicamentos junto à população, aos prescritores e aos dispensadores; capacitação de recursos humanos; assessoramento nos processos de aquisição e monitoramento dos impactos da PNM.

Palavras-chave: Política de assistência farmacêutica. Política de medicamentos. Implementação de políticas Públicas. Descentralização na saúde.

Abstract

In 1999, the Brazilian Federal Government introduced the financing shared by all government spheres (federal, state and municipal) as a new strategy to public acquisition of essential drugs for primary health care. That change brought new challenges to the municipalities in the health decentralization process. This study aimed to identify the various factors affecting implementation of pharmaceutical services in three municipalities in the state of Rio de Janeiro, Brazil. Data were obtained from semi-structured interviews with key stakeholders defined from a logical model. The results showed a scenario that didn't achieve yet most of the priorities and directives of the national drug policy. The interviewees complained against the lack of human, financial, physical and material resources. It was pointed out important gaps in the supply chain and rational drug use. There is also a great need in health professional capacitation program (including pharmacists) and information about medicines for health system' users. Besides, a significant question mentioned was the increasing number of lawsuits of drug supply. This way, this study recommends that state government give enough support to municipal managers concerning to rational drug use, professional qualification and medicine supply.

Keywords: Pharmaceutical service policy. Drug policy. Public policy implementation. Health decentralization.

SUMÁRIO

Introdução.....	12
Revisão bibliográfica.....	14
Políticas Públicas e Processo Decisório	14
Implementação de Políticas Públicas	15
Federalismo e Políticas Sociais	19
O processo de descentralização na área da saúde.....	23
A Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Medicamentos	26
Contexto do trabalho – O estado do Rio de Janeiro	32
Caracterização Geopolítica / Administrativa	32
Ações e esforços na construção de redes de saúde, regionalização e municipalização	33
Justificativa do estudo	37
Objeto de pesquisa.....	38
Objetivos.....	38
Objetivo geral	38
Objetivos específicos.....	38
Pressuposto	39
Metodologia.....	39
Seleção dos casos.....	40
Definição das variáveis e método de coleta de dados	41
Análise dos dados	43
Questões éticas	45
Resultados.....	45
Contexto político, sócio-econômico e de organização do setor saúde	46
Município A	46
Município B	49
Município C	52
Os principais atores envolvidos no processo de implementação da assistência farmacêutica.....	57
Município A	57
Município B	58
Município C	59
Sobre a assistência farmacêutica nos municípios caso.....	59
Município A	59
Município B	67
Município C	76
Limitações do estudo	82
Discussão	83
Perfil dos entrevistados.....	83
Sobre o contexto político, sócio-econômico e organização do setor saúde dos municípios estudados.....	83

Atores da assistência farmacêutica	88
Implementação da política de medicamentos nos municípios caso	90
Reflexões e considerações finais	99
Referências bibliográficas	105
Anexo 1. Modelo lógico: componentes da assistência farmacêutica básica municipal	115
Anexo 2. Questionário.....	116
Anexo 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	122
Anexo 4. Autorização para realização de estudo.....	123
Anexo 5. Parecer do Comitê de Ética - ENSP.....	124

Ilustrações

Gráfico 1. Capacidade instalada nos municípios selecionados	55
Gráfico 2 . Cobertura assistencial nos municípios selecionados	55
Gráfico 3. Rede assistencial nos municípios selecionados.....	56
Quadro 1. Municípios segundo a Região de Saúde.....	32
Tabela 1. Caracterização dos municípios selecionados para o estudo: população, PIB e IDMH	40
Tabela 2. Magnitude, dados econômicos e sociais dos municípios selecionados	54
Tabela 3. Indicadores de atenção básica nos municípios selecionados.....	55

Lista de siglas

AF	Assistência Farmacêutica
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CGU	Controladoria Geral da União
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNMAF	Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
FPM	Fundo de Participação dos Municípios
ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços
LOS	Lei Orgânica da Saúde
CEME	Central de Medicamentos
COSEMS- ES	Colegiado de Secretários Municipais de Saúde do Estado do Espírito Santo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MS	Ministério da Saúde
NOB 96	Norma Operacional Básica 96
OMS	Organização Mundial de Saúde
OS	Organizações Sociais
PAHI	Programa de Apoio aos Hospitais do Interior
PFB	Programa Farmácia Básica
PIB	Produto Interno Bruto
PMS	Plano Municipal de Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
RAG	Relatório Anual de Gestão
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
QUANGO	<i>Quasi-autonomous non-governmental organization</i>
SAFIE	Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial

SES-RJ	Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade.
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Introdução

A presente proposta é fruto de reflexões e inquietações sobre a assistência farmacêutica (AF) na saúde pública vividas nos últimos anos no exercício profissional desempenhado nas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Desde a promulgação da Lei Orgânica da Saúde – LOS, composta pelas Leis 8080/90 e 8142/90 (Brasil, 1990 a e b), foi determinado aos estados importante papel reitor quanto às ações de saúde. Entretanto, os estados brasileiros tiveram amplas dificuldades de gestão técnica, administrativa e financeira para assunção de suas novas responsabilidades (Kugelmas & Sola, 1999; Souza, 2002). Particularmente, o Estado do Rio de Janeiro enfrentou grandes desafios federativos em função de sua fusão com o Estado da Guanabara (Parada, 2001).

Nos dias de hoje, detectamos, com base na experiência de trabalho, dificuldades prementes quanto à assistência farmacêutica nos município de nosso estado, em que se pode exemplificar: a carência de recursos humanos (nível superior e nível técnico qualificado), a falta de estrutura (física e material) e a insuficiência de recursos financeiros. Este quadro resulta em desorganização da assistência prestada, tendo como uma das principais evidências a descontinuidade no fornecimento de medicamentos, com consequentes danos à população.

Consonante com a proposta da LOS, foi aprovada em 1998, sob a forma de Portaria ministerial, a Política Nacional de Medicamentos – PNM. Esta política observa os princípios e prioridades estabelecidas no Sistema Único de Saúde – SUS e tem como propósito: garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. A PNM tem como principais diretrizes o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, a reorientação da assistência farmacêutica, o estímulo à produção de medicamentos e a regulamentação sanitária. Define também o papel de cada esfera de gestão no que tange aos medicamentos e às ações a eles relacionadas.

A PNM traz, assim, novos desafios, sendo um dos gargalos sua operacionalização no nível municipal (Vieira, 2008), que tem seu papel no tema fortemente alterado e o escopo das ações bastante ampliado. Da mesma forma que ocorre com as demais propostas de políticas nacionais, a grande diversidade das realidades faz com que a

capacidade em implementar a assistência farmacêutica seja variável entre os municípios. Entretanto, mesmo naqueles que conseguem uma organização satisfatória, esta capacidade é frágil e suscetível a oscilações, como, por exemplo, aquelas provocadas por mudanças na gestão municipal.

Considerando o contexto apresentado, este trabalho tem como objetivo compreender, sob a ótica dos atores influentes, os principais fatores que influenciam a implementação da política de medicamentos na agenda do sistema público de saúde no estado do Rio de Janeiro, tendo como base o processo de descentralização na assistência farmacêutica ocorrido no final da década de 1990.

A revisão bibliográfica se inicia com uma abordagem geral sobre o processo das políticas públicas e o processo decisório, visando organizar uma compreensão geral dos elementos envolvidos e os principais dilemas. Na seção sobre implementação de políticas se busca revisar as principais teorias e sua evolução. Em seguida, na seção sobre o federalismo é revisado o processo brasileiro mais recente, em particular a partir da promulgação da Constituição Federal vigente. Na apresentação sobre o processo de descentralização na área da saúde, se busca apresentar algumas questões relevantes, suscitadas na operacionalização do papel de cada nível federativo. É então apresentada revisão sobre a assistência farmacêutica e a Política Nacional de Medicamentos, em seu processo, conceitos e principais aspectos envolvidos. Finalmente, se caracteriza o ambiente de estudo, o estado do Rio de Janeiro.

Segue a justificativa do trabalho, apresentação dos objetivos do estudo e do pressuposto teórico.

Logo após o detalhamento da metodologia empregada, são apresentados os achados para cada um dos casos estudados, tendo como eixo organizativo os objetivos específicos do estudo. Na discussão, se tenta integrar a análise dos achados sobre cada um dos casos mantendo os objetivos do estudo como eixo organizativo do texto.

Finalmente, são apresentadas as reflexões e considerações finais.

Revisão bibliográfica

Políticas Públicas e Processo Decisório

Existem várias definições do que seja política pública na vasta literatura publicada no campo.

Peters (*apud* Souza, 2006) a define como a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos.

Costa (1998) considera como política pública o espaço de tomada de decisão autorizada ou sancionada por atores governamentais que, através de atos, viabilizam agendas de inovação em políticas ou que respondem a demandas de grupos de interesses.

Apesar das várias abordagens, existe consenso entre diferentes autores (Labra, 1999, Meny & Thoenig, 1992) que o processo decisório no campo das políticas públicas envolve as seguintes fases ou etapas: 1) Construção de agenda (reconhecimento dos problemas), 2) Formulação de alternativas, 3) Escolha de uma alternativa (adoção), 4) Implementação, 5) Avaliação e 6) Reajuste – também denominadas em seu conjunto de ciclo de produção de uma política.

Kingdon (1995) considera a agenda como sendo constituída por uma relação de assuntos ou problemas, sendo classificada em três tipos: governamental (assuntos que chamam atenção das autoridades), não governamental (assuntos que são relevantes para a opinião pública, mas não chamam atenção do governo) e agenda de decisão (ou política) composta pela lista de assuntos a serem decididos.

Kingdon (1995) enfatiza que, em virtude da complexidade e do volume de questões, apenas algumas delas compõem a agenda decisória, compreendendo um subconjunto da agenda governamental que contempla questões prontas para uma decisão ativa dos formuladores de políticas, ou seja, prestes a se tornarem políticas.

Na compreensão do processo de formulação de políticas públicas, o modelo teórico de múltiplos fluxos desenvolvido por Kingdon (1995) analisa os três fluxos decisórios: problemas, soluções e política.

No primeiro fluxo, se estabelece uma diferenciação entre questão, situação socialmente percebida, e problema, entendido como uma questão que desperta a atenção dos formuladores de políticas. No segundo fluxo, temos um conjunto de alternativas e soluções. As idéias que sobrevivem são aquelas mais viáveis do ponto de vista técnico,

com custos toleráveis, assim como aquelas com maior aceitação do público e receptividade pelos formuladores de políticas. No terceiro fluxo, o político, que segue sua própria dinâmica, as coalizões são construídas em um processo de barganha e negociação política. No fluxo político, três são os elementos que exercem influência sobre a agenda governamental: o “clima” ou “humor” nacional, as forças políticas organizadas, exercidas principalmente pelos grupos de pressão, e mudanças ocorridas dentro do próprio governo. O início de um novo governo é o momento mais propício para mudanças na agenda.

Em determinadas circunstâncias, estes três fluxos – problemas, soluções e dinâmica política - são reunidos, gerando uma janela de oportunidade, ou janela política. Uma característica deste processo é seu caráter transitório: a oportunidade de mudança cessa quando um dos fluxos se desarticula com relação aos demais. (Kingdon, 1995).

Nesse sentido, a política pública compreende desde o plano de ação, elaborado e adotado pelo governo, até sua sanção oficial. Para sua implementação, uma série de decisões formais deve ser tomada, assumidas e executadas pelos órgãos governamentais e atores sociais. Assim ela estabelece um vínculo entre as intenções, as ações e os resultados. No plano das intenções, a política pública analisa o que o governo diz que vai fazer. No plano das ações ela traduz o que o governo realmente faz. No plano dos resultados, avalia as consequências ou os impactos da ação governamental.

Avaliar e refletir sobre o processo de implementação de uma determinada política representa uma oportunidade de analisar desde o seu desenho inicial até os efeitos esperados, considerando os principais entraves a serem superados para possíveis ajustes.

Implementação de Políticas Públicas

A implementação, foco principal deste trabalho, é a fase da política pública durante a qual se geram atos a partir de um marco normativo inicial, ou seja, é o processo pelo qual decisões políticas prévias são traduzidas em ações (Mény & Thoenig, 1992).

Em outras palavras, corresponde à execução da política formulada no processo decisório. Esta fase caracteriza-se pelo elevado grau de imprevisibilidade. A existência de uma proposta ou plano previamente pactuado e aprovado pelos atores envolvidos, não representa uma garantia, *a priori*, de sua implementação. Políticas aprovadas são freqüentemente alvo de renegociações em seus objetivos, sofrendo ajustes e mudanças.

Sua execução terá relação direta com as relações de poder estabelecidas, com a clareza de suas proposições, com os acordos e estratégias articuladas para viabilizar as ações previstas e, principalmente, com a mobilização de atores chave envolvidos diretamente na sua consecução (Silva, 2000).

Dado o caráter autônomo do processo de implementação, não há uma relação direta entre o conteúdo das decisões que configuram uma determinada política pública e os resultados da implementação, que podem ser diferentes da concepção original. A implementação é um processo de adaptação em função das mudanças de contexto e, neste sentido, pode criar novas políticas (Menicucci, 2007).

A implantação de uma política exige decisão e iniciativa governamental, e instrumentos para efetivá-la, entre os quais a disponibilidade de recursos financeiros e suporte político organizado, particularmente por parte dos grupos sociais afetados positivamente por ela (Menicucci, 2007).

A implementação de políticas frequentemente está sob o comando de servidores públicos. Entretanto, atores não governamentais também podem estar envolvidos nas atividades, dependendo da tradição local de participação destes grupos. A literatura mais recente que trata da análise de políticas públicas, tem chamado a atenção para os problemas de implementação e a necessidade de explicar as chamadas brechas ou *gaps* na execução das políticas.

As dificuldades encontradas no processo de implementação de uma política muitas vezes estão associadas à noção de linearidade e racionalidade desse processo e restritas ao ambiente burocrático e aos funcionários responsáveis pela sua execução. Nessa ótica, predomina a noção de separação entre política e administração, ou seja: “problemas na implementação são vistos como *desvios de rota*, sem que seja problematizada sua própria formulação (Menicucci, 2007). Além disso, o mundo administrativo é considerado politicamente neutro e gerido sobre o princípio da eficiência.

Para ampliar esta visão é importante considerar que, como proposto por diferentes autores, a implementação é umas das fases do ciclo de produção de uma política (Labra, 1999; Meny & Thoenig, 1992). Nestes termos, essas fases não ocorrem de maneira independente ou linear. Ao contrário, os efeitos da implementação constituem um imbricado processo de negociações e conflitos que levam a recuos e avanços, além de mudanças de rumo causadas, principalmente, pelas disputas de poder entre setores com

interesses antagônicos, que buscam influenciar os resultados da política ao longo de todo esse ciclo.

Faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias voltadas para o estabelecimento de consensos e administração dos embates entre agentes implementadores em torno dos objetivos gerais da política (Silva, 2000) e, além disso, em torno dos objetivos previstos pelos formuladores. Assim, a análise desta fase da política, deve conceder especial atenção aos elementos do contexto político (coalizão governante, alternâncias de poder), bem como a instituição em que esta se desenvolve (Viana, 1996; Menicucci, 2007; Labra, 1999).

Viana (1996) detecta como falhas mais comuns na implementação de uma política os seguintes pontos: (1) constrangimentos externos que cerceiam as iniciativas da agência implementadora e que os administradores não controlam, como catástrofes ou oposição política; (2) recursos e tempo insuficientes para alcançar as metas programáticas como desejado; (3) combinação adequada de recursos não disponível quando necessário; (4) a teoria causal que fundamentou a política não é válida; quer dizer a própria política é ruim porque é mal concebida; (5) há excesso de elos entre a relação causa e feito; (6) a agência implementadora depende de muitas outras instâncias de consentimento antes de agir; (7) inexistência de consenso ou de clareza quanto aos objetivos, seja porque são incompatíveis, ou mal definidos; (8) impossibilidade de realizar atividades ou tarefas na seqüência especificada; (9) é precária a comunicação e a coordenação entre as instâncias envolvidas; (10) há resistências aos comandos e ao controle daqueles com autoridade para mandar.

Vários modelos de implementação de políticas públicas foram desenvolvidos baseados em princípios de desenhos organizacionais e em teorias da administração.

No campo das políticas públicas, as abordagens *top-down* e *bottom-up* permitem a análise de fatores micro e macro-institucionais que influenciam o desenvolvimento e a implementação de políticas.

O enfoque *top-down* tem como seguinte premissa que o topo governa pela natureza de sua autoridade hierárquica, e a base aplica por conformidade às regras. Este enfoque assume como um fato que a decisão se tomou no centro; o resto se reduz à execução na periferia. Assume que, no mundo real, o modo como a base piramidal atua escapa às ordens e ao controle do topo. A não execução das ações como planejadas pelo topo, traz o problema da capacidade de controle e coordenação. Os executores se apropriam dos

procedimentos técnicos e administrativos, em jogos de influência e negociações, para aumentar seu poder interno frente a chefes, subordinados e clientes. Nesta perspectiva, a análise de implementação focaliza os esforços dos funcionários ou instituições de maior hierarquia para obter a concordância dos níveis inferiores a fim de que os objetivos ou ajustes sejam cumpridos e aplicar as devidas sanções em caso contrário (Mény & Thoenig, 1992).

Já do ponto de vista da periferia - *bottom-up* – importa a maneira pela qual os funcionários e instituições locais encarregados da implementação reagem às interferências de agentes externos para mudar o curso da política. Nesse sentido, as dificuldades no controle da execução aumentam quanto maior for a distância entre os que decidem e os que executam. Por último, a implementação pode ser enfocada desde o ângulo dos grupos alvo – *target groups* - por exemplo, as famílias pobres beneficiárias de um programa de saúde. Saber se estão recebendo o serviço previsto é importante para a autoridade central entender a percepção desses grupos e assim poder antecipar correções no programa (Mény & Thoenig, 1992).

Dentro deste contexto, o modelo explicativo de coalizão de defesa (*advocacy coalizion framework*) possui um olhar muito particular, ao assumir que cada subsistema que integra uma política pública é composto por um número de coalizões de defesa que se distinguem por seus valores, crenças, idéias e pelos recursos que dispõem (Souza, 2007).

Na perspectiva da coalizão de defesa, os atores envolvidos no processo de implementação se agregam em coalizões compostas por pessoas do governo e da área privada, além de lideranças de grupos de interesse, parlamentares, pesquisadores, jornalistas e organizações. Estas coalizões compartilham crenças e se engajam em atividades permanentes (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). As crenças e atitudes dos cidadãos são consideradas, igualmente, fatores decisivos. Além disso, o processo através do qual as políticas são discutidas, aprovadas e implementadas, tem um importante impacto na qualidade do produto final e em sua adequação ao interesse público. O modelo compreende dois conjuntos de variáveis que afetam a conduta dos atores: estáveis – natureza da política, valores culturais e estrutura social, regras constitucionais; e exógenas – situação sócio-econômica, coalizão governante e outras decisões políticas correlacionadas. Neste enfoque, é central o sistema de crenças das

elites da política em questão, em torno da qual as coalizões se articulam e mobilizam recursos de poder e estratégias.

Por último, ressaltamos a relevância de ser considerado o processo de formação do Estado, as origens do poder político, a hierarquia dos processos e atores, bem como análise das relações entre Estado e a sociedade. Marques (2005) observa a importância de se considerar a influência de todos estes fatores na produção e condução das políticas públicas.

Considerando-se que a implementação de uma política constitui um cenário que exige decisão governamental e instrumentos para efetivá-la, dentre os quais a disponibilidade de recursos financeiros, envolvendo não só volume como fluxo de repasse, entre outros aspectos, buscaremos analisar o atendimento dessas exigências para implementação das ações de assistência farmacêutica em municípios do estado do Rio de Janeiro.

Federalismo e Políticas Sociais

Entendida com uma organização territorial que divide a autoridade política entre o poder central e os entes subnacionais, o federalismo traz, em seus princípios básicos, dois desafios: o da autonomia política das diversas instâncias de governo e o da interdependência das ações de cada uma das esferas deste governo. O federalismo é, antes de tudo, um pacto, um compromisso de integração política e equidade social.

O Brasil é uma república federativa desde 1891, quando o principal propósito era manter a união de unidades subnacionais que pudessem almejar uma futura independência política, em virtude da forte tradição de arranjos locais, característica do período colonial.

Para Kugelmas (1986), as formulações da Federação e da República sofreram, no Brasil, fortes influências das elites estaduais que aspiravam por um poder público que garantisse estruturas adequadas às atividades econômicas desenvolvidas localmente. Iniciou-se neste período, em 1891, a chamada Política dos Governadores, caracterizada por um federalismo dual, onde, apesar do governo nacional, a autonomia dos estados era significativa, principalmente dos estados mais estruturados como São Paulo e Minas Gerais.

No período entre 1930 a 1945, um conjunto de políticas voltadas para o desenvolvimento econômico e extensão de direitos sociais baseados em princípios

corporativistas foram definidos, com destaque para a regulamentação das relações trabalhistas. Ressalta-se a interrupção do pacto federativo, entre 1937 e 1945, período do Estado Novo, presidido por Getúlio Vargas (Almeida, 2007).

A democracia volta ao país em 1945, trazendo mudanças no papel do Estado, que expandiu a promoção do desenvolvimento econômico, a regulação dos mercados e a proteção social. Entretanto, a tensão entre centralização e descentralização levou novamente o país a um regime autoritário, entre 1964 e 1984. Desta forma, toda a retórica democrática e descentralizadora que impulsionava as lideranças políticas do período era, antes de tudo, um símbolo de oposição ao regime militar.

Particularmente no Rio de Janeiro, em 1975, a fusão do Estado do Rio de Janeiro com o Estado da Guanabara (antigo distrito federal do Rio de Janeiro, que se transformou em estado após transferência da capital federal para Brasília, em 1960) trouxe grandes conseqüências sócio-políticas para o novo estado.

Parada (2001) faz uma importante avaliação desta nova formação federativa estadual cujo intuito seria a consolidação de um grande pólo de desenvolvimento econômico fluminense, além do combate às forças favoráveis ao retorno do distrito federal. A fusão dos estados levou a uma situação de difícil equação na gestão de realidades e capacidades administrativas tão distintas. De um lado, o Estado do Rio de Janeiro, com população concentrada na baixa fluminense, de economia predominantemente agropecuária, com poucos pólos industriais, cuja maioria dos municípios não possuía estrutura própria de saúde, dependendo de unidades do MS, para prevenção e da Previdência Social, para assistência curativa. De outro, o Município do Rio de Janeiro, ex-Estado da Guanabara, ex-Capital Federal, grande pólo econômico, político, científico e cultural, que herdou toda ampla estrutura assistencial do antigo distrito federal: unidades próprias, do MS, da Previdência Social, além dos hospitais militares, dos Servidores Públicos e universitários.

Após a promulgação da Constituição de 1988, iniciou-se o período considerado um dos mais descentralizados dos países em desenvolvimento (Kugelmas & Sola, 1999).

Em relação à dimensão institucional brasileira, temos como principais características: a sobre-representação dos estados com menor eleitorado no Senado e na Câmara de Deputados; o Senado com competências de amplo espectro, favorecendo coalizões regionais; extensas atribuições dos entes subnacionais e fragmentação do sistema partidário (Stepan *apud* Lima, 2007). Este quadro denota uma extrema fragmentação de

poder, o que dificulta a governabilidade pelo Executivo Federal (Kulgemas & Sola, 1999).

Do ponto de vista fiscal, houve desconcentração de recursos tributários, com aumento do percentual dos Fundos de Participação destinados aos Estados e Municípios, além de uma maior autonomia de gastos dos governos locais sobre os recursos recebidos. Neste contexto, é inédita entre as federações a grande importância dada aos municípios, quando reconhecidos como entes federados. Este período foi denominado “federalismo estadualista”, pela relevância dos governadores como atores políticos, impulsionando a campanha pelas eleições diretas para Presidência e posteriormente pela forte influência sobre as respectivas bancadas no Congresso Nacional.

Na década de 90, inicia-se um novo pacto federativo, com mudanças na correlação de forças entre o governo federal e os estados. Entretanto, pela força do Presidente Fernando Henrique Cardoso, principalmente devido ao êxito do Plano Real no controle da inflação e estabilização monetária, e em virtude das fortes pressões das agências internacionais pelo reequilíbrio das finanças públicas, os estados se viram obrigados a concordar com o programa de reformas que incluíam compromissos com a privatização de empresas estaduais (incluindo as instituições financeiras), cortes de despesa e controle da folha salarial pela obediência à Lei Camata - que limita os gastos com pessoal a 60% da receita. Esta fase, que perdura até os dias atuais, foi caracterizada como “federalismo predatório”, caracterizado por disputa pelos recursos a serem distribuídos entre cada esfera e por uma guerra fiscal entre os estados, ao tentarem atrair novos investimentos. (Kugelmas & Sola, 1999).

Quanto às políticas sociais, a inversão da tendência centralizadora do período autoritário foi inicialmente associada à democratização. Os principais argumentos utilizados eram a transferência de autoridade e poder financeiro para setores ou parcelas da população anteriormente excluída do processo decisório (conceito de *empowerment*) e a promessa de governos mais acessíveis às demandas locais (Souza, 2002).

Na área da saúde, a União é responsável por parte do financiamento e pela formulação da política nacional. As portarias ministeriais têm sido a estratégia de coordenação das ações nacionais, enquanto que as transferências de recursos fundo a fundo têm funcionado como estímulo à adesão de estados e municípios aos objetivos da política federal.

A participação dos estados e municípios no processo de formulação da política de saúde está institucionalizada por meio de Conselhos instituídos nos três níveis federados. Estes espaços de negociação teriam, como uma de suas funções, suprimir do Ministério da Saúde a possibilidade de estabelecer unilateralmente as regras de funcionamento do SUS (Arretche, 2004).

No início da década de 80, sob a ótica do controle de custos e redução de gastos, a crítica feita à oferta de serviços e benefícios vinculados à proteção social integrava os questionamentos sobre o Estado provedor, em parte pela sobrecarga estatal agravada pela crise econômica mundial.

Na década de 1990, os modelos reformadores surgem mais amenos, sendo fundamentados na reconstrução da capacidade do Estado, tentando solucionar os problemas ocasionados pelas duras restrições da década anterior (Almeida, 1999).

A agenda de reformas institucionais para América Latina tem sido influenciada por temas que abrangem o conceito de separação das funções de financiamento e de execução do Estado. Entretanto, esta agenda vem recebendo diversas críticas, uma vez que não alcançou a eficiência prometida, além de exigir uma alta capacidade regulatória do Estado. (Kaufman *apud* Almeida, 1999).

No campo das políticas voltadas para as áreas econômica e social, o Brasil vive hoje um momento de maior integração entre estes diferentes campos no desenvolvimento do setor saúde. O Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), lançado em janeiro de 2007, visando promover rapidez no crescimento econômico, o aumento de emprego e a melhoria das condições de vida da população, é um exemplo deste esforço. Além disso, o Ministério da Saúde vem trabalhando no chamado “PAC Saúde”, que pretende beneficiar diversos setores do complexo produtivo da saúde, incluindo a produção de alguns medicamentos (ex.: para hipertensão), aparelhos (ex.: marca-passos), vacinas e hemoderivados. Desta forma o governo pretende reduzir a dependência de tecnologia do exterior, diminuindo despesas elevadas e sendo mais efetivo no tratamento e controle de doenças prevalentes no país (Viana & Elias, 2007).

O processo de descentralização na área da saúde

Nos anos recentes da história brasileira, marcados pela institucionalização do regime federativo, houve alternância de períodos onde predominava a centralização ou a descentralização, respectivamente associada ao autoritarismo ou à democracia.

Entretanto, é importante ressaltar a complexidade dos contextos políticos e institucionais envolvidos, onde características centralizadoras e descentralizadoras sempre conviveram em todas as fases do federalismo no Brasil. Segundo Kugelmas & Sola (1999), o que varia em cada fase é o padrão de relacionamento entre as esferas, seguindo uma dinâmica de aperto/ afrouxamento de controles políticos e fiscais. O que se destaca sempre é o forte protagonismo do governo federal, independente da fase que o regime federativo se encontre.

São questionados os benefícios de uma descentralização automática, que não leve em conta as condições administrativas, financeiras e institucionais dos municípios na assunção de todas as atribuições inerentes ao processo.

A descentralização tributária não beneficia igualmente todos os municípios. A grande maioria deles tem de sobreviver à custa de transferências federais e estaduais, pois não têm possibilidade de arrecadar recursos próprios, pela inexistência de atividade econômica significativa e pelo tamanho da sua população pobre.

Estudos mostram que quase 75% dos municípios brasileiros arrecadam menos de 10% da sua receita total via impostos e que cerca de 90% dos municípios com menos de 10.000 habitantes dependem quase que em 100% das transferências do Fundo de Participação dos Municípios - FPM e do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços – ICMS (Samuels *apud* Souza, 2002).

O processo de descentralização na área da saúde desenvolveu-se, do início dos anos 80 até meados dos 90, influenciando a distribuição de competências entre as três esferas de governo (federal, estadual e municipal). Apesar da Constituição de 1988 (Brasil, 2001) e da LOS definirem como um dos princípios básicos do SUS a descentralização de corte municipalizante, inúmeros obstáculos ainda se colocam à mudança do modelo anterior.

Uma alteração profunda no perfil de financiamento é fundamental para solução da crise do setor saúde. Uma discussão importante envolve a vinculação e a especialização das fontes de recursos da seguridade para áreas constitutivas (saúde, previdência e assistência social).

A atuação do Ministério da Saúde - MS na década de 90 revelou-se fragmentada, com baixa integração e superposição de ações entre as áreas. A política de financiamento do MS naquele período era pouco condizente com o modelo público e universal proposto pelo SUS, além dos recursos serem insuficientes, suas fontes de receitas eram instáveis. O papel do Ministério, de comprador e executor direto de serviços, foi substituído progressivamente pelo poder de direcionamento da aplicação de recursos. Quanto ao seu papel de regulador sanitário, o padrão federal deu ênfase à regulação de medicamentos e às ações sobre portos, aeroportos e fronteiras (Machado, 2007).

A transferência de recursos financeiros vinculada a gastos definidos nas normatizações do governo federal tem sido a estratégia de indução das ações dos governos locais. Por outro lado, para os estados e municípios, a possibilidade de impedir que as regras do SUS sejam definidas apenas pelo MS se dá através dos Conselhos de Saúde.

Embora haja indução pela União dos gastos dos governos locais, a relativa autonomia política e fiscal dos governos estaduais e municipais permite que estes adotem uma agenda própria, nem sempre atrelada à agenda do Executivo Federal. Ainda que a autonomia na decisão de alocação de gastos permita uma maior adaptação das medidas às necessidades locais, ela não garante que as estratégias adotadas sejam as mais adequadas para atendimento das demandas sociais.

Na área da saúde, a agenda proposta para os anos 90 questionava a organização dos sistemas de serviços de saúde (considerados caros e ineficientes) a partir de dois eixos centrais: a contenção dos custos da assistência médica (maior eficiência) e reestruturação do mix público/privado, envolvendo a descentralização de responsabilidade para as demais esferas de governo e uma maior participação do próprio usuário no custeio dos serviços que utiliza (Almeida, 1999). Quanto à assistência médica individual, permanece o modelo centrado no desenvolvimento tecnológico, tendo o hospital como local de distribuição desta tecnologia, e propondo como forma de redução de gastos o controle da autonomia técnica do profissional médico.

Ainda segundo a mesma autora (*ibid.*), em relação às atividades sociais, foi proposta a separação das funções de financiamento e execução através das Organizações Sociais – OS, organizações públicas não estatais, de direito privado, as quais seriam responsáveis pela prestação de serviços, tendo seus compromissos com o Estado regulamentado através de contratos.

Além disso, especificamente para o setor saúde, foi definida uma reforma administrativa orientada para um sistema médico-hospitalar, pautada na intensificação da descentralização e na definição de dois subsistemas de saúde: de Entrada (atenção básica) e o de Referência (atenção especializada e hospitalar) (Almeida, 1999).

Na materialização da reforma sanitária, é exigido do Estado um grande esforço no desenvolvimento de sua capacidade reguladora, necessária na definição de regras de financiamento, no custeio de ações e programas e na fiscalização do sub-setor privado de assistência médica.

O segmento privado cobre aproximadamente 27% da população brasileira, mas, em algum momento, principalmente nos procedimentos de alto custo, esta clientela também recorre ao SUS, contribuindo para distorções e desigualdades no sistema de saúde (Almeida, 1999).

Outro desafio constitui o estabelecimento da “porta de entrada” no sistema, uma vez que no país, seja pela não valorização do clínico geral ou pela baixa resolutividade da atenção básica, existe uma crença nas especialidades médicas e nos exames diagnósticos de ponta, disponíveis nos hospitais.

Dentro desta perspectiva do desenvolvimento tecnológico, a questão dos medicamentos e da assistência farmacêutica vem ganhando destaque na agenda da saúde, nacional e internacional, não apenas pelo caráter de resolubilidade da atenção em saúde, mas também em virtude do grande volume de recursos envolvidos.

Uma discussão importante que se coloca atualmente é a deficiência no relacionamento entre os Poderes do Estado no que se refere ao direito à saúde. Diante do aumento de despesas, o Executivo e o Legislativo tentam estabelecer controles legais para regular a dispensação de medicamentos e a realização de procedimentos médicos. O Judiciário, em contrapartida, assegura os direitos de cidadania através da defesa das regras constitucionais num processo denominado “judicialização da saúde” com um grande número de ações judiciais para garantia de acesso a medicamentos e procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Por um lado há um efeito benéfico: a responsabilização do Estado na assunção de suas competências definidas em lei. Entretanto, o desafio que se impõe é que a expansão do papel do Judiciário como mediador de conflitos envolva conhecimento e informação sobre as regras que condicionam a ação do Executivo e Legislativo no setor saúde. Isso evitaria um desordenamento ainda maior das ações e serviços prestados à população. (Machado *et al*, 2007).

A Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Medicamentos

Uma das primeiras iniciativas na construção de uma política governamental para medicamentos, a Central de Medicamentos – CEME foi criada em 1971 como uma estratégia de ampliação da oferta de medicamentos no país (Braga & Paula, 1981).

A lei 8.080/90 (Brasil, 1990a), em seu artigo 6º inclui no campo de atuação do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, e a necessidade de formulação de uma política de medicamentos.

Com a desativação da CEME em 1997, o Ministério da Saúde, visando garantir uma continuidade do fornecimento de medicamentos enquanto era gestada a política de medicamentos e na perspectiva da descentralização da assistência farmacêutica, instituiu o Programa Farmácia Básica - PFB, destinado a suprir as necessidades de medicamentos para atenção básica de saúde dos municípios com menos de 21.000 habitantes, distribuindo kits trimestrais com quantidades correspondentes ao atendimento de 3.000 pessoas, em uma primeira fase (Rio de Janeiro, 1999a).

Os municípios tiveram um papel passivo, de receber e distribuir kits prontos e predefinidos de medicamentos. Mesmo o pretendido ensaio de um papel protagônico dos estados acabou não ocorrendo de forma plena, em que pese algumas iniciativas inovadoras. Cosendey *et al* (2000) avaliou a experiência dos estados do Paraná, São Paulo e Minas Gerais que, seguindo a tendência da descentralização das ações de saúde no âmbito do SUS, elaboraram programas de distribuição de medicamentos essenciais entre 1995 e 1997. Os referidos estados foram considerados pioneiros ao implantaram modelos descentralizados de assistência farmacêutica, quando ainda existia a prática centralizadora caracterizada pela CEME (extinta em 1997). Como mérito nas iniciativas dos três estados destaca-se a participação dos municípios nas discussões dos programas, envolvendo-os e responsabilizando-os pela contrapartida ao recebimento dos medicamentos. Os estados de São Paulo e Minas Gerais apresentaram a vantagem de possuir laboratórios farmacêuticos, com capacidade de distribuição de medicamentos.

Seguindo as diretrizes da LOS, a PNM, estabelecida pela Portaria 3916/98, torna-se o instrumento norteador no campo de medicamentos no país. Esta política, que tem como base os princípios e diretrizes do SUS, estabelece as seguintes diretrizes gerais (Brasil, 1998):

- Adoção da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME);

- 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.

No campo do controle social, a 1.^a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), realizada em 2003 (Brasil - CNS, 2003), foi um marco da participação organizada da sociedade na construção de propostas que garantissem a implantação e reestruturação da assistência farmacêutica e da política de medicamentos no âmbito dos estados e municípios. Grande ênfase foi dada ao financiamento público dos medicamentos utilizados no SUS. Várias propostas tratavam do acesso do usuário a medicamentos seguros, eficazes, com regularidade, suficiência e orientação para o uso correto. Na garantia do acesso, recomendava-se: implantação e organização dos serviços farmacêuticos; contratação e capacitação de pessoal necessário aos serviços; educação do usuário; desenvolvimento científico e tecnológico e financiamento, inclusive para a estruturação dos serviços. Neste contexto, foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 338/2004 (Brasil, 2004a), a Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF.

O conceito de assistência farmacêutica definido pela PNAF é bastante abrangente, visando à integralidade das ações, pretendendo ser um marco norteador para formulação de políticas setoriais, tais como: política de medicamentos, ciência e tecnologia, desenvolvimento industrial, formação de recursos humanos, entre outras (Brasil, 2006a). A PNM descreve a assistência farmacêutica como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, envolvendo o seu abastecimento, qualidade, segurança, eficácia e uso racional. Neste trabalho adotou-se o conceito de assistência farmacêutica da PNM, analisando-se especificamente os fatores relacionados à diretriz assistencial.

A PNM estabelece prioridades e as atribuições de cada nível de gestão e também que o financiamento se dará de forma compartilhada entre as três esferas de governo. Neste

sentido, o papel do nível municipal vem ganhando destaque, ao mesmo tempo em que lhe aumenta os desafios quanto à sua capacidade técnica, política e de gestão.

No processo de operacionalização da descentralização da assistência farmacêutica no âmbito da PNM, conforme deliberado no âmbito da Comissão Intergestores Tripartite - CIT e publicado da Portaria nº 176/MS, de 08 de março de 1999 (Brasil-MS/GM, 1999), foram estabelecidos os critérios e requisitos para qualificação dos municípios e estados ao incentivo à AFB. É reafirmada a responsabilidade direta do Ministério da Saúde pelo financiamento, aquisição e distribuição dos medicamentos relativos aos programas nacionais de AIDS (anti-retrovirais), tisiologia, hanseníase, sangue e hemoderivados (fator VIII, fator IX, complexo protrombínico e desmopressina), diabetes (insulina) e controle de endemias, e que os medicamentos da tabela do SIA/SUS manteriam seu mecanismo de financiamento, com recursos estão contemplados pelos respectivos tetos financeiros da assistência dos estados e municípios.

Uma das novidades é, então, o financiamento compartilhado pelas três esferas de governo dos medicamentos da atenção básica. Se começa a operar o maior envolvimento dos municípios, que devem participar da discussão do elenco estadual de medicamentos a ser financiado, que ocorre na Comissão Intergestores Bipartite – CIB.

A depender do modelo adotado de pacto, os municípios passam a realizar diretamente a aquisição desses produtos. Assim, aliada à criação do SUS, que exigiu dos municípios a capacidade de gerir uma rede própria, a publicação da PNM e a Portaria 176/99 constituem novos marcos para assistência em saúde. Os municípios deixam o papel de simples recebedores de medicamentos e passam a assumir uma série de responsabilidades gerenciais, das quais se destacam (Brasil-MS/GM, 1999; Rio de Janeiro, 1999a e 1999b):

- A formalização da assistência farmacêutica dentro da estrutura de assistência à saúde;
- Estruturação da assistência farmacêutica envolvendo: aquisição de medicamentos, organização de área física adequada ao seu armazenamento, bem como a correta distribuição e dispensação dos mesmos.

- Oferta de recursos humanos com perfil adequado à assistência farmacêutica, contando com farmacêutico responsável e promovendo a capacitação do pessoal de nível intermediário para as atividades pertinentes.
- Alocação de recursos do tesouro municipal para contrapartida no financiamento AFB e abertura de contas especificamente para este fim no Fundo Municipal de Saúde.

Ao longo do tempo, vários ajustes vêm sendo feitos no modelo de financiamento, buscando principalmente, aclarar as responsabilidades quanto aos diferentes grupos de medicamentos, atualizar as listas de produtos e valores e estabelecer mecanismos de gestão e de prestação de contas.

Atualmente, o financiamento para assistência farmacêutica é definido, no âmbito do Pacto de Gestão da Saúde, em três blocos de financiamento (Brasil, 2007b):

- I - Componente Básico da assistência farmacêutica;
- II - Componente Estratégico da assistência farmacêutica; e
- III - Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (denominação alterada para Componente Especializado da assistência farmacêutica pela Portaria GM/MS nº 2.981/2009 (Brasil, 2009)

O Componente Básico da assistência farmacêutica destina-se à aquisição de medicamentos e insumos relacionados à atenção primária à saúde, satisfazendo as necessidades prioritárias de cuidados da saúde da população, compreendo, entre outros medicamentos, analgésicos, antitérmicos, antibióticos e antiinflamatórios.

A Portaria GM/MS nº 4.217/2010 (Brasil, 2010a), atualiza as normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na Atenção Básica. O elenco de referência estabelecido por esta Portaria é composto de medicamentos integrantes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), por insumos destinados aos usuários insulino-dependentes, ambos os conceitos já incorporados desde a Portaria GM/MS 3237/2009, e por medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, incorporados ao elenco desde a Portaria GM/MS 2982/2009. A Portaria GM/MS nº 4.217/2010, apresenta como fator inovador a preocupação em assegurar os medicamentos necessários à garantia das linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da assistência farmacêutica. Para aquisição deste elenco, está previsto o financiamento compartilhado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios).

A Portaria GM/MS nº 4.217/2010 possibilita o uso pelas secretarias municipais de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores dos recursos financeiros estaduais e municipais para estruturação da assistência farmacêutica. Este recurso poderá ser utilizado para atividades destinadas à adequação de espaço físico das Farmácias do SUS relacionadas à Atenção Básica, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de assistência farmacêutica, e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da assistência farmacêutica na Atenção Básica. A inclusão de recursos para estruturação dentro da legislação sobre financiamento para assistência farmacêutica, introduzido pela Portaria GM/MS nº 3237/2007, foi extremamente relevante, pois atende a uma reivindicação antiga dos profissionais farmacêuticos.

A Deliberação CIB-RJ nº 1.281/2011 (Brasil, 2011) aprova as normas de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica no âmbito do estado do Rio de Janeiro, definindo a execução deste componente de forma totalmente descentralizada nos municípios.

A prestação de contas sobre as ações desenvolvidas no âmbito da assistência farmacêutica devem ser incluídas no relatório anual de gestão, o qual descreve todos os recursos utilizados no campo da saúde, conforme critérios estabelecidos pela Portaria GM/MS 3.176/08 (Brasil, 2008b).

O Componente Estratégico da assistência farmacêutica destina-se ao financiamento de medicamentos utilizados para tratamento de um grupo de agravos específicos, agudos ou crônicos, sendo doenças de perfil endêmico e que tenham impacto socioeconômico tais como: Tuberculose, Hanseníase, AIDS entre outras. O Ministério da Saúde é responsável pela aquisição e financiamento da maior parte dos itens. Os Estados e municípios são responsáveis pelo financiamento de alguns medicamentos, como aqueles destinados ao tratamento das infecções oportunistas nos pacientes portadores de HIV/AIDS.

O Componente Especializado da assistência farmacêutica, aprovado para aprimorar e substituir o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, foi instituído pela Portaria GM/MS nº 2.981/2009. Define um elenco de 150 fármacos em 310 apresentações farmacêuticas. Sua principal característica em relação às versões precedentes é a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em

nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde.

Além da ampliação do elenco, a portaria 2981/2009 traz como inovação o financiamento compartilhado do componente pelas três esferas (União, estado e municípios), e a inclusão de usuários de unidades de saúde privadas.

Como estratégia adicional de universalização do acesso da população aos medicamentos foi criado pelo governo federal o Programa Farmácia Popular do Brasil, em 2004 (Brasil, 2004b). Visa assegurar medicamentos essenciais para o tratamento dos agravos com maior incidência na população, mediante redução de seu custo para os pacientes e a inclusão de usuários assistidos pela rede privada. O programa, que inicialmente contava apenas com uma Rede Própria – “Farmácias Populares” – estabelecida em parceria com os Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos, atualmente também engloba a rede privada de farmácias e drogarias, por meio de parceria firmada pelo convênio “Aqui Tem Farmácia Popular” (Brasil, 2011).

Na "Rede Própria", a Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ é a executora das ações inerentes à aquisição, estocagem, comercialização e dispensação dos medicamentos. No "Aqui tem Farmácia Popular", a operacionalização do programa ocorre diretamente entre o MS e a rede privada de farmácias e drogarias.

Na "Rede Própria" a dispensação do elenco de 97 itens, entre medicamentos e correlatos, ocorre mediante o ressarcimento correspondente, aos custos de produção ou aquisição, distribuição e dispensação. No "Aqui Tem Farmácia Popular" (cujo elenco inclui medicamentos indicados para dislipidemia, asma, rinite, doença de Parkinson, osteoporose, glaucoma, anticoncepcionais e fraldas geriátricas) o MS pagará até 90% do valor de referência estabelecido, sendo obrigatório o pagamento pelo paciente da diferença entre o percentual pago pelo Ministério da Saúde e o Preço de Venda.

No "Aqui Tem Farmácia Popular" e na "Rede Própria" os medicamentos definidos para o tratamento da hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus são gratuitos aos usuários, conforme a campanha “Saúde Não Tem Preço”.

Adicionalmente, em 2003, no estado do Rio de Janeiro, também com a proposta de universalização do acesso aos medicamentos, foi criado o Programa Farmácia Popular, sendo intitulado inicialmente Farmácia Popular Vital Brazil, por estar sob a gestão do Instituto Vital Brazil – IVB.

O programa tem como público-alvo os usuários a partir dos 60 anos (medicamentos e fraldas) e os portadores de deficiências (apenas fraldas) mediante a disponibilização, a baixo custo, de 56 itens e 2 tamanhos de fraldas. Atualmente está sob gestão da secretaria estadual de saúde e conta com dezoito unidades, sendo nove delas localizadas na capital e as demais distribuídas pelo interior do estado.

Contexto do trabalho – O estado do Rio de Janeiro

Caracterização Geopolítica / Administrativa

O Estado do Rio de Janeiro possuía população estimada de 16.040.429 habitantes em 2009 (IBGE, 2010), sendo que aproximadamente 60% desta está concentrada na região Metropolitana I. O Estado possui 92 (noventa e dois) municípios, distribuídos em oito regiões de planejamento e nove regiões de saúde (Quadro 1). No cadastro Nacional de Saúde, o Estado apresentava, em dezembro de 2008, um total de 24.341 leitos gerais destinados ao SUS (excluídos leitos psiquiátricos, leitos de crônicos e hospital-dia, numa razão de 1,5 leitos/ 1.000 habitantes (Rio de Janeiro, 2009a). Em 2007, possuía PIB de aproximadamente 297 bilhões de reais, o que corresponde a um PIB per capita de R\$ 19.245,00 (IBGE, 2010).

Quadro 1. Municípios segundo a Região de Saúde

Região de Saúde	Municípios
BAÍA DA ILHA GRANDE	Angra dos Reis, Mangaratiba, Paraty.
BAIXADA LITORÂNEA	Araruama, Armação dos Búzios, Arraial do Cabo, Cabo Frio, Casimiro de Abreu, Iguaba Grande, Rio das Ostras, São Pedro da Aldeia, Saquarema.
CENTRO SUL	Areal, Comendador Levy Gasparian, Engenheiro Paulo de Frontin, Mendes, Miguel Pereira, Paracambi, Paraíba do Sul, Paty do Alferes, Sapucaia, Três Rios, Vassouras.
MÉDIO PARAÍBA	Barra do Piraí, Barra Mansa, Itatiaia, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro, Rio das Flores, Valença, Volta Redonda.
METROPOLITANA I	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São João de Meriti, Seropédica.
METROPOLITANA II	Itaboraí, Maricá, Niterói, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim, Tanguá.
NOROESTE	Aperibé, Bom Jesus do Itabapoana, Cambuci, Cardoso Moreira, Italva, Itaocara, Itaperuna, Laje do Muriaé, Miracema, Natividade, Porciúncula, Santo Antonio de Pádua, São José do Ubá, Varre Sai.

Região de Saúde	Municípios
NORTE	Campos dos Goytacazes, Carapebus, Conceição de Macabu, Macaé, Quissamã, São Fidélis, São Francisco do Itabapoana, São João da Barra.
SERRANA	Bom Jardim, Cachoeiras de Macacu, Cantagalo, Carmo, Cordeiro, Duas Barras, Guapimirim, Macuco, Nova Friburgo, Petrópolis, Santa Maria Madalena, São José do Vale do Rio Preto, São Sebastião do Alto, Sumidouro, Teresópolis, Trajano de Moraes.

Fonte: Rio de Janeiro, 2009 b

Ações e esforços na construção de redes de saúde, regionalização e municipalização

Em 2007, como uma das primeiras iniciativas da atual gestão da SES-RJ, foram criadas as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) - 24 horas, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde. As UPAs apresentam-se como estruturas de complexidade intermediária entre as unidades básicas de saúde e as unidades hospitalares, buscando suprir o déficit de atendimento e contribuindo para qualificação do sistema de saúde (Rio de Janeiro, 2010).

Ainda em 2007, foi criado pela SES-RJ o Programa "Saúde na Área" com a finalidade de aprofundar o conhecimento sobre a realidade dos municípios e estabelecer uma relação mais próxima entre os mesmos e o estado, caracterizando uma nova proposta de gestão para a saúde. Seu desenvolvimento se deu por meio de visitas por uma equipe formada por alguns subsecretários, técnicos da SES e pelo próprio secretário de saúde, nas quais foram realizados seminários com prefeitos, secretários municipais de Saúde e outras autoridades. Como produto destes encontros, publicou-se o Caderno de Informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro, com informações demográficas, socioeconômicas e epidemiológicas essenciais ao planejamento e regionalização no estado (Rio de Janeiro, 2009a).

Dentre as ações realizadas pela SES-RJ para fortalecer a capacidade de gestão municipal do SUS, destaca-se a criação dos Colegiados de Gestão Regional - CGR, que contam com estrutura físico-financeira. Instituídos em 2009, os CGRs caracterizam-se como espaço permanente de negociação e co-gestão quanto aos aspectos operacionais do SUS no âmbito das Regiões de Saúde, a partir da definição de prioridades e de pactuação de soluções para a organização de uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde, integral e resolutiva (Rio de Janeiro 2009b e 2009c).

Quanto ao financiamento, dois novos incentivos financeiros foram instituídos pela SES-RJ em 2009 aos municípios com até 110.000 habitantes: um reservado àqueles que possuem hospitais (programa de apoio aos hospitais do interior – PAHI) e outro para aqueles não possuem unidades hospitalares. O recebimento de tais recursos está condicionado à assunção de alguns compromissos, como apresentação do Plano Municipal de Saúde e alimentação regular dos sistemas oficiais de informação em saúde (Rio de Janeiro 2009d e 2009e).

Na SES-RJ, a assistência farmacêutica está atualmente definida na estrutura organizacional como Superintendência de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (SAFIE), vinculada a Subsecretaria de Atenção a Saúde, e composta por quatro coordenações, a **Coordenação de Gestão de Assistência Farmacêutica**, a **Coordenação do Componente Especializado**, a **Coordenação de Qualificação de Serviços Farmacêuticos**, e a **Coordenação de Logística e Qualidade de Medicamentos**, além do Pólo de Dispensação de Medicamentos Especializados no município do Rio de Janeiro, a RIOFARMES, cuja gestão é ligada diretamente à SAFIE.

A **Coordenação de Gestão de Ações Farmacêuticas** é responsável pela gestão dos Componentes Básicos, Estratégicos e Hospitalar.

No que tange ao Componente Básico em nosso estado, conforme pactuação na CIB, ele é totalmente descentralizado, ou seja, a sua execução (aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação) é de responsabilidade municipal. Portanto, dentro da logística deste componente, as responsabilidades estaduais estão ligadas à participação no co-financiamento, na seleção dos medicamentos que farão parte do elenco estadual de referência e acompanhamento da utilização dos recursos está organização

Atualmente está em fase de elaboração uma Ata de Registro de Preços para os medicamentos da atenção básica. Sob gestão estadual e tendo como partícipes os municípios do estado, esta ata pretende auxiliar aquelas secretarias municipais que ainda não desenvolveram sua capacidade administrativa para efetuar licitações em grande escala, uma vez que todas as etapas técnicas serão efetuadas pela secretaria estadual.

Está sendo desenvolvido também um instrumento de acompanhamento pelo estado da execução do municipal do Componente Básico. Aliado ao Relatório Anual de Gestão (RAG) e ao HÓRUS (Sistema Nacional de Gestão da assistência farmacêutica,

desenvolvido pelo MS), tal relatório pretende gerenciar a eficácia/eficiência das aquisições municipais de medicamentos e insumos para atenção básica.

Entre as atribuições estaduais relacionadas ao Componente Estratégico, estão a programação de medicamentos adquiridos pelo MS e distribuídos aos municípios do estado e hospitais especializados dos seguintes programas: Tuberculose, Hanseníase, Meningite, Tabagismo, Gripe, Dengue, Calamidades e Cólera. Além destes, a SAFIE efetua a seleção, compra e a distribuição de medicamentos para os programas de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente (eritroblastose fetal e neoplasia trofoblástica gestacional) e DST/AIDS (infecção oportunista). Também são realizadas ações de capacitação voltadas para aos municípios estando entre os eventos mais recentes estão dois simpósios sobre a assistência farmacêutica em Tuberculose nos anos de 2007 e 2009.

Em relação à assistência farmacêutica hospitalar, a SAFIE, em parceria com outras superintendências como a de Urgência e Emergência e de Logística, é responsável pela seleção de medicamentos para os hospitais e institutos especializados da rede estadual e das Unidades de Pronto Atendimento (UPA). Entre os eventos mais recentes, é importante mencionar a realização destacamos a realização do 1º Seminário de Assistência Farmacêutica Hospitalar da rede Própria – RJ (realizado no ano de 2008, no Rio de Janeiro).

A **Coordenação do Componente Especializado** atua programando os medicamentos centralizados pelo MS, programando e comprando aqueles sob sua responsabilidade e dispensando todos os medicamentos do componente aos usuários cadastrados em seus pólos de dispensação. Além disto, a SES-RJ efetua a compra e dispensação para alguns programas exclusivos, como o Programa Estadual de Fibrose Cística e o Programa Estadual de Profilaxia para o Vírus Sincicial Respiratório. Atualmente a Coordenação está elaborando critérios para o credenciamento dos Centros de Referência e das unidades dispensadoras de medicamentos deste componente. Ainda que sem designação oficial, se contava à época do estudo com 16 municípios que atuavam como pódo de dispensação para este componente. Os critérios para designá-los como pólo foram, a presença de instituições de tratamento de pacientes renais crônicos, além de sua aceitação e de seu compromisso em realizar a dispensação, com sua estrutura disponível, para os municípios do entorno.

A **Coordenação de Qualificação de Serviços Farmacêuticos** possui como atribuições a gestão das ações de planejamento da SES-RJ relativas à assistência farmacêutica (Relatório Anual de Gestão – RAG, Plano Estadual de Saúde, TCGM e TCGE do Pacto pela Saúde, Proposta Orçamentária e Programa de Excelência em Gestão - PEG), além de ser responsável pelo núcleo de relatoria (que atende as demandas relacionadas à medicamentos provenientes da Ouvidoria da SES-RJ).

A Farmácia Central de Medicamentos Especializados do Rio de Janeiro - RIOFARMES é a unidade de dispensação de medicamentos Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no município do Rio de Janeiro. A unidade recebe as solicitações de cadastro dos pacientes residentes na capital e realiza a dispensação de medicamentos para os pacientes aprovados.

A **Coordenação de Logística de medicamentos** tem como atribuição a aquisição e distribuição dos medicamentos do Componente Especializado e do Programa Estadual de Fibrose Cística.

Além disso, a SAFIE preside a Comissão Estadual de Assistência Farmacêutica, que envolve farmacêuticos representantes de todas as regiões de saúde do estado, e Comissão de Farmácia e Terapêutica do Estado do Rio de Janeiro (CFT).

Ao longo da última década a SES-RJ também organizou vários eventos para capacitação em gestão da assistência farmacêutica e discussão das políticas relacionadas ao tema, direcionados não só para farmacêuticos, mas para profissionais cuja atuação tenha interface com a assistência farmacêutica. Neste sentido, merecem destaque: o Curso de Capacitação em Gestão de assistência farmacêutica 2001 (realizado no ano de 2001, em Angra dos Reis), a 1ª Conferência Estadual de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (realizado no ano de 2003, no Rio de Janeiro) e o Seminário de Capacitação para Coordenadores Municipais de Assistência Farmacêutica do Estado do Rio de Janeiro (realizado no ano de 2009, em Niterói). Alguns destes eventos foram regionais, organizados em parceria com os municípios da região, tais como o I Seminário de Assistência Farmacêutica no Serviço Público da Região Metropolitana I 2007 (nova Iguaçu) e o Seminário de Estruturação da Assistência Farmacêutica na Região Centro-Sul Fluminense: Garantia do direito de acesso racional aos medicamentos (realizado no ano de 2010, em Paraíba do Sul).

Assim, se faz necessário avaliar o impacto destas medidas na implementação local da política de saúde, particularmente na área de assistência farmacêutica e de medicamentos.

Ainda que entendendo a necessidade de aprofundar este conhecimento em relação às três esferas de governo, no presente trabalho foi feita a opção de abordar o nível municipal

Justificativa do estudo

Entendida como uma ação de saúde pública e parte integrante do sistema de saúde, a assistência farmacêutica é determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde e envolve a alocação de grandes volumes de recursos públicos.

Estudos estimam que o impacto com os gastos na logística de medicamentos envolvam cerca de 20% dos recursos financeiros destinados à saúde (Banco Mundial, apud Vieira, 2010). Apenas com o repasse aos municípios da contrapartida estadual para os medicamentos do componente básico, os valores em recursos liquidados no estado do Rio de Janeiro aumentaram de 12 para 38 milhões de reais de 2007 a 2010, conforme informações do Fundo Estadual de Saúde.

É notório que a estruturação da assistência farmacêutica é um dos grandes desafios que se apresenta aos gestores e profissionais do SUS, quer pelos recursos financeiros envolvidos, quer pelas lacunas no seu financiamento, seja pela desorganização dos serviços ou, ainda, pela desqualificação dos profissionais. Exige-se, portanto, grande esforço no seu gerenciamento para vencer os desafios impostos pelas novas responsabilidades inerentes ao processo de descentralização da saúde.

A eficácia no gerenciamento dessa área pressupõe, além da disponibilidade de recursos financeiros para aquisição dos medicamentos, a organização dos serviços e, de forma muito especial, pessoal capacitado para coordenar as ações por ela desenvolvidas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, uma das fragilidades das políticas nacionais de medicamentos é o seu nível de organização, havendo vasta quantidade de informações e evidências disponíveis, mas não facilmente acessíveis. Ainda, conforme a OMS, o potencial de economia atingido com a organização da assistência, incluindo o

uso racional de medicamentos, é insuficientemente reconhecido pelos governantes (WHO, 2008).

É de fundamental importância entendermos como o processo de implementação da PNM em sua diretriz da reorientação da assistência farmacêutica está ocorrendo no nível municipal do estado do Rio de Janeiro. Elegeu-se privilegiar nesse estudo a assistência farmacêutica básica devido ao fato de que todos os municípios, independente de porte ou capacidade de gestão, devem ser capazes de operá-la.

Admitindo a existência de escassa informação sobre o tema no Estado do Rio de Janeiro, a elaboração deste estudo pretende contribuir na indicação de caminhos para futuras intervenções, subsidiando a reorientação de políticas e estratégias na área.

Objeto de pesquisa

Implementação da assistência farmacêutica básica em municípios do Estado do Rio de Janeiro.

Objetivos

Objetivo geral

Identificar os principais fatores que influenciam a implementação da assistência farmacêutica básica em municípios do Estado do Rio de Janeiro na perspectiva de atores relevantes.

Objetivos específicos

- Descrever os municípios escolhidos em termos de aspectos gerais;
- Identificar os principais atores envolvidos e sua influência no processo de implementação da assistência farmacêutica.
- Caracterizar, na perspectiva de atores relevantes, a implementação da política de medicamentos nos municípios selecionados;

Pressuposto

Assume-se como orientação da assistência farmacêutica no nível municipal as responsabilidades definidas na Política Nacional de Medicamentos e atualizações das legislações federal e estadual (apresentadas na seção “A Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Medicamentos”, p. 26).

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de estratégia metodológica descritiva, analítica e interpretativa. Segundo Minayo (2010a), a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, se ocupando, dentro das Ciências Sociais, de aspectos que não podem ou não deveriam ser quantificados. A abordagem qualitativa se aprofunda no mundo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.

Optou-se pela realização de um estudo de casos, por ser este uma forma de pesquisa descritiva que, conforme Cervo & Bervian (2002), analisa um determinado indivíduo ou caso que seja representativo do seu universo, buscando conhecer as diversas situações e relações de natureza social, política e econômica. Segundo Goldim (1997), estudo de caso é um tipo de estudo observacional exploratório, que visa à descrição abrangente de cada caso em particular, apresentado de forma cronológica ou temática, considerando cada um deles como unidades de estudo, mas buscando encontrar pontos de contatos entre os diferentes entes pesquisados para obtenção de uma visão global dos sistemas comparados.

Nessa perspectiva, os estudos de caso são fortemente recomendados quando o objeto de investigação é de grande complexidade, a tal ponto que o fenômeno de interesse não se distingue facilmente das condições contextuais, necessitando informações de ambos (Hartz, 1999).

Fez-se a opção por estudo de casos múltiplos de maneira a ampliar o escopo das realidades analisadas, aumentando, assim, o número de variáveis potencialmente relevantes. O método selecionado não teve o propósito de avaliar a incidência de fenômenos, uma vez que estudos de caso, em geral, não são adequados para tal finalidade (Yin, 1994)

Yin (1994) evidencia que o estudo de caso fornece pouca base para generalizações. Para aumentar a validade externa, o autor argumenta que estudos de casos múltiplos e/ou as replicações de um estudo de caso com outras amostras podem viabilizar a generalização de proposições teóricas (modelos). Quanto à validade interna, o estudo de caso pode ser considerado uma estratégia de triangulação de dados, no qual diferentes fontes de dados, estudos e perspectivas teóricas podem ser confrontadas para aumentar a credibilidade das interpretações.

Seleção dos casos

A seleção dos casos foi intencional, buscando-se considerar critérios relativos à importância e magnitude da assistência farmacêutica, balizados também por aspectos de viabilidade operacional e política da condução do estudo.

Considerando a escassez de dados atualizados sobre o conjunto de municípios, particularmente quanto à assistência farmacêutica, o fato do município ser um pólo de medicamentos especializados sinaliza capacidade organizacional diferenciada. Aliado a isto, ter o coordenador municipal de assistência farmacêutica como representante da Comissão Estadual de assistência farmacêutica indica liderança na região.

Por razões de viabilidade operacional e política foram consideradas a distância da capital do estado, residência da pesquisadora principal, e aceitabilidade para a pesquisa demonstrada pelo responsável da assistência farmacêutica em abordagem exploratória.

Com base nos critérios descritos, foram selecionados três municípios do estado do Rio de Janeiro (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos municípios selecionados para o estudo: população, PIB e IDMH

Município	População estimada 2008* (valores aproximados) ****	PIB <i>pc</i> (em reais) 2006 ** (valores aproximados) ****	IDHM 2000 *** (valores aproximados) ****
A	300.000	15.000	0,80
B	20.000	8.000	0,77
C	200.000	39.000	0,79

*População IBGE 2008 - site do Departamento de Informática do SUS - www.datasus.gov.br - Informações de Saúde - Demográficas e Socioeconômicas - Estimativas

***PIB per capita 2006 - <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2006/tab01.pdf>
-Tabela 1 - Produto Interno Bruto a preços correntes e Produto Interno Bruto per capita segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios - 2003-2006*

****IDM-H - site do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - www.pnud.org.br*

***** Todos os valores foram aproximados para dificultar a identificação nominal dos municípios*

Os atores previamente selecionados para as entrevistas englobam sete gestores identificados como diretamente envolvidos na assistência farmacêutica de cada um dos três municípios escolhidos, perfazendo um total de vinte e um atores, conforme indicado no modelo lógico (Anexo 1), sendo coordenadores ou representantes dos seguintes setores: Assistência Farmacêutica; Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família; Administração e Compras; Orçamento e Finanças; Fundo Municipal de Saúde; Conselho Municipal de Saúde e, ainda, o Secretário Municipal de Saúde. Todos os entrevistados foram solicitados a manifestar sua concordância em participar do estudo através da assinatura de termo de consentimento.

Conforme compromisso assumido junto ao Comitê de Ética da ENSP, os nomes dos atores entrevistados serão mantidos em anonimato e os municípios escolhidos serão aleatoriamente designados pelas letras A, B e C, de forma a dificultar sua identificação nominal.

Definição das variáveis e método de coleta de dados

Considerou-se que os aspectos de contexto mais diretamente relacionados à implementação da assistência farmacêutica são:

- Condições sócio-econômicas e contexto político do município
- Apoio da opinião pública
- Apoio dos poderes públicos
- Extensão da mudança de conduta requerida (considerando o período atual e momento de alcance da assistência farmacêutica percebida como ideal pelos entrevistados)

Supõe-se que condições sócio-econômicas influenciem diretamente no nível de complexidade da estrutura municipal de assistência farmacêutica requerida. O apoio da população e do poder público e o compromisso dos funcionários expressam o respectivo grau de entendimento da importância da assistência farmacêutica, fundamentais no êxito do processo de implementação. Por último, a diferença entre o estágio atual de

estruturação da assistência farmacêutica e aquele desejado pelos entrevistados pode sugerir os possíveis caminhos de intervenção da política de medicamentos.

A caracterização sócio-econômica foi feita com base em dados secundários e, os demais aspectos, apropriados a partir das falas dos entrevistados.

Ademais dos aspectos de contexto, as perguntas focam nos recursos necessários e no desenvolvimento dos processos críticos.

Segundo Hartz (1999), a construção de um quadro teórico (modelo lógico) destina-se a expressar de forma prática as estratégias pretendidas de avaliação e pesquisa. Desta forma, este modelo tende a aumentar tanto a validade interna do estudo, ao buscar segurança nas relações de casualidades construídas para explicar os resultados, como a validade externa, ao considerar a influência do contexto nos resultados obtidos.

O modelo lógico aqui apresentado (Anexo 1) contempla os componentes a serem implementados, considerando os atores diretamente envolvidos nesta implementação. A definição dos componentes teve como base as competências da esfera municipal quanto à assistência farmacêutica básica segundo a PNM (Brasil, 1998) e as atualizações apresentadas na seção “A Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Medicamentos” p. 26.

O modelo lógico construído buscou identificar as etapas críticas e recursos necessários em cada componente, os quais foram utilizados na orientação da investigação de como tais processos estão sendo desenvolvidos nos municípios. Os dados foram obtidos por meio de entrevista semi-estruturada com os atores chave, visando investigar:

- Sua compreensão do conceito de assistência farmacêutica;
- Sua compreensão das atribuições/responsabilidades da assistência farmacêutica básica no nível municipal;
- Os principais fatores de sucesso, internos e externos a assistência farmacêutica;
- Os principais problemas, internos e externos a assistência farmacêutica;
- Os principais recursos necessários para operar a assistência farmacêutica;
- Sua apreciação de se e como estão ocorrendo as etapas críticas;
- Os atores, que segundo a visão de cada entrevistado, tem influencia nas ações da assistência farmacêutica.

Como estratégia de coleta de dados, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, que, conforme Minayo (2010b), por combinar perguntas fechadas e abertas, buscou possibilitar ao entrevistado de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

As entrevistas foram gravadas, conforme autorização dos pesquisados, expressa na assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3), e foram transcritas pela autora. Desta forma, apenas a aluna e suas orientadoras tiveram acesso ao material obtido (gravações e transcrições).

O questionário utilizado (Anexo 2) foi aplicado pessoalmente pela aluna em entrevistas individuais, no local de trabalho do pesquisado (alguns solicitaram a presença do profissional farmacêutico no momento da entrevista).

O questionário, contendo 32 perguntas, foi estruturado em tópicos de acordo com as etapas críticas definidas com base no Modelo Lógico (Anexo 1), quais sejam: Identificação, Aspectos gerais, Seleção, Programação/ Aquisição/ Armazenamento/ Distribuição, Dispensação, Uso racional, Capacitação, Financiamento/Orçamento, Gerenciamento, Articulação Regional e Apoio Político.

Inicialmente, além das informações coletadas nas entrevistas, pretendia-se, também, comparar os relatos com cópias de alguns documentos municipais tais como atas de reunião do CMS, elenco padronizado, protocolos, estrutura da secretária de saúde, dentro outros. Entretanto, considerando a enorme dificuldade de acesso aos documentos buscados, bastante heterogenia entre os casos, o que dificultava a comparação entre os municípios, tais informações não foram aproveitadas.

Os recursos financeiros necessários para realização deste estudo foram custeados pelo próprio aluno.

Análise dos dados

A análise dos dados privilegiou a descrição, compreensão e a interpretação das percepções expressas no conteúdo das falas dos entrevistados.

Na pesquisa qualitativa a interpretação é o foco central, uma vez que, de acordo com Gomes *et al* (2010):

“é o ponto de partida (porque se inicia com as próprias interpretações dos atores) e é o ponto de chegada (porque é a interpretação das interpretações)”

O exame do material obtido nas entrevistas seguiu a análise de conteúdo sistematizada por Bardin (1979), que define o método como:

“conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”

Das várias abordagens possíveis, optou-se pela análise de conteúdo temática por meio de categorização, a qual segundo Bardin (1979):

“consiste em descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”

As informações obtidas foram codificadas segundo as seguintes categorias, definidas nos objetivos específicos: descrição dos municípios, identificação dos atores influentes neste processo de implementação e caracterização da implementação da política de assistência farmacêutica na perspectiva desses atores.

Portanto, cada caso é descrito em relação às variáveis investigadas, buscando-se articular as opiniões e visões dos entrevistados com os propósitos da pesquisa e com a fundamentação teórica (recomendações da literatura e da legislação). Foi analisada a convergência do que foi declarado pelos entrevistados com os elementos do modelo lógico.

Na apresentação dos resultados optou-se pela descrição literal de alguns trechos das entrevistas que se julgou mais representativos do discurso dos atores selecionados, considerando sua relevância para os objetivos da pesquisa. Desta forma, quando se sistematiza a opinião dos atores sobre a implantação, se usa como eixo organizativo os componentes do Modelo Lógico (Anexo 1). Esclarecemos que o propósito não foi o de tecer juízos de valor sobre as concepções reveladas pelos entrevistados, mas, ao contrário procurar entendê-las sob a perspectiva do contexto apresentado.

Questões éticas

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da ENSP, conforme Parecer Técnico (Anexo 5).

Na apresentação dos resultados, os nomes dos municípios escolhidos, bem como dos atores entrevistados, foram mantidos em anonimato. A coleta de dados foi feita pela própria aluna. As entrevistas foram gravadas. A manipulação das informações obtidas envolveu apenas a aluna e suas orientadoras, garantindo assim, a confidencialidade dos dados.

Foi solicitada aos Secretários de Saúde dos municípios envolvidos, autorização cada para a realização deste estudo (Anexo 4), mantendo o compromisso em zelar pela integridade e sigilo dos dados coletados.

Os entrevistados manifestaram sua concordância em participar da pesquisa através da assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual foram informados sobre a gravação da entrevista e sobre a preservação de sua identidade, de forma que não fossem prejudicados em virtude das informações prestadas. Eles também foram esclarecidos sobre os benefícios deste estudo que poderão ser obtidos pelos próprios, pelos pesquisadores e, em última análise, pela população assistida pelo sistema de saúde.

Resultados

A coleta de dados ocorreu no período de outubro de 2010 a janeiro de 2011. Dos vinte e um gestores inicialmente previstos, dezessete foram efetivamente entrevistados. Muitos entrevistados preferiram manifestar-se somente quando acompanhados do farmacêutico responsável em seu município, vinculando a continuidade da pesquisa à agenda deste profissional, o que prolongou o tempo de coleta além do inicialmente previsto.

Foram realizadas dezessete entrevistas, com a seguinte distribuição: quatro gestores do município A, sete do município B, e seis do município C. Três gestores do município A e um do município B não puderam ser entrevistados em virtude de incompatibilidade de suas agendas.

Dos dezessete entrevistados, doze (70%) eram do sexo feminino. A idade variou entre 34 anos e 61 anos, sendo a média de idade de 52 anos. A maioria dos gestores (doze)

possuía tempo de formação de vinte cinco anos ou mais. Três entrevistados possuíam apenas o segundo grau. Dos quatorze que possuíam formação universitária, dez eram da área da saúde (médicos, farmacêuticos, odontólogos e psicólogos) e quatro eram de outras áreas (matemática, administração, contabilidade e direito).

Em relação ao grau de qualificação encontrado, embora a maioria dos gestores tenha relatado ter feito algum tipo de curso de atualização, somente seis entrevistados possuíam especialização e apenas um apresentava o título de mestre.

Ainda que a maioria dos entrevistados possuísse mais de dez anos de tempo consecutivo na secretaria de saúde ou prefeitura, oito (47%) deles estavam a menos de três anos no cargo atual, o que demonstra alguma rotatividade dos profissionais na esfera pública.

Quanto ao embasamento para a compreensão da assistência farmacêutica, dez pesquisados (58%) não haviam feito nenhum curso que tenha abordado tópicos sobre medicamentos ou assistência farmacêutica.

Contexto político, sócio-econômico e de organização do setor saúde

Os dados informados a seguir sobre o contexto sócio-econômico e da organização do setor saúde foram coletados das seguintes fontes secundárias: Cadernos de Informações em Saúde – DATASUS (Brasil, 2010c) e Cadernos de Informações em Saúde – Rio de Janeiro (Rio de Janeiro, 2009a), complementados com informações sobre o contexto político obtidas das entrevistas. A escolha dos indicadores foi fortemente pautada em sua disponibilidade concomitante para os três casos de interesse, nas fontes consultadas.

Os dados sobre o contexto político foram extraídos das perguntas do **Eixo 9 (Apoio Político)** do questionário.

Município A

O município A possui uma extensão territorial de aproximadamente 800 Km², com população em torno de 300.000 habitantes (estimativa IBGE 2008), dos quais 51,9% são do sexo feminino e 13,4% de idosos (acima de 60 anos). Seu PIB *per capita* (em reais), em 2006, era cerca de 15.000 e seu IDHM, em 2000, era cerca de 0,80. Em 2007, possuía um percentual de aproximadamente 50% de abastecimento de água e 70% de instalação sanitária de rede de esgoto. Do ponto de vista econômico, caracteriza-se por

grande dinamismo em função das atividades industriais, turísticas e da produção de hortigranjeiros.

No ano de 2008, o município apresentava cadastrados no CNES 416 leitos gerais (excetuando-se os leitos de Psiquiatria, leitos de crônicos e hospital-dia), que representavam 1,3 leitos por 1.000 habitantes, valor inferior ao parâmetro da Portaria GM/MS nº 1101/2002 (Brasil, 2002) de 2,5 a 3 leitos por 1000 habitantes. Dentro destes leitos, 13 eram de UTI (3,1% dos leitos gerais), aquém dos parâmetros estabelecidos na referida portaria (4-10% dos leitos gerais).

Quanto à cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o município possuía, em 2008, 38 equipes, o que representava uma cobertura de pouco mais de 40% de sua população. Em 2007, ele apresentava 75% de cura de casos novos de tuberculose e cerca de 90% de hanseníase.

A produção do município no SIA/SUS, em 2008, foi de cerca de 280.000 consultas médicas ambulatoriais (0,9 por habitante), aquém do preconizado pela Portaria GM/MS nº 1101/2002, que é de 2 a 3 consultas por habitante ao ano. Neste mesmo período, o percentual de internação da população residente foi de 4,06% (excluindo psiquiatria), quando o parâmetro preconizado pela referida portaria é de 7 a 9% ano, para a população em geral.

O município possuía, cadastrados no CNES em 2009, 292 estabelecimentos de saúde segmentados em: 76 públicos, 4 filantrópicos, 211 privados e 1 sindicato.

Apesar de os distintos níveis de informação e de interesse dos vários atores levarem a diferentes percepções sobre o controle social, observam-se alguns aspectos em comum em seus relatos. Quanto à participação do Conselho de Saúde, a maioria dos entrevistados afirmou que o CMS é atuante nas questões de saúde em geral, assim como na assistência farmacêutica.

“É polêmico em alguns momentos, em alguns é muito participativo, contribui bastante, eu acho que o conselho cresceu muito na qualidade dos conselheiros” (Coordenador de Atenção Básica)

Entre as ações relacionadas à assistência farmacêutica, a mais citada foi a aprovação de protocolos e diretrizes terapêuticas para o tratamento de doenças como hipertensão e diabetes.

“Sim, inclusive a gente passou os protocolos para serem aprovado (no CMS)” (Coordenador de Compras)

Quanto ao apoio da Câmara de Vereadores às questões da saúde, os atores alegaram ser ainda incipiente, limitada à averiguação de reclamações dos usuários.

“Influência no dia-a-dia não. Acontece de vereador ligar para averiguar reclamação de algum usuário.” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“A maioria das comissões da Câmara não é tão efetiva, até porque a relação de poder no município é bem aproximada, assim como acontece no Conselho também. Então é um exercício que está se tentando implantar, a questão do controle social no Conselho e efetivamente na Câmara, que estas Comissões passem a exercer seu papel constitucional de fiscalização, controle, mas ainda está engatinhado neste sentido” (Coordenador de Orçamento)

“Eles têm até uma Comissão de Saúde, mas acho que são fora de foco, ficam muito na discussão política, falta eles focarem e articularem em cima deste foco junto com o Prefeito, a Secretaria de Saúde. Falta um foco de atuação, de buscar soluções para as coisas. Na prática, acabam fazendo política” (Coordenador de Atenção Básica)

Sobre o apoio dos usuários, segundo os entrevistados, dos principais fatores que a população reconhece como benéfica quanto à política de assistência farmacêutica municipal estão a disponibilidade gratuita de medicamentos e sua dispensação de forma descentralizada.

“A descentralização da entrega, independente de fugir às vezes das regras do Conselho (Regional de Farmácia do RJ), o fato de ter medicamentos em locais muito distantes, facilita” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

No entanto, se reconhece que a população reclama da descontinuidade no abastecimento de alguns medicamentos. A acessibilidade geográfica é também apontada como problema.

“A locomoção dentro da periferia é complicada, uns são idosos, outros não tem dinheiro de passagem.” (Coordenador de Atenção Básica)

“Em alguns momentos quando há descontinuidade, gera muito descontentamento do usuário e do pessoal do posto, é estresse para todo mundo.” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Município B

O município B possui uma área de aproximadamente 200 Km² e população em torno de 20.000 habitantes (estimativa IBGE 2008), dos quais 51,83% são do sexo feminino e 15,01% de idosos (acima de 60 anos). Seu PIB *per capita* (em reais), em 2006, era cerca de 8.000 e seu IDHM, em 2000, era cerca de 0,77. Em 2007, possuía baixos percentuais de abastecimento de água, cerca de 24%, e instalação sanitária de rede de esgoto, 13 %. Sua economia se apóia principalmente na agricultura e no turismo rural.

No ano de 2008, o município apresentava cadastrados no CNES 71 leitos gerais (excetuando-se os leitos de Psiquiatria, leitos de crônicos e hospital-dia), que representavam 2,76 leitos por 1.000 habitantes, valor em conformidade com o parâmetro da Portaria GM/MS nº 1101/2002, de 2,5 a 3 leitos por 1000 habitantes, entretanto não ofertava leitos de UTI.

Quanto à cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o município possuía, em 2008, 8 equipes que representavam uma cobertura de 100% de sua população. Em 2007, ele apresentava 100% de cura de casos novos de hanseníase, entretanto não apresentou dados para os casos de tuberculose.

A produção do município no SIA/SUS, em 2008, foi de aproximadamente 33.000 consultas médicas ambulatoriais (1,3 por habitante), abaixo do preconizado pela Portaria GM/MS nº 1101/2002, que é de 2 a 3 consultas por habitante ao ano. Neste mesmo período, o percentual de internação da população residente foi de 7,15% (excluindo psiquiatria), dentro do parâmetro preconizado pela referida portaria, que é de 7 a 9% ano, para a população em geral.

Em 2009, o município possuía cadastrados no CNES 67 estabelecimentos de saúde, sendo: 31 públicos, 1 filantrópico e 35 privados.

Com relação ao desempenho do Conselho de Saúde, foi unânime, entre os atores selecionados, a posição sobre a atuação efetiva do CMS, onde são incluídas em suas plenárias discussões sobre padronização de medicamentos, desabastecimento e prestação de contas dos recursos gastos. O modo como os entrevistados defendem a atuação do Conselho local, sugere que a gestão municipal opera de forma a incentivar e viabilizar o seu funcionamento. O fato de ser um município com população em torno de 20.000 habitantes também pode ser um fator facilitador.

“Tem município que cada mês marca um dia para dificultar a ação do Conselho. Mas aqui ele funciona, sou membro, tem continuidade, tem votação, faz um trabalho que eu acho louvável, mas falta conhecimento do uso racional de medicamentos, da REMUME, sobre a seriedade da dispensação. Eu mesma já participei de palestra para eles, mas existe uma dificuldade de acesso à informação” (Coordenador de Atenção Básica)

“Participa. Tem conselheiro que vai à farmácia observar o que tem e por que não tem, como se fosse um fiscal, o que ele é na verdade... De vez em quando eles solicitam a presença de um farmacêutico na reunião do Conselho para explicar porque está faltando tal medicamento, por que existe uma lista” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Em relação à da Câmara de Vereadores, embora seja relatada uma grande abertura entre a atual gestão e a secretaria de saúde, a atuação da Comissão de Saúde foi descrita como limitada à votação do orçamento ou aprovação de projetos enviados pela secretaria de saúde.

“Existe uma Comissão, mas não sei quantos membros tem. Um deles é médico que atende na unidade de saúde onde fica a Farmácia, e ele, como profissional de saúde, está sempre em contato com a Farmácia e eu sei que ele leva as informações e defende a assistência farmacêutica em discussões da Câmara” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“Existe uma Comissão de Saúde, porém não atuante. Não conheço projetos desta Comissão para a SMS, exceto o apresentado pela Secretaria de Saúde, a descentralização da Vigilância Sanitária. Este projeto passou por lá, mas foi da Saúde para Câmara e não da Câmara para Saúde” (Coordenador do Fundo Municipal de Saúde)

Quanto ao apoio popular, os entrevistados disseram ser a disponibilidade de medicamentos o fator considerado mais importante pela população. Um dos atores ainda ressaltou que o usuário fica realmente satisfeito apenas quando recebe todos os medicamentos prescritos.

“A dispensação de tudo que for solicitado na prescrição. Dispensar, dispensar, todo dia!” Eles só querem “dado”, não querem comprar nem um “AAS” (Coordenador do Fundo Municipal de Saúde)

“A população só reconhece a gratuidade” (Coordenador de Atenção Básica)

Os usuários reclamam do eventual desabastecimento de um item padronizado, da não oferta dos não padronizados e da centralização da dispensação. Os gestores também advertem para a prescrição de itens não padronizados.

“Da falta de dispensação de alguns medicamentos por causa da falta de capacitação dos profissionais de trabalhar com a REMUME, com o uso racional de medicamentos. Esta falta de conscientização dos prescritores com relação à REMUME reflete numa prescrição errada, e quando chega no cidadão, que já não entende muito, e a gratuidade está na política pública, e ele não sabe o que é REMUME e aí, eles querem mais, eles querem aquele medicamento. A quantidade de medicamento prescritos é uma coisa absurda. A prescrição é irracionalíssima: dói aqui, medicamento, dói ali, medicamento” (Coordenador de Atenção Básica)

“Na verdade as pessoas reclamam muito da centralização da Farmácia. Eles reclamam quando estão num posto de saúde distante e tem que vir até a Central para buscar o medicamento. Antes havia possibilidade de ter determinados medicamentos nos postos, mas isso acabou pela exigência do Conselho (Regional de Farmácia do RJ) de ter profissional farmacêutico em todas as farmácias, não seria possível dispensar medicamentos sem a presença do farmacêutico” (Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde)

Os relatos trazem a tona conflitos já notórios na implementação da política pública de medicamentos no país.

É possível que a não adesão à lista padronizada pelos prescritores traduza uma inadequação do elenco. Entretanto, pelo apresentado, a principal causa parece ser o desconhecimento pelos profissionais do escopo das políticas públicas e também dos fundamentos pautados pelo uso racional de medicamentos.

“A gente não consegue demonstrar para o paciente que não é que não tenha, é o médico que não prescreve o que seria ideal, o que tem na farmácia do SUS”. (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Outra questão relevante é a necessidade de implantação de uma gestão de compras eficientes no setor público relacionadas ao seguimento da legislação, à qualificação dos fornecedores e aos instrumentos de acompanhamento e controle.

“Reclama da falta de medicamentos. Acho que é uma burocracia muito grande, o Registro de Preços demora... as firmas demoram pra entregar, fica faltando entregar medicamento. Às vezes a gente recebe ação judicial de medicamentos da nossa AB que ainda não tem porque não recebemos. A nossa consultoria jurídica não aciona as firmas para que não possam participar de novo” (Secretário Municipal de Saúde)

Também foi destacada a polêmica discussão sobre a adequação das normas do Conselho Regional de Farmácia ao funcionamento do Serviço Público, reivindicação antiga de profissionais e gestores públicos no estado.

Município C

O município C possui uma área de 400 Km² e população em torno de 200.000 habitantes (estimativa IBGE 2008), dos quais 50,09% são do sexo feminino e 9,23% de idosos (acima de 60 anos). Seu PIB *per capita* (em reais), em 2006, era cerca de 39.000 e seu IDHM, em 2000, era cerca de 0,79. Em 2007, possuía como percentuais de abastecimento de água, pouco mais de 50%, e de instalação sanitária de rede de esgoto, cerca de 30%. Possui acentuada vocação turística em função de seu extenso litoral.

No ano de 2008, o município apresentava cadastrados no CNES 303 leitos gerais (excetuando-se os leitos de Psiquiatria, leitos de crônicos e hospital-dia), que representavam 1,7 leitos por 1.000 habitantes, valor inferior ao parâmetro da Portaria GM/MS nº 1101/2002, de 2,5 a 3 leitos por 1000 habitantes. Dentro destes leitos, 10 eram de UTI (3,3% dos leitos gerais), aquém dos parâmetros estabelecidos na referida portaria (4-10% dos leitos gerais).

Quanto à cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), o município possuía, em 2008, 19 equipes que representavam uma cobertura de aproximadamente 40% de sua população. Em 2007, ele apresentava apenas 7% de cura de casos novos de tuberculose e cerca de 70% de hanseníase.

A produção do município no SIA/SUS, em 2008, foi de aproximadamente 110.000 consultas médicas ambulatoriais (0,6 por habitante), abaixo do preconizado pela Portaria GM/MS nº 1101/2002, que é de 2 a 3 consultas por habitante ao ano. Neste mesmo período, o percentual de internação da população residente foi de 2,25% (excluindo psiquiatria), quando o parâmetro preconizado pela referida portaria é de 7 a 9% ano, para a população em geral.

Em 2009, o município possuía cadastrados no CNES 162 estabelecimentos de saúde: 40 públicos, 119 privados, 2 filantrópicos e 1 sindicato.

No que se refere à ação do Conselho de Saúde, os entrevistados relatam que o CMS tem atuação focal no aspecto fiscalizatório e, no caso de medicamentos, se restringe às questões sobre desabastecimento. Em relação à Câmara de Vereadores, a maioria não soube descrever qual era o seu perfil de atuação.

“Atua (o CMS) no sentido de cobrança, em querer se interar em que a verba foi aplicada” (Coordenador de Compras)

“Só em relação à falta, quando o paciente vai à farmácia procura um medicamento e não tem e a reclamação chega ao Conselho” (Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde)

“Tem médicos vereadores, tem gente ligada à área de saúde que é vereador, pode ser que tenha alguma influência”. (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Os atores ouvidos destes municípios argumentaram que, de uma forma geral, a população não está satisfeita. Existe reclamação sobre a não disponibilidade de medicamentos que não fazem parte da Farmácia Básica. Ainda segundo eles, usuários e médicos reclamam muito da burocracia do atendimento na farmácia.

“é difícil a população estar satisfeita. O município tem uma estrutura maior, é como se fosse um Pólo, por isso os outros municípios da região vêm para cá... Hoje estamos recadastrando os moradores, mas sempre burlam com comprovantes de parentes que moram aqui.” (Coordenador de Compras)

“Ela (a população) reclama da falta de medicamentos. Aqueles que não estão na farmácia básica, que são caros 8, 9 mil reais, se a gente não atender, ele entra com Medida Judicial e às vezes a gente é obrigada a comprar medicamentos caríssimos e com esse valor se atenderiam vários outros pacientes” (Coordenador de Compras)

“De fato, poucos elogiam. A gente recebe mais reclamação do que elogio. A população não é bem informada, pessoas que às vezes podiam se beneficiar dos serviços, não se beneficiam, vem através de pedidos de políticos para coisas que não tinha necessidade porque está à disposição dele, mas ele não tem conhecimento” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“Muitos médicos também chegam aborrecidos: tem médico que acha um absurdo dá receita para Farmácia Básica: ah isso é uso contínuo... acham que o paciente é cadastrado na farmácia infinitamente” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Estas percepções ilustram um sentimento de angústia e esgotamento de alguns profissionais frente à organização dos serviços que, em alguns casos, esbarram na superlotação e no não cumprimento de regras burocráticas por parte de usuários, profissionais da saúde e parlamentares.

Os relatos também demonstram que, para tentar manter o padrão de atendimento ofertado a sua população, alguns gestores optam por criar mecanismos de defesa frente a migração não previamente pactuada de usuários de municípios vizinhos.

De maneira a facilitar a análise comparada do contexto dos três municípios, alguns indicadores foram sumarizados nas tabelas (Tabela 2 e Tabela 3) e gráficos (Gráfico 1, Gráfico 2 e Gráfico 3), a seguir.

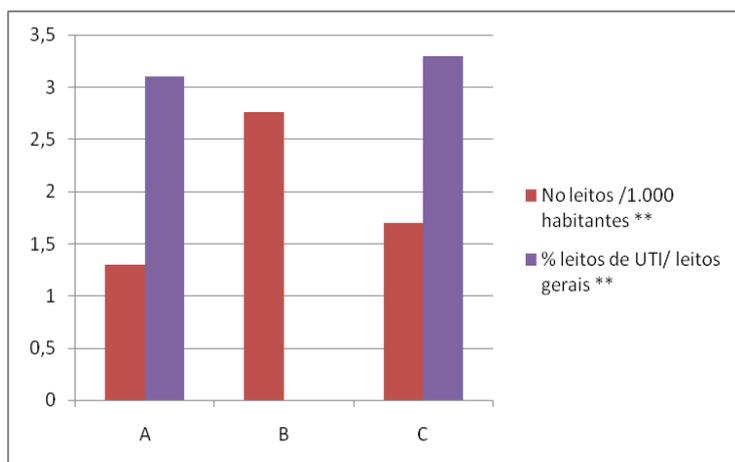
Tabela 2. Magnitude, dados econômicos e sociais dos municípios selecionados

Município	extensão territorial (Km ²) *	população total (hab) IBGE 2008 *	% população feminina IBGE 2008 *	% população idosa IBGE 2008*	PIB per capita (em reais) 2006 **	IDMH 2000 *	% abastecimento de água 2007 *	% rede de esgoto 2007 *
A	800	300.000	51,91	13,44	15.000	0,80	50	70
B	200	20.000	51,83	15,01	8.000	0,77	24	13
C	400	200.000	50,09	9,23	39.000	0,79	50	30

* Fonte: Saúde na Área - Regionalização - Cadernos de Informações em Saúde – Rio de Janeiro, 2009a

** Fonte: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/pibmunicipios/2006/tab01.pdf> -Tabela 1 - Produto Interno Bruto a preços correntes e Produto Interno Bruto per capita segundo as Grandes Regiões, Unidades da Federação e Municípios - 2003-2006

*** Valores aproximados para dificultar a identificação nominal dos municípios

Gráfico 1. Capacidade instalada nos municípios selecionados

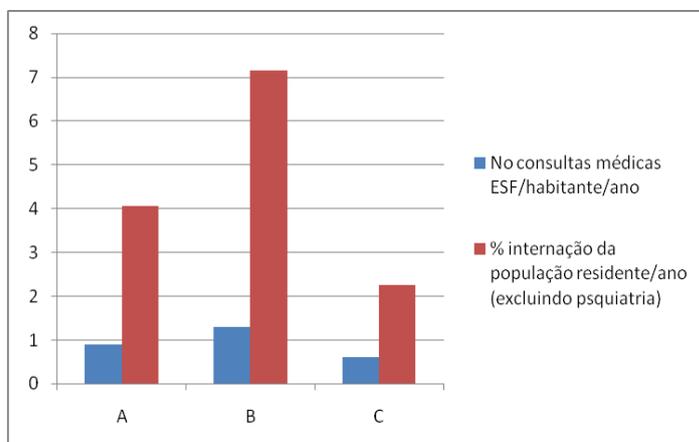
* Fonte: Saúde na Área - Regionalização - Cadernos de Informações em Saúde – Rio de Janeiro, 2009a

** Leitos gerais: excetuando-se os leitos de Psiquiatria, leitos de crônicos e hospital-dia

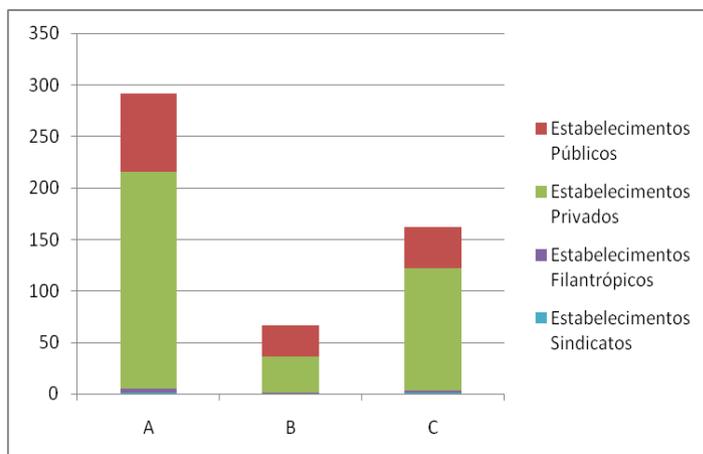
Tabela 3. Indicadores de atenção básica nos municípios selecionados

Município	Nº equipes ESF 2008 *	% cobertura da população ESF 2008 *	% cura de tuberculose SES-RJ 2007 *	% cura de hanseníase SINAN 2007 *
A	38	40	75	90
B	8	100	-	100
C	19	40	7	70

* Fonte: Saúde na Área - Regionalização - Cadernos de Informações em Saúde – Rio de Janeiro, 2009a

Gráfico 2 . Cobertura assistencial nos municípios selecionados

* Fonte: Saúde na Área - Regionalização - Cadernos de Informações em Saúde – Rio de Janeiro, 2009a

Gráfico 3. Rede assistencial nos municípios selecionados

* Fonte: Cadernos de Informações em Saúde – DATASUS 2010 – Brasil, 2010c

Os principais atores envolvidos no processo de implementação da assistência farmacêutica

No Eixo 1 do questionário (Compreensão da Assistência Farmacêutica), uma das perguntas aborda a questão dos atores influentes na perspectiva dos entrevistados.

Município A

Foram citados como principais atores da assistência farmacêutica municipal os farmacêuticos, médicos (do sistema público e do privado), enfermeiros, técnicos da farmácia, além do próprio usuário. Chama a atenção que o coordenador de assistência farmacêutica, não citou o farmacêutico na sua fala.

Um dos relatos, que citou como atores influentes membros do Poder Judiciário e Ministério Público, se mostrou revelador do cenário atual da saúde pública, no qual há forte atuação destas instituições na garantia do direito à saúde no Brasil.

“no Serviço Público, temos o médico... o enfermeiro... o paciente... Fora isso, temos os atores dos mandados judiciais, sendo o Juiz, na verdade o Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria, antes do médico, o principal ator. É uma relação pesada dentro do Serviço Público, desgastante e que não atende a ninguém. É um papel que ainda não conseguimos criar um vínculo e ter uma credibilidade com eles, e eles também não conseguem entender que se eu não tiver uma grade pré-estabelecida eu não consigo ter uma programação. Eu tenho que ter um critério de fornecimento”(Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“Os médicos que prescrevem fora do protocolo do SUS, eles não tem compromisso nenhum, eles querem para o paciente deles o novo, o top de linha. Eles não usam de uma forma racional. Então, esse ator fora do SUS é muito pesado para a gente. A gente passa um bom tempo tendo que responder, fazer uma defesa, tentando arranjar um justificativa, tentando articular prazos de resposta e você deixar de fazer suas tarefas em função dessas ações que não são mais pontuais, que não são mais exceção” ”(Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“O próprio Coordenador da Farmácia, os funcionários que trabalham na linha de frente, os que fazem controle de estoque também e o setor de compras, que tem ter uma dinâmica para manter o estoque de forma adequada” (Coordenador de Orçamento)

Município B

Os entrevistados identificaram os seguintes atores mais influentes na assistência farmacêutica municipal: o farmacêutico, o médico, o gestor do Fundo Municipal de Saúde e o secretário de saúde. Novamente o coordenador de assistência farmacêutica não mencionou o farmacêutico na sua fala.

“A farmacêutica, o Secretário de Saúde e o Prefeito”
(Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde)

“Infelizmente os médicos ainda são os que mais influenciam na prescrição, são eles que detêm o poder de prescrever e são eles os menos interessados no uso racional de medicamentos, e aí a gente tem esta dicotomia” (Coordenador de Atenção Básica)

Um fato que demonstra o uso do medicamento como moeda política é citação por alguns de atores como políticos, prefeito e vereadores, os quais freqüentemente tentam burlar os ritos estabelecidos, conforme relatos. Uma prática que nos faz pensar sobre o que motiva a população a recorrer a estes meios para obter os medicamentos de que necessita, seja pelo desconhecimento dos procedimentos a seguir, seja pela recorrência da prática de uma cultura nacional arraigada, no que se refere a burlar regras e convenções, furar filas e conseguir vantagens.

“Ah! libera com jeitinho o medicamento, depois a gente arranja a receita” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“Primeiro: a política. Os médicos por prescreverem fora da lista, eles inviabilizam uma dispensação correta, para se ter um planejamento melhor” (Coordenador do Fundo Municipal de Saúde)

“Eu acho que os Prefeitos acham importante dar remédio, mas eles não acham importante estruturar a farmácia dentro das normas técnicas para que faça isso... O Prefeito interferir, usar do medicamento como ferramenta política eu não concordo com isso, mas a maioria dos Prefeitos faz isso. Isso dificulta o trabalho e à medida que a pessoa não encontra o remédio na farmácia e vai para assistente social, isso cria uma abertura muito grande, cria uma dificuldade muito grande para nós, porque quando se dá para um tem que dar para todos. Isso vira uma política com os medicamentos, utilizar o medicamento para adquirir votos e difícil. Infelizmente, a gente não tem como mudar isso. Não é só uma política do Prefeito, é também daqueles que estão do lado dele. Os vereadores da situação falam: Ah, está com dificuldade de receber um medicamento, ah espera aí que eu vou conseguir” (Secretário Municipal de Saúde)

Município C

Os farmacêuticos e médicos foram citados como atores estratégicos da assistência farmacêutica municipal. Também neste município foi citado um ator que ilustra o processo de judicialização da saúde: o advogado.

“Farmacêutico, médico e advogado” (Secretário Municipal de Saúde)

“São os médicos, porque são eles que prescrevem os remédios” (Coordenador do Fundo Municipal de Saúde)

“É o farmacêutico, embora não tenha chegado a ter a influência devida. Chegaram a uma conclusão de que o farmacêutico trouxe economia, o salário é barato, e com a orientação dele organiza”. (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Sobre a assistência farmacêutica nos municípios caso

Quanto aos recursos necessários à operação da assistência farmacêutica, estes foram classificados em financeiros, humanos, estruturais e administrativos (processo de planejamento, organização e tomada de decisões). A identificação dos componentes baseou-se no modelo lógico utilizado (Anexo 1)

Município A

Considerando o **Eixo 1(Compreensão da Assistência Farmacêutica)**, a maioria dos entrevistados relatou insuficiência de recursos financeiros, humanos, estruturais e administrativos para o desenvolvimento das ações sob sua responsabilidade no que tange à assistência farmacêutica. Destacou-se a preocupação com a falta de recursos para atendimento das demandas judiciais e para compra dos medicamentos que não possuem financiamento claramente definido em legislação, os pertencentes à chamada “zona cinzenta”¹.

“Talvez falte uma visão mais qualificada... Na farmácia quem atende é administrativo” (Coordenador de Atenção Básica)

¹ Termo que se vem consagrando no Brasil para definir os medicamentos essenciais ou de uso amplo que não contam com mecanismo explícito de financiamento, deixando dúvida a esfera de competência.

“Eu tenho problemas com profissionais farmacêuticos, eu precisaria de mais profissionais porque a gente cresce e eu não consigo, na divisão de farmácia, ter mais farmacêuticos para acompanhar isso. Só na Central. Sem falar na ponta. Eu tive sorte de conseguir em algumas unidades, Tuberculose e Hanseníase, tenho um, na UPA tem, no Hospital tenho uma, no Programa de DST-AIDS tem outro, no excepcional tem dois” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“O problema todo são aqueles medicamentos da zona cinzenta, que são os mandados judiciais. É uma incoerência para algumas pessoas, porque tem conta de Farmácia Básica, mas são para medicamentos específicos, e isso acaba gerando uma dificuldade de entendimento para alguns” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“tem unidades mais novas, onde o espaço físico é adequado, mas tem unidades que o espaço é improvisado, e por isso não foi pensando a questão da medicação, por exemplo” (Coordenador de Atenção Básica)

Os relatos indicam que o crescimento da rede assistencial não vem sendo acompanhado de equivalentes investimentos nos recursos humanos, administrativos e estruturais, necessários para o desenvolvimento das ações de saúde.

Por outro lado, houve quem considerasse adequados os recursos administrativos existentes, facilitado pelo bom entrosamento da equipe de assistência farmacêutica com outras instancias dentro da Secretaria municipal de saúde. Também foi citada a melhoria na estrutura física conseguida pelos setores administrativos com a recente mudança da sede da secretaria de saúde.

“Eu acho muito importante esta relação interdisciplinar que a gente tem feito. A gente como Divisão de Farmácia tem muita facilidade em transitar pela Secretaria de Saúde, com o Financeiro, com o setor de compras, com a Secretária, eu sinto que em alguns municípios é difícil acontecer isso. Acho que isso cria um fluxo mais leve, mais participativo que estimula a gente trabalhar melhor e isso é uma coisa muito positiva no nosso município. Acho que essa ação de criar os protocolos, também é muito positiva, que a gente percebe que em outros municípios não tem, e isso é um facilitador” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“Hoje a gente vem trabalhando por uma melhora, recentemente a Secretaria acabou de mudar de sede, este espaço é bem melhor, houve uma melhora muito grande. Inclusive com relação aos equipamentos, hoje a gente conseguiu ter um setor todo informatizado, com um computador para cada um” (Coordenador de Compras)

Entre os principais problemas citados como dificultadores da execução de ações relacionadas à assistência farmacêutica municipal chama a atenção as reclamações sobre o rito processual para compras no serviço público.

“O nosso problema maior é o abastecimento... porque a compra pública por pregão, é muito demorada... é uma rotina muito lenta” (Coordenador de Atenção Básica)

“Claro que a gente sabe que tem que ter instrumentos de regularização, mas que sejam mais simples... porque a gente pode ficar toda vida neste processo burocrático e não se constrói nada” (Coordenador de Atenção Básica)

“É você trabalhar, principalmente na saúde onde tem muitas situações de emergência. De qualquer forma tem que ser dentro do legal, processual - é difícil. A gente toma as decisões, só que o serviço público é engessado por si só. O que emperra não é o relacionamento com relação às decisões, o que emperra é a situação da legislação que tem que ser seguida” (Coordenador de Compras)

Evidencia-se que a principal questão dos gestores quanto os problemas relacionados à compra pública diz respeito às dificuldades para o seguimento da legislação, considerada como excessivamente burocrática. É fato que a Lei de Licitações Públicas é única para todas as aquisições realizadas no âmbito público e que, pela recorrência das queixas a esse respeito, cabe pensar na necessidade de uma revisão da mesma que contemplasse as especificidades de diferentes setores, como o da saúde, por exemplo.

Entretanto, chama a atenção que outros importantes fatores não foram referidos como problemas por esses entrevistados, como a possível falta de recursos, a escassez de profissionais qualificados no setor de Licitação, descumprimento de cláusulas contratuais por fornecedores, produção de medicamentos, entre outros.

Sobre os **Eixo 2 (Seleção)**, de acordo com os gestores, o município não possui Comissão de Farmácia e Terapêutica, contando, entretanto, com alguns protocolos de utilização de medicamentos aprovados pelo CMS e elaborados por comissões específicas, compostas por farmacêuticos e médicos especialistas, organizadas conforme a necessidade de se regulamentar um programa em particular. O município possui lista padronizada de medicamentos publicada em Diário Oficial. Entretanto, a adesão dos profissionais prescritores à lista e aos protocolos ainda é parcial.

“Existe uma Comissão, mas não de terapêutica. A gente tá trabalhando com uma lógica um pouco diferente. Em função de cada necessidade de criação de um protocolo, a gente estabelece uma Comissão... sentamos com os especialistas, daí vai para o Conselho aprovar, publica e então começamos a trabalhar isso. Não é uma Comissão permanente” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“O município fez muitos protocolos, justamente porque a gente tem muito mandado judicial, então se os medicamentos tiverem lá na ponta, então porque tem mandado? É de quem é atendido nas emergências e sai com uma receita e não tem? É do particular, do plano de saúde e sai com uma receita cara? Então o protocolo é para regulamentar isso, para sensibilizar os nossos profissionais da AB, e se alguém chegar que não seja da AB, que ele saiba quais os medicamentos o médico vai ter para atender aquela patologia... Agora, se o juiz entender que tem que ser outro, aí é outro caso, pelo menos a gente está tentando melhorar, fazendo bons protocolos, fechados e bons, que atendem mesmo, não é qualquer coisa” (Coordenador de Atenção Básica)

Demonstra-se um esforço, partilhado entre vários atores, de racionalizar o uso de medicamentos no município. Percebe-se também a preocupação de se, nas sentenças proferidas pelo Poder Judiciário, os protocolos estabelecidos serão considerados para balizar a decisão.

Referente ao **Eixo 3 (Programação/Aquisição/Armazenamento/Distribuição)**, o farmacêutico participa da programação dos medicamentos, mas não emite o parecer técnico no processo de compra. O pregão eletrônico foi informado como a principal forma de licitação empregada. Segundo os relatos, o município só compra por emergência quando há fracassos sucessivos nas licitações, mas este é um evento raro. De forma geral, não usam compra emergencial, nem mesmos para mandados judiciais. Também foram citados problemas nos processos de compra como a dificuldade de cotação e não entrega pelos fornecedores.

“Mandados Judiciais e Processo Administrativo para medicamentos a gente optou por juntar por 30 dias e fazer um processo único mensal, mesmo perdendo o prazo. Foi uma decisão da Secretaria, mesmo correndo riscos, porque ocorrem seqüestros². Mas isso organizou tanto a Divisão de Farmácia quanto o setor de compras, porque isso era um inferno. Eu compro para 12 meses, e vou ter uma seqüência de atendimento. Antes, todo dia chegava processo para comprar emergencial, 30 por dia, todo dia eu respondia, eles eram encaminhados para compra sem pregão e ninguém fazia mais nada” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“Dificuldade no processo da compra, no pregão, às vezes o medicamento pode não ser cotado em 2, 3 pregões e pode vir a ser um emergencial... mas o prazo que o juiz dá não se consegue cumprir dentro do serviço público, é inviável, não adianta fingir que estamos fazendo um emergencial, porque não estamos” (Coordenador de Compras)

“Quando, por exemplo, faço o pregão eletrônico e a empresa não tem para entregar ou quer trocar de marca, e como não espaço para fazer um estoque de segurança, acaba havendo um descompasso entre a entrega e fim do estoque” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Aqui, são evidenciados alguns problemas na compra não descritos anteriormente tais como: não cotação do item e não entrega pela empresa ganhadora da licitação. O fato de terem sido relatados por profissionais mais ligados à compra pode contribuir para esta visão mais específica do processo, diferente dos relatos de profissionais com formação mais geral na área da saúde, cujo distanciamento do dia-a-dia das aquisições dificulta sua compreensão.

Cabe ressaltar, pelo seu significado e implicações, a medida adotada pelo município para se adaptar ao grande número de ações judiciais, incorporando-as à rotina de compra do município. Por um lado, isto evidencia a dificuldade, na prática, do cumprimento imediato de todas as demandas judiciais imputadas ao Poder Público, principalmente no nível municipal. Por outro, representa uma distorção no processo de

² Seqüestro – é a medida cautelar que consiste na apreensão de um bem determinado, objeto de litígio (neste caso, o medicamento), a fim de assegurar sua entrega ao vencedor da ação de conhecimento, por ocasião da execução para entrega de coisa certa. Um dos requisitos para cabimento do seqüestro é o perigo de danificação ou desaparecimento da coisa (Donizetti, 2007).

incorporação tecnológica da seleção de medicamentos, que deveria estar pautado na evidência científica no sentido da eficácia e segurança dos produtos.

Existe um almoxarifado exclusivo para medicamentos. Este, no entanto, funciona em um ambiente improvisado na antiga farmácia do hospital municipal, sem espaço nem estrutura adequados. O fato de não haver um local adequado para o armazenamento de medicamentos, em quantidade suficiente, para que se possa aguardar uma nova licitação, coloca-se como um fator adicional que pode contribuir para o desabastecimento. Importante citar que, a falta de espaço adequado para o correto armazenamento pode redundar na perda de medicamentos por extravio ou expiração de validade.

“Tem problemas, tem ar condicionado, mas o piso não é adequado, a tinta da parede não é lavável. Foi um local adaptado, que era o almoxarifado do hospital e na época era suficiente e hoje é totalmente inadequado, porque a rede cresce. Eu fui “expulsa” da minha sala que virou um setor de recebimento e expedição” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“Fazer processo para 12 meses facilitou o trabalho da gente. Por 12 meses eu estou garantida, mas se uma entrega der errada, eu não tenho estoque de segurança. Se eu tivesse espaço físico adequado, eu teria estoque de segurança p/ 3 meses” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

No **Eixo 4 (Dispensação)**, foram citados como fatores prioritários para dispensação de medicamentos a qualidade da prescrição e a correta orientação ao usuário no momento da entrega do medicamento, coerentes com o preconizado pela PNM. Contudo, os argumentos apresentados sobre desabastecimento, número inadequado de profissionais farmacêuticos, falta de adesão dos prescritores à padronização municipal demonstram a distância entre a realidade atual e o cenário ideal.

“Dos programas que ele se propõe, sim. Agora dos mandados, com certeza a insatisfação é muito grande. Não é regulamentado, todo dia tenho que comprar uma coisa nova” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“Eu acho importa tudo, se o médico respeitar a padronização, a dispensação vai poder ser melhor, a gente vai poder atender melhor a população” (Coordenador de Compras)

A maioria acha que o município está conseguindo atender as necessidades de sua população no que se refere à oferta de medicamentos. Entretanto, o desabastecimento eventual é ainda um fator limitante.

“Eu acho que por conta de todas as dificuldades colocadas de abastecimento, de licitação, de amarrar protocolo, eu acho que ainda tem muito problema, porque senão não haveria tanto mandado, isso é um reflexo” (Coordenador de Atenção Básica)

Foi ressaltada a importância de que o sucesso da dispensação não se limita à disponibilidade, mas envolve a orientação dos usuários.

“Não é só ter medicamento. Eu acho que tem que ter a orientação de como o paciente vai utilizar este medicamento. Primeiro ver se o que o médico está prescrevendo o que é pertinente à situação do paciente e ao mesmo tempo se há adesão do paciente” (Coordenador de Atenção Básica)

As limitações estruturais para a adequada dispensação foram mencionadas.

“Eu acho que é um conjunto de situações que estão engrenadas: o medicamento tem que ser bem armazenado, a entrega tem que ser correta, a explicação é importante, então o funcionário tem que ser treinado sobre como armazenar e orientar, o usuário também ser orientado. Nos postos de saúde não tem como orientar, são 47, não tem farmacêuticos nelas. Então como estratégia a gente faz informes, a gente liga, fazendo orientação. No ano passado em todos os PSF, todos os agentes comunitários foram treinados sobre que é medicamento, como ele é composto, o que é excipientes. Como eles estão em contato direto com usuário eles são os nossos tentáculos” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

No **Eixo 5 (Uso racional)**, apenas os profissionais da área da saúde se manifestaram no bloco de perguntas relativo ao uso racional de medicamentos, afirmando existir ações de educação continuada ligada aos usuários, as quais incluem informações sobre medicamentos, e informando existir também ações de farmacovigilância no município. Os profissionais da área administrativa não souberam se manifestar sobre tais questões.

“Mas não pela Divisão de Farmácia e sim pela Atenção Básica (sobre educação continuada para usuários)” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“Acredito que sim (sobre informações de medicamentos aos usuários). Pela conversa que a gente tem com os agentes e com os enfermeiros que a gente capacita” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

As informações apontam que as informações sobre medicamentos destinadas aos usuários e profissionais ocorrem principalmente no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, não envolvendo a Divisão de Farmácia de forma sistemática.

“Temos um projeto de educação continuada, a gente sempre chama o pessoal do PSF e da AB, nos reunimos toda 4ª para discussão” (Coordenador de Atenção Básica)

Também não existem muitos relatos sobre ações ligadas a farmacovigilância, tais como notificações de efeitos adversos e de problemas com a qualidade do medicamento. O único que soube se manifestar sobre o tema foi o profissional farmacêutico.

“É comum, não de uma maneira sistemática (sobre ações de farmacovigilância), quando acontece alguma coisa a gente está sempre se falando, conversando com a Vigilância, entramos em contato c/ o distribuidor e c/ o fabricante” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

No **Eixo 6 (Capacitação)**, quanto à capacitação, os entrevistados revelaram que os profissionais da saúde de nível superior, incluindo os farmacêuticos, e os de nível médio têm realizado cursos. No caso das capacitações para profissionais farmacêuticos, ainda que as respostas fossem positivas em sua maioria, o único exemplo foi o dos encontros e reuniões dos profissionais da rede realizados pela Coordenação de Farmácia. No caso dos cursos e treinamento de abordagem geral, destacam-se as oportunidades oferecidas pela Estratégia de Saúde da Família. Entretanto, nem sempre os cursos são organizados pelo município, como no caso das capacitações ministradas pelo Tribunal de Contas.

“Temos um projeto de educação continuada, a gente sempre chama o pessoal do PSF e da Atenção Básica” (Coordenador de Atenção Básica)

“A gente tem vários cursos oferecidos pelo Tribunal de Contas” (Coordenador de Compras)

“No ano passado fizemos 3 encontros com os farmacêuticos da rede, vamos fazer uma reunião agora com todos os farmacêuticos da UPAs e está programado até o final do ano uma reunião com todos os farmacêuticos para falar sobre o Plano Municipal de Saúde” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Sobre o **Eixo 7 (Financiamento/Orçamento)**, os recursos financeiros para aquisição de medicamentos foram reportados como previstos no orçamento municipal e sendo ainda suficientes para cobertura de sua demanda, apesar do seu crescente aumento. Existe uma

preocupação com a maior vinculação da população ao SUS pela migração dos usuários oriundos da assistência privada.

“A gente tem um valor considerável, por causa do aumento da necessidade da população, de quem perdeu o plano de saúde e migrou para o SUS, isso gerou uma demanda maior, que cria uma dificuldade maior” (Coordenador de Compras)

“a população parece que está mais doente, parece que está com mais dificuldades, quem tinha plano e perdeu, migrou tudo para o SUS, houve um aumento muito grande da demanda” (Coordenador de Compras)

Um dos relatos aponta para uma deficiência administrativa na utilização do recurso, o que é para ele, em parte, responsável pela sobra de dinheiro.

“Tem sido suficientes. No nosso caso tem até sobrado... mas ainda não existe aquela eficiência total da gente consumir todo o recurso disponibilizado no bloco da assistência farmacêutica, tanto que todo exercício há uma sobra, que a gente abre para o ano seguinte um superávit para utilização” (Coordenador de Orçamento)

Sobre o **Eixo 8 (Gerenciamento)**, os entrevistados informaram que a assistência farmacêutica está inserida no organograma como Divisão de Farmácia, subordinada à Diretoria de Compras, o que denota uma visão municipal sobre o medicamento fortemente ligada ao seu abastecimento, desconsiderando-se todas as demais premissas da PNM direcionadas ao seu uso racional.

As ações de assistência farmacêutica foram descritas como previstas no PMS e contempladas no RAG.

No **Eixo 9 (Articulação Regional)**, a maioria dos pesquisados desconhecem ações de assistência farmacêutica no âmbito regional. A dificuldade de trânsito entre os municípios pela geografia montanhosa da região foi citada como fator limitante.

Município B

No **Eixo 1 (Compreensão da Assistência Farmacêutica)**, de forma geral, os atores entrevistados consideraram insuficientes os recursos para o desenvolvimento de suas atividades relacionadas à assistência farmacêutica. Em relação aos recursos humanos, foi relatada a falta de profissional de nível médio e também de nível superior, apontando para uma visão de saúde por parte da prefeitura ainda centrada no profissional médico.

“Para o prefeito, é difícil conscientizar que precisa de outros profissionais além do médico” (Secretário Municipal de Saúde)

“Não. Na verdade não existe, além do farmacêutico, um profissional de nível médio que exerça a função de técnico ou auxiliar de farmácia, são auxiliares administrativos que ocupam este cargo, e isto tem um reflexo” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Quanto aos recursos financeiros, o que extrapola o orçamento são os gastos com mandados judiciais.

“Agora, a partir do momento que são usados para aquisição de mandados judiciais e para medicamentos de média e alta complexidade, o recurso fica diluído e acaba prejudicando a Atenção Básica” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

A questão da não adesão do prescritor à lista municipal também é vista como um problema.

“São suficientes (os recursos financeiros), mas se os médicos se adequassem à relação municipal, eles seriam melhor utilizados” (Coordenador do Fundo Municipal de Saúde)

“Falta que os prescritores se adequassem, tivessem compromisso e a responsabilidade de prescrever o que tem na grade, ela é abrangente, não tem justificativa para prescrição fora da lista” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Assinala-se ainda, a assunção de medicamentos de média e alta complexidade, incluindo oncologia, cujas regras de financiamento no país ainda são pouco definidas.

“Não cabe a um município como o nosso, que não é referência em oncologia, quando o paciente não conseguir retirar um medicamento no Centro de Referência, isso ficar a cargo do município... O município está sendo penalizado e não será ressarcido por isso” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Sobre os recursos estruturais, destaca-se o relato sobre o funcionamento da Farmácia Central em local adaptado, sem espaço adequado para atendimento aos usuários.

“Não. Tudo é uma adaptação. A Farmácia dentro de uma unidade, mas não é uma estrutura suficiente, o que deveria ser. Tinha que ter uma estrutura padronizada como PSF” (Secretário Municipal de Saúde)

“eu percebo que pela estrutura da farmácia, impede a aproximação do dispensador com usuário, que ele possa dar uma informação bem clara, tem uma barreira, pelo modelo como a farmácia funciona. ‘Vou fazer uma dispensação rápida por que tenho uma fila muito grande’, o paciente fica com dúvidas, ele tem que retornar à Unidade ou toma o medicamento errado” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

No que tange aos recursos administrativos, foi relatado como ponto positivo a importância dada a assistência farmacêutica no município.

“Na verdade a assistência farmacêutica dentro do município, me parece que é uma das prioridades dentro da Secretaria. Por que pela nossa vivência e conhecimento da situação de outros municípios, a gente aqui tem uma oportunidade e uma qualidade de distribuição de medicamentos muito boa dentro do município” (Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde)

Como fator negativo, foi descrita a interferência da prefeitura nas ações da secretaria de saúde. Tal fato ilustra um processo de descentralização das ações municipais de saúde ainda incompleto, cuja estruturação é precária e muito dependente da prefeitura.

“O Prefeito ainda não entende que o gestor mesmo da saúde é o Secretário de Saúde. As decisões, no meu entender, seriam minhas, mas como sou cargo subordinado a ele, tem que ser o que eles querem” (Secretário de Saúde)

“O Prefeito não entende que uma Secretaria de Saúde obedece às 3 esferas: as leis do MS, as estaduais que coordenam as nossas e as nossas decisões também.” (Secretário de Saúde)

Ressalta-se que os representantes das Coordenações de Administrações e Compras e de Orçamento e Finanças, que funcionam na prefeitura, relataram, de forma geral, ser suficientes os recursos humanos, estruturais e administrativos. Fato possivelmente explicado pelo distanciamento, físico e estrutural, da área da saúde, o que ocasiona desconhecimento dos seus dilemas e desafios diários.

Ao serem questionados sobre o principal problema no desenvolvimento das ações sob sua responsabilidade relacionadas à assistência farmacêutica, os atores citaram: a inadequada infra-estrutura da farmácia, a demora nas licitações, a não adesão do profissional prescritor ao elenco padronizado e também a dificuldade de comunicação dentro da equipe de saúde.

“a nossa demanda, o atendimento gera um movimento muito alto na farmácia, precisaria de um espaço maior, de uma adequação da área de espera” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“As licitações, as compras, são vários Processos Administrativos. Por essa insuficiência dos médicos prescreverem fora da REMUME, a lista do que compramos é inviável.” (Coordenador do Fundo Municipal de Saúde)

“Acho que é uma burocracia muito grande, o Registro de Preços demora, a qualidade dos medicamentos, as firmas demoram pra entregar, fica faltando entregar medicamento. Às vezes a gente recebe ação judicial de medicamentos da nossa AB que ainda não tem porque não recebemos. A nossa consultoria jurídica não aciona as firmas para que não possam participar de novo” (Secretário Municipal de Saúde)

“Conscientizar o público em relação ao uso racional de medicamentos e conseguir interface coerente entre a assistência farmacêutica e os programas básicos (sobre a principal dificuldade)” (Coordenador de Atenção Básica)

Em relação ao **Eixo 2 (Seleção)**, os entrevistados informaram que existe uma CFT, atuante, e uma lista padronizada de medicamentos, ambos publicada em Diário Oficial.

“Publicada oficialmente (lista de medicamentos), com a composição definida” (Coordenador do Fundo Municipal de Saúde)

A adesão à lista ainda é parcial, mas vem melhorando, principalmente após os processos administrativos de solicitação de medicamentos passarem a ser encaminhados aos médicos para reavaliação de sua prescrição inicial e adaptação, quando possível, ao elenco disponível. Foi relatado que a rotina do processo administrativo consiste na análise pelo secretário municipal de saúde e, em seguida, pelo assistente social. A farmácia faz então a análise técnica, sendo colocada a lista padronizada dentro do processo. Isto resulta em que muitas vezes o médico reavalia a prescrição, alterando-a para contemplar os medicamentos padronizados.

“Agora estão se enquadrando. Depois da divulgação de todos os medicamentos disponíveis. E depois que a farmacêutica começou a informar no Processo Administrativo, o que tem disponível, eles passaram a se adequar” (Coordenador do Fundo Municipal de Saúde)

“Por prescreverem, fora da lista, eles (os médicos) inviabilizam uma dispensação correta, para se ter um planejamento melhor” (Coordenador do Fundo Municipal de Saúde)

“Sim. Já melhorou bastante, houve época em que era pior, nem 50% (de adesão à lista padronizada)... a gente tá pegando num ponto fraco, o médico não gosta de escrever, de se justificar, então quando ele tem que justificar tecnicamente, ele prefere voltar atrás na prescrição” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Os dados que a divulgação da lista padronizada é uma etapa essencial à adesão pelo prescritor. O recurso de processo administrativo, que normalmente é o caminho para obtenção de medicamentos não padronizados, foi revertido pelo município como instrumento racionalizador da prescrição.

No **Eixo 3 (Programação/Aquisição/Armazenamento/Distribuição)**, os atores ouvidos afirmaram que o farmacêutico faz a programação e elabora parecer técnico no processo de compra de medicamentos, cujo principal mecanismo realizado é o Pregão por Registro de Preços.

A compra de emergência é realizada principalmente para atendimento das demandas judiciais, os quais oneram excessivamente a secretaria de saúde. A questão da compra de medicamentos sem financiamento definido pela legislação também foi colocada.

“Existe uma situação em que se tem um medicamento dentro da grade, mas o médico prescreve outro medicamento mais moderno e que não está dentro da grade. É necessária uma conversa entre profissionais para ver se, com que tem dentro da grade, não dá para substituir aquele que tem que comprar. Sem contar as demandas judiciais, que às vezes oneram demais o município, em situações dispensáveis” (Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde)

Foi relatado que a assunção das responsabilidades de cada esfera federativa não funciona adequadamente, sendo o município compelido a assumir responsabilidades que não reconhece como suas.

“Sabendo que a saúde é um direito de todos, que temos os três entes federativos que participam da saúde, o federal e estadual deveriam fazer a sua cota, para o município poder fazer a sua também. O município vem assumindo medicamentos de alta complexidade de competência do MS. Quando tem Processo Administrativo ou Ação Judicial, as respostas demoram e o município acaba tendo que comprar, deixando de fazer atenção básica, para fazer alta complexidade” (Coordenador do Fundo Municipal de Saúde)

“Principalmente de medicamentos não padronizados, os da zona cinzenta e de Mandados Judiciais. E de infecção oportunista, quando o estado deixou de fornecer por um período” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Os mandados judiciais são referidos como um obstáculo à equidade, ao obstaculizarem a implementação de um planejamento adequado de necessidades em função de prioridades definidas e discutidas localmente.

“O Judiciário também deveria ter este entendimento, por que os mandados judiciais que recebemos não são de atenção básica, são de média e alta complexidade, são de oncologia, Alzheimer. São os vazios que existem nas Portarias do MS que permite que os municípios sejam penalizados com isso... O município deixa de fazer o que tem que fazer, então a população é penalizada pelo atendimento de poucos em detrimento de muitos. Então, eu acho que caberia uma reavaliação do Judiciário para repensar esta questão da responsabilidade” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

As falas evidenciam um sentimento de punição e injustiça vivenciado pelos gestores do município ao constatarem que muitos dos mandados judiciais têm seu objeto medicamentos que seriam da responsabilidade do estado e da União ou ainda aqueles de alta complexidade não previstos em nenhuma legislação. Desta forma, os principais prejudicados seriam, em última instância, os usuários da atenção básica, que correm o risco de não receberem seus medicamentos, se os recursos destinados aos mesmos forem utilizados na aquisição de itens para média e alta complexidade.

O município possui um almoxarifado para armazenamento de medicamentos e, apesar de estar funcionando em um espaço novo que, após obras, é melhor que o espaço anterior, ainda não atende completamente às normas sanitárias.

Quanto ao **Eixo 4 (Dispensação)**, os relatos sobre os fatores prioritários na dispensação de medicamentos incluem o abastecimento, a qualidade da prescrição e a adesão ao elenco padronizado.

“Seria o próprio receituário médico, da indicação correta do medicamento, o aviamento do remédio certo por pessoas que entendam a letra dele. E que a gente possa fornecer o medicamento que se pediu” (Secretário Municipal de Saúde)

“Eu acho que, antes de mais nada, é o médico indicar um medicamento que seja padrão no município” (Coordenador de Orçamento)

Foram também preocupações recorrentes nas falas o problema da qualidade da dispensação do medicamento feita por não capacitado e em um ambiente físico inadequado.

“Em primeiro lugar, seria uma prescrição bem feita, bem elaborada, clara e seguindo as normas. Depois, que o dispensador tenha noção do ato que está praticando, da informação que ele tem que passar para o usuário. Muitas vezes, eu percebo que pela estrutura da farmácia, impede a aproximação do dispensador com usuário, que ele possa dar uma informação bem clara, tem uma barreira, pelo modelo como a farmácia funciona.” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“Na dispensação acho que deveria ter pessoal técnico em farmácia capacitado para dispensar. São dois problemas: além da falta de racionalidade do prescritor (não entra na política da REMUME), tem o técnico que não tem qualificação para dispensação” (Coordenador de Atenção Básica)

A adequada organização da dispensação foi reconhecida como fator importante que, quando não alcançada, penaliza o usuário.

“O paciente é a parte mais fraca da estória, então a gente sempre imagina que o paciente não deve ser penalizado numa situação a qual ele não tem responsabilidade. A gente pensa que o paciente não deve ser obrigado a retornar para buscar uma nova receita porque o médico deixou de fazer algum que não está dentro dos padrões.” (Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde)

Todos foram unânimes em afirmar que o município está conseguindo cobrir as necessidades dos usuários municipais, no que se refere à dispensação de medicamentos.

No **Eixo 5 (Uso Racional)**, dos entrevistados, dois não souberam informar se havia educação continuada e farmacovigilância no município. Aqueles que se pronunciaram informaram a existência de ações de educação continuada, incluindo sobre medicamentos, mas muito pontuais.

“A gente já fez uma matéria no jornal, a gente fez informativos para entregar ao cidadão na hora da dispensação quando chega à farmácia, a gente fez CI para todos os prescritores solicitando a prática do uso racional de medicamentos. De forma muito pulverizada tentamos atingir os consumidores e os prescritores” (Coordenador de Atenção Básica)

“O uso racional é uma das políticas públicas no País das mais maravilhosas que existem, mas que carece dessa continuidade, dessa forma de conscientizar, porque em municípios pequenos ficamos muitos sozinhos, muitos órfãos, onde a verba, a licitação é uma dificuldade” (Coordenador de Atenção Básica)

“A gente não consegue mostrar que está na mão do próprio munícipe modificar isso, por que afinal de contas o médico recebe a grade, ela está disponível e é um direito do próprio usuário. Nós temos um folheto com instruções do que o paciente deve perguntar ao médico na hora da consulta. Tá na mão dele pedir ao médico que prescreva alguma coisa que ele encontre no posto de saúde. Esta responsabilidade recai sobre a farmácia: “ah nunca acho o medicamento na farmácia”... a gente não consegue demonstrar para o paciente que não é que não tenha, é o médico que não prescreve o que seria ideal, o que tem na farmácia do SUS” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Também informaram o interesse por ações de farmacovigilância.

“Sim (sobre ações de farmacovigilância). O interessante é que o usuário faz a queixa, não ao médico, mas à farmácia e nós então relatamos ao médico. Muitas vezes a gente percebe que o paciente fazia uso do medicamento há muito tempo, mas não tinha coragem de relatar o que estava acontecendo, ele tinha medo de falar com o médico” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Os gestores ouvidos demonstram preocupação com os aspectos relacionados ao uso racional de medicamentos. Contudo, o fato do município possuir apenas dois farmacêuticos, constitui um dificultador no desenvolvimento de todas as ações preconizadas no âmbito da PNM.

No **Eixo 6 (Capacitação)**, segundo dados relatados, os farmacêuticos fazem capacitação quando esta é oferecida pela secretaria estadual, enquanto que os demais profissionais de nível superior e os de nível médio têm opções oferecidas pela ESF. Coloca-se a dificuldade em incluir temas sobre medicamentos nos eventos de capacitação, por ser um tema muito abrangente e necessitar de profissionais habilitados para conduzi-la.

“Já fizemos 2 dias de eventos para capacitar os funcionários da farmácia com dinâmica de grupo, a tentativa é melhorar qualidade do serviço. Mas existe um buraco muito grande, porque a quantidade de informação para dispensação de medicamentos é muito grande: não é uma coisa que em 48h se faça; para colocá-los em nível técnico necessário para dispensação seria necessário um curso de 2 anos” (Coordenador de Atenção Básica)

“A gente carece muito de fontes de capacitação federais ou estaduais; mais coerente que fossem estaduais, coisas que pudessem ser pulverizadas com base nas informações levantadas nos municípios sobre suas necessidades, e que viessem pessoas capacitadas que pegassem toda essa linha desde o cidadão até o prescritor e que a gente pudesse convidar essas pessoas e só tivesse que locar espaço” (Coordenador de Atenção Básica)

Quanto ao **Eixo 7 (Financiamento/Orçamento)**, segundo os entrevistados, os recursos para aquisição dos medicamentos estão previstos no orçamento municipal e tem sido suficientes.

“Mas poderiam estar sendo aplicados melhor, se não fossem os mandados judiciais, por que quebra totalmente o orçamento e o planejamento.” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“Eu creio que sim, por que os recursos passam pelo Conselho e depois são avaliados pelos conselheiros, o que foi ou não utilizado... Eu nunca vi nenhuma discrepância em relação isto. Não comprar medicamentos por falta de recursos, esta situação nunca vi dentro do Conselho” (Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde)

Sobre o **Eixo 8 (Gerenciamento)**, conforme relatos, a estrutura da assistência farmacêutica está inserida no organograma municipal (que está publicado em Diário Oficial) como uma Coordenação de Farmácia, ligada diretamente ao Secretário de Saúde, mas estará subordinada à Atenção Básica no novo organograma. As ações de assistência farmacêutica estão inseridas no PMS e no RAG.

No **Eixo 9 (Articulação)**, a maioria dos autores pesquisados não soube citar uma ação de assistência farmacêutica no âmbito regional, mas a criação de um Consórcio Intermunicipal de saúde foi reconhecida como um facilitador na integração entre os farmacêuticos da região.

“Eu creio que tenha porque a gente faz parte de um Consórcio Intermunicipal de Saúde” (Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde)

“Existem. Durante um tempo os municípios ficaram afastados e isso enfraqueceu mais ainda a assistência farmacêutica. Mas após a criação do Consórcio, começou novamente uma aproximação que resultou na criação de uma rede de contato. Por e-mail, trocamos informações sobre o que temos disponível, o que temos com validade curta para trocar, sobre as ações que cada um está fazendo, as dificuldades que cada um está enfrentando, como estamos nos organizando, como estamos enfrentando os a problema dos mandados judiciais. Estamos bem fortalecidos, e isto vai culminar com o Seminário”
(Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Município C

Sobre o **Eixo 1 (Compreensão da Assistência Farmacêutica)**, a maioria dos entrevistados relatou que os recursos financeiros são insuficientes para a aquisição de medicamentos no município. O secretário de saúde, o coordenador do FMS e o secretário executivo do CMS crêem que os recursos humanos, estruturais e administrativos são suficientes, os demais disseram o contrário. Tais conflitos de opiniões podem ser reflexos de possíveis constrangimentos frente ao entrevistador. Também podem representar uma maior sensibilidade à falta de recursos por parte dos profissionais que estão em contato diário com a população.

“Não tá conseguindo atender a demanda (os recursos financeiros), principalmente na parte de Medida Judicial”
(Coordenador de Compras)

“Nós ainda estamos muito ligados a Prefeitura: os processos são montados aqui, mas precisam ser assinados pelo Prefeito, pelo Secretário de Governo e isso dificulta para que o serviço flua. Aquilo que poderia ser feito em menor tempo, se prolonga” (Coordenador de Compras)

“Houve remanejamento de profissionais no início da gestão, por mudanças na administração, e não houve reposição”
(Coordenador de Compras)

Dentre os principais problemas para execução das ações relacionadas à assistência farmacêutica salientou-se a irracionalidade da prescrição e a desorganização causada pelo atendimento da população de municípios vizinhos, sem prévia pactuação ou ressarcimento.

“A maior dificuldade é que quanto mais você tem, mais você precisa. Então se você tem um determinado elenco de medicamentos, daqui a pouco já tá precisando de outro. O médico não quer ficar restrito àquele elenco, ele quer novidade, quer experimentar o medicamento novo, o que estão anunciando para ele, quando vai a um Congresso só tem novidades, e acaba que o médico do Serviço Público... atende a um público que não tem poder aquisitivo, e o Serviço Público também não pode atender aquilo. Então tá todo mundo insatisfeito, até a classe médica” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Foi levantado que a falta de investimentos em saúde nos municípios vizinhos sobrecarrega os considerados como pólo da região. Desta forma, o município que tem a melhor estrutura acaba sendo punido com uma superpopulação de usuários, prejudicando a oferta de serviços aos seus próprios munícipes.

“Além do que os municípios em volta são muito carentes, todo mundo usa o nosso município para o serviço de saúde, então a secretaria de Saúde tem grande dificuldade de internação, CTI, de cirurgia porque as pessoas têm sempre um parente para arranjar comprovante de residência. A secretaria tenta fazer acordo com os outros municípios para poder atender, mas os outros municípios não cumprem. Então se outros municípios fossem organizados, aqui seria também, porque aí teria condições de atender aos pacientes” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

No **Eixo 2 (Seleção)**, conforme relatos, o município não possui uma CFT. A maioria relatou que o município possuía uma lista padronizada, mas não sabiam informar se havia sido publicada e se havia adesão pelo prescritor. Entretanto o Coordenador de assistência farmacêutica afirmou não existir um elenco municipal padronizado e que a lista utilizada para compra era a de referência estadual.

Estas discordâncias entre os relatos podem representar o desconhecimento sobre os critérios para construção de uma lista de medicamentos padronizados. Este quadro de desinformação pode ser altamente propício para o crescimento de demandas judiciais. Claramente, ainda que exista, a seleção de medicamentos não ocorre em um processo adequado, participativo, o que resulta que não cumpre seu papel.

Quanto ao **Eixo 3 (Programação/Aquisição/Armazenamento/Distribuição)**, de acordo com as informações prestadas, o farmacêutico participa da programação de medicamentos, mas não elabora parecer técnico durante o processo. O principal mecanismo de compra adotado é o pregão eletrônico, ocorrendo compras de urgência

em caso de ação judicial. Transpareceu problemas quanto à designação e coordenação de responsabilidades.

“Tudo isso (recursos administrativos) não é adequado. A Coordenadora de compras faz coisas que não é da competência dela, mas ela tem que se virar para a coisa acontecer. O cargo dela seria só de organizar os processos de compra, mas ela manda comprar na farmácia e entrega ao paciente; o administrador do almoxarifado cuidando da distribuição de medicamentos...” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“A quantidade (programação) vem do almoxarifado, porque ele faz a distribuição e eu, responsável pela compra, me reúno com os farmacêuticos para fazer uma análise. E depois, se a quantidade não for suficiente, a Lei nos permite excluir ou acrescentar até 25%” (Coordenador de Compras)

Também foram citados problemas na aquisição relacionados ao descumprimento de contrato pelos fornecedores.

“Determinadas empresas participam do Pregão e não consegue atender a nossa necessidade, às vezes manda só um terço, havendo falta de medicamento por causa disso” (Coordenador de Compras)

De maneira convergente aos outros municípios estudados, o problema dos mandados judiciais aparece como disruptor da rotina e motivo de grande apreensão.

“O que a gente tá sofrendo muito no momento, mais que os outros municípios (da região), pelo número de habitantes, mais com esta parte de Medidas Judiciais, Busca e Apreensão de medicamentos, principalmente porque a maior parte dos medicamentos não é padronizada, não fazem parte da Farmácia Básica e nem da Rename e então temos que nos mobilizar para atender sob pena de Busca e Apreensão ou sanções maiores, e isso desestrutura” (Coordenador de Compras)

O município possui um almoxarifado da saúde, mas não exclusivo para medicamentos, passou por uma reforma recente, porém ainda apresenta muitos problemas.

“O medicamento não é organizado devidamente, não tem um programa para escrever lote e validade. Tem muito problema. Lá (almoxarifado) é pequeno.” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

A não realização da programação pelo farmacêutico, mas somente participação na sua revisão final, e a ausência de um sistema no almoxarifado que forneça o estoque e consumo de medicamentos muito provavelmente têm uma linha causal direta com a aquisição inadequada e conseqüente desabastecimento.

Sobre o **Eixo 4 (Dispensação)**, em relação à dispensação de medicamentos, o fator mais citado como prioritário foi da prescrição, seja em relação ao conteúdo ou simplesmente a sua forma (caligrafia do prescritor).

“O que é mais importante de fato é a prescrição, porque se o médico pelo menos obedecesse à disponibilidade do que tem na rede, já facilitava.” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“Eu acho que deveria ser a caligrafia do doutor, não se o medicamento está certo ou errado. Mais para facilitar o farmacêutico ou balconista (privado). Às vezes eles (os usuários) vêm aqui (na Coordenação do ESF) para traduzir a receita, não sabe quantos comprimidos são, não sabe nem o nome do remédio que ele vai tomar.” (Coordenador de Atenção Básica)

“Geralmente as receitas são o problema, porque às vezes nem o farmacêutico consegue ler” (Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde)

Os gestores da área administrativa acham que as necessidades de seus munícipes estão sendo atendidas, mas as coordenadoras de assistência farmacêutica e Atenção Básica pensam que não, pois há desabastecimento de alguns medicamentos.

“O mais importante é ter o medicamento” (Coordenador de Compras)

“Ainda falta muita coisa. Às vezes tem senhores que vêm aqui precisando de medicamentos para diabetes, que são padronizados, mas estão em falta” (Coordenador de Atenção Básica)

“Falta muito. Por exemplo. está faltando metformina e captopril porque o distribuidor não entregou, e isso é um prejuízo muito grande. O município tem um serviço de psiquiatria, com uma clientela enorme e de vez em quando tá faltando medicamento do estado e do município. Outro problema é da prescrição que não é legível e o nosso povo que tem dificuldade de entendimento e de leitura e com a prescrição mal escrita que às vezes nem o dispensador entende. Tem um protocolo do Conselho de Medicina orientando sobre prescrição” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Assim, o município demonstra conviver com conflitos primários relacionados à garantia do uso racional de medicamentos: o abastecimento e a prescrição adequada.

No **Eixo 5 (Uso Racional)**, apenas as coordenadoras de assistência farmacêutica e AB informaram que havia ações de educação continuada destinada aos usuários.

A maioria dos entrevistados afirmou que, no município, não havia informações sobre medicamentos destinadas aos usuários, nem tão poucas ações de farmacovigilância.

“Não sei (se existem ações de farmacovigilância). Uma vez teve problema quando a gente suspeitou que um remédio ‘era água pura’, encaminhei para o Noel Nutels para analisar”
(Coordenador de Atenção Básica)

“Não. A Vigilância Sanitária do Estado faz isso (ações de farmacovigilância)” (Secretário Municipal de Saúde)

Sobre o **Eixo 6 (Capacitação)**, alguns atores relataram haver capacitação para profissionais de nível médio e superior através da ESF, sendo que apenas dois (não o coordenador de assistência farmacêutica) disseram que os farmacêuticos estavam incluídos.

“Eu faço todos que o estado oferece” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

“Acho que sim. A farmacêutica pede autorização para participar, mas não sei se é pelo município” (Secretário Executivo de Conselho Municipal de Saúde)

“Têm alguns setores que fazem (capacitação) a Vigilância Sanitária, Controle de Vetores, Saúde Coletiva. Geralmente são cursos oferecidos pelo Estado” (Secretário Executivo de Conselho Municipal de Saúde)

No entanto, a questão da capacitação, aliada a problemas na gestão de recursos humanos, foi apontada também como um grande problema.

“A gente improvisa muito, a gente acaba contratando certas pessoas que não são preparadas... E falta o treinamento, que também não é oferecido” (Coordenador de Assistência Farmacêutica)

Quanto ao **Eixo 7 (Financiamento/Orçamento)**, os atores confirmaram que os recursos destinados aos medicamentos estão previstos no orçamento municipal, mas metade deles, incluindo o secretário municipal, disse que não eram suficientes e os demais não souberam informar.

“O grande problema do Brasil: as medidas judiciais. Qualquer planejamento, qualquer orçamento não consegue ser desenvolvido. A cada semana se inventam novos medicamentos, mais médicos passam novos medicamentos que são caros, não padronizados, isso é um problema constante na secretaria... A gente espera que isso tenha solução. Hoje eu gasto com medicamentos excepcionais, de marca, do que com Farmácia Básica. Eu acho que tem que ter um consenso, um fórum de discussão com assistência farmacêutica, advogados, secretários de saúde e parlamentares, porque se continuar como está, daqui a pouco a gente vai parar Saúde só para atender medida judicial” (Secretário Municipal de Saúde)

“... medicamentos às vezes até medicamentos importados, leite, fraldas, cadeira de rodas. Recentemente estávamos gastando R\$21.000,00 em medicamentos só com um paciente. Hoje estamos com em torno 350 Medidas Judiciais. No ano passado o gasto foi estimado em torno de 3.500.000,00 e este ano deve superar. Nós gastamos mais com Mandados Judiciais, para atender 350 pacientes, do que com FB, que atende a maior parte da população” (Coordenador de Compras)

Evidencia-se a percepção dos atores locais de que as ações judiciais vêm onerando fortemente o município. No entanto, não fica claro se, não houvesse demandas judiciais, os recursos disponíveis seriam suficientes para aquisição dos medicamentos da atenção básica e das unidades hospitalares da rede municipal.

No **Eixo 8 (Gerenciamento)**, os atores expuseram que a assistência farmacêutica funciona como uma Coordenação de Farmácia, subordinada diretamente ao Gabinete do Secretário. Segundo a maioria, o organograma não é publicado em Diário Oficial (apenas o secretário disse que é publicado). A falta do organograma, ou sua pouca divulgação, demonstra desconhecimento sobre o quanto a valorização das unidades administrativas no organograma diz sobre o modelo de gestão adotado pelo município.

O secretário e o coordenador do FMS disseram que as ações de assistência farmacêutica estão previstas no PMS e no RAG, mas os demais não souberam se pronunciar, sugerindo desconhecimento e desvalorização do tema.

Sobre o **Eixo 9 (Articulação Regional)**, o secretário de saúde e a coordenadora de assistência farmacêutica citaram o Pólo Estadual de Medicamentos Especializados da região, que tem sede no município, como exemplo de uma ação integrada de assistência farmacêutica no âmbito regional. O município deveria envidar esforços na utilização de instâncias regionais, como, por exemplo, os CGR, para discussão de importantes

questões regionais, como a citada necessidade de pactuação do atendimento de usuários de municípios vizinhos e posterior ressarcimento.

“Oficialmente, não. Existe uma integração informal, fazemos empréstimos (de medicamentos)” (Coordenador de Compras)

Limitações do estudo

O modelo selecionado de estudo de casos múltiplos implica necessidade de maior tempo e recursos financeiros quando comparado a um estudo de caso simples. Conforme ressaltado por Yin (1994), tal inconveniente pode ser potencializado no caso de estudos conduzidos por um único pesquisador.

A preocupação com a exposição pessoal ou do município, além do fato de a pesquisadora ser uma gestora estadual, pode ter gerado desconforto ao entrevistado, evitando que este abordasse todos os problemas que gostaria de ter mencionado.

A presença do coordenador municipal de assistência farmacêutica no momento das entrevistas foi solicitada por vários gestores, sob o argumento de sentirem-se mais confortáveis. A introdução de vieses decorrentes deste fato, tais como falsa convergência entre algumas falas, é uma possibilidade a ser considerada.

Ainda que muitos problemas da realidade local tenham sido relatados, o fato de a entrevistadora ser profissional do nível estadual pode ter comprometido que outros aspectos tenham sido mencionados.

A não obtenção da documentação inicialmente prevista para análise pode ser um dos reflexos deste fato, e prejudicou cotejar os relatos com dados objetivos.

Discussão

Perfil dos entrevistados

A maioria dos dezessete entrevistados apresentava nível de formação superior, porém grande parte estava formada há muito tempo (vinte cinco anos ou mais) e poucos haviam feito algum curso de especialização ao longo da carreira. Chama a atenção a rotatividade dos profissionais em cargos de gestão, evidenciada em quase 50% dos pesquisados. Esta baixa capacitação e grande rotatividade podem influir negativamente no grau de motivação dos profissionais. Barbosa (1996) ressalta a importância da profissionalização do gestor e de sua qualificação técnica e gerencial no aumento de seu desempenho e melhor autonomia organizacional.

A minoria dos entrevistados (cerca de 40%) havia estudado tópicos sobre medicamentos ou assistência farmacêutica (envolvendo temas tais como farmacologia, normas para aquisição e legislação sobre responsabilidades dos entes públicos e financiamento), o que demonstra uma desvalorização do tema no âmbito das discussões sobre ações e serviços de saúde. A assistência farmacêutica, por ser uma atividade multidisciplinar, exige articulação permanente com outras áreas técnicas e administrativas da saúde, onde a produção e disseminação de conhecimento sobre o assunto são estratégicas para o seu desenvolvimento (Brasil, 2006a).

Neste sentido, o Ministério da Saúde publicou o caderno Planejar é preciso (Brasil, 2006b), que buscava, através de um método de planejamento que integrava gestores municipais, difundir os conceitos de assistência farmacêutica, valorizando a implementação de seu acesso, qualidade e humanização e superando a visão reducionista de atendimento imediato da demanda de medicamentos.

Sobre o contexto político, sócio-econômico e organização do setor saúde dos municípios estudados

Conforme demonstrado na Tabela 2, os dados sobre o PIB *per capita* de dois municípios estudados, inferior ao do Estado (que em 2006 era de 17.695) e sobre IDH-M de todos os casos inferior ao do Estado (IDH era 0,807, em 2000), aliadas às informações sobre saneamento básico das amostras ilustram que parte de sua população

ainda vive em situação socioeconômica precária com forte influência sobre suas condições de saúde.

Destaca-se o alto PIB do caso C, explicado pelo fato do mesmo estar entre os cinco municípios do país que mais recebem royalties do petróleo. Esta condição no entanto, não assegurou um melhor desempenho nos indicadores como saneamento (cobertura de água e esgoto) ou IDM-H, o que ilustra o paradoxo de riqueza e exclusão social vivido por muitos dos municípios beneficiados com a exploração de petróleo e gás no país (Pizzol e Ferraz, 2010). Estes autores argumentam que a extração do petróleo gera elevação do custo de vida, crescimento populacional acelerado (que pode levar à favelização), migração desordenada, muitas vezes de pessoal sem qualificação (o que induz à indigência), desaquecimento de outras atividades econômicas e representa uma ameaça à sustentabilidade do município, já que o petróleo é um recurso finito. Além disso, o elevado percentual de receitas correntes são gastos com o custeio da máquina administrativa, o que deixa pequena parcela dos recursos para investimentos sociais em setores como a saúde, educação e moradia. Desta forma, ocorre uma relação inversa entre a arrecadação de *royalties* e o desempenho nos indicadores sociais

A capacidade hospitalar instalada apresenta insuficiências importantes nos três municípios (Gráfico 1). Dois deles possuem menos leitos gerais do que os 2,5 a 3 leitos/1000hab preconizados pela Portaria MS 1.101/2002 (Brasil, 2002), e todos ofertam menos leitos de UTI do que o recomendado pela mesma portaria (4-10% dos leitos gerais).

Há indicadores do pacto da atenção básica cujo desempenho (Tabela 3) pode ser fortemente vinculado ao da assistência farmacêutica. São exemplos os percentuais de cura de tuberculose e de hanseníase, em que, à exceção da cura da hanseníase nos municípios A e C, as metas³ não foram atingidas em nenhum deles. Em que pese o risco de que os valores observados sejam devidos às falhas na alimentação do sistema de informação, mesmo para isso a assistência farmacêutica bem organizada poderia contribuir, por exemplo, por meio do *linkage* de dados de seguimento de pacientes com o atendimento das farmácias. Rodrigues *et al* (2010), estudando a adesão ao tratamento da tuberculose, diagnosticou a reação adversa aos medicamentos como um dos fatores ligados ao abandono do tratamento. Os autores propuseram, como uma das estratégias

³ 85% de cura dos casos de tuberculose e 85% de curas para os casos de hanseníase (Rio de Janeiro, 2009a)

para aumentar a probabilidade de cura da doença, a oferta de assistência multidisciplinar ao usuário com o intuito de motivá-lo a continuação do seu tratamento.

O perfil de desigualdade denunciado pelos indicadores sócio econômicos aponta para um quadro complicado no acesso da população aos cuidados de saúde e também aos medicamentos.

O perfil da rede assistencial (Gráfico 1) demonstra forte predomínio do setor privado. Ainda que parte da rede privada seja contratada pelo SUS, é bastante usual que apenas os medicamentos prescritos na rede própria sejam oferecidos gratuitamente nos estabelecimentos públicos de saúde. Em dezembro de 2010, o Caderno de Informação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil, 2010d) revelou que 89% dos usuários com planos privados de Saúde no país não receberam gratuitamente os medicamentos de uso contínuo que necessitam, e destes a grande maioria comprou os medicamentos. Sobre os 11% que receberam os medicamentos, não foi especificado quantos foram ressarcidos pelo Plano de Saúde ou recorreram ao SUS.

Por outro lado, uma forte vinculação ao setor privado, pode reforçar o efeito denominado por Mendes (*apud* Conill *et al*, 2008) de *Hood Robin*, ou seja, os usuários do sistema suplementar podem constitucionalmente utilizar o sistema público, em geral, para exames mais sofisticados, procedimentos e medicamentos mais custosos.

Os problemas da capacidade instalada se refletem, por exemplo, nos dados de cobertura (Gráfico 2). Dois dos municípios realizaram um número menor de consultas do o preconizado de 2 a 3 consultas/ habitante / ano (Brasil, 2002) e todos realizaram um número menor de internações do que o recomendado pela mesma portaria (7-9% da população em geral).

Observamos, portanto, que nos municípios estudados existem lacunas na cobertura das políticas públicas sociais, particularmente no campo da saúde, o que traz, conseqüentemente, grandes desafios a assistência sanitária prestada à população.

Os relatos de profissionais oriundos dos municípios A e B ilustram que o desempenho de alguns CMS caminha na perspectiva da democratização da política municipal de saúde, atuando sobre temas relacionados ao abastecimento e padronização de medicamentos, definição de protocolos clínicos de utilização e prestação de contas do recurso gasto. Entretanto, no município C, os relatos apontam, em geral, para uma atuação ainda incipiente.

Moreira & Escorel (2009) fazem uma importante análise das causas dos problemas, relacionados à autonomia, organização e desempenho dos CMS no país. Os autores argumentam que estes problemas derivam das reações à institucionalização dos CMS por parte de alguns governantes, que vêm nas suas atribuições e no seu caráter deliberativo, uma ameaça a seus interesses. Os autores ressaltam também, que a atuação cobrada dos CMS não depende exclusivamente deles, pois sua participação nos processos decisórios da saúde municipal só se concretiza por meio de sua interação com outros segmentos da sociedade (tais como Secretaria Municipal de Saúde, Poder Legislativo municipal, Poder Judiciário, Ministério Público, entre outros) que apoiem e legitimem os CMS.

Em relação à Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores, houve relatos de descontentamento sobre seu funcionamento. Por outro lado, foi descrita uma inserção embrionária nas ações municipais, ainda pautadas, majoritariamente, em torno das demandas dos usuários e do processo de votação do orçamento da saúde.

Alguns estudos sinalizam a emergência de um movimento no país em direção a uma gestão pública em saúde com maior transparência e *accountability*, que tenha como subsídio a participação da sociedade civil. Fleury *et al* (2010), analisaram as mudanças decorrentes do processo de descentralização do Sistema Único de Saúde na governança do setor saúde no âmbito do poder local entre 1996 e 2006. Os autores constataram que em todas as regiões do país houve aumento da influência dos secretários e dos conselhos municipais de saúde na elaboração do orçamento, em detrimento da influência dos políticos locais. Na definição de prioridades em saúde, reduziu-se a solicitação dos políticos locais e a demanda espontânea e fortaleceram-se o parecer do corpo técnico e as propostas dos conselhos e das conferências de saúde. Observou-se a institucionalização da prática de prestação de contas em virtude da diversificação do conjunto de atores a que se direciona (especialmente câmara de vereadores e conselho de saúde).

Sobre o apoio da população à assistência farmacêutica municipal, os relatos sobre o reconhecimento dos usuários da prática de gratuidade no fornecimento de medicamentos e de seu acesso facilitado, questões totalmente condizentes com o propósito precípua das políticas nacionais de medicamento (Brasil, 1998) e de assistência farmacêutica (Brasil, 2004), mas criticam a descontinuidade no abastecimento dos medicamentos.

Em que pese se tratar da percepção dos atores sobre o sentimento dos usuários, os relatos ilustram que, para a população, a compreensão da assistência farmacêutica ainda está reduzida à oferta de medicamentos, sem maiores preocupações com pertinência da prescrição, com a orientação de como utilizar adequadamente o medicamento ou mesmo com a possibilidade de ocorrência de efeitos adversos. Tal concepção parece ser exemplificada pela secretaria municipal do caso A, no qual a Divisão de Farmácia está subordinada à Coordenação de Compras. Seria imprescindível, portanto, o investimento em ações sistemáticas que transformassem esta cultura através de iniciativas que integrassem a assistência farmacêutica e outros setores da secretaria municipal e que, adicionalmente, envolvessem o apoio de instâncias estaduais. Neste sentido, seria relevante a realização de eventos, tais como seminários ou fóruns, que discutissem o papel da assistência farmacêutica e a promoção do uso racional de medicamentos.

Também foram relatadas reclamações, tanto de usuários quanto de médicos, em relação ao cumprimento dos ritos exigidos pela vasta regulamentação sanitária sobre o assunto tais como a apresentação de receita médica atualizada, e a documentação para cadastramento no componente especializado (laudo de solicitação de medicamentos; receita e laudo médicos; exames laboratoriais e de imagem). Neste sentido, seria pertinente citar Marques (2005) que tece considerações direcionadas ao sistema judiciário do estado de São Paulo, mas com argumentos perfeitamente aplicáveis ao caso em tese. A autora reafirma a necessidade de se considerar a política nacional de medicamentos como uma política pública e, desta forma, composta por atos e normas jurídicas que visam assegurar a assistência segura e eficaz à saúde dos cidadãos.

Marin *et al* (2003) ressaltam que a proposta da PNM de promoção do uso racional é pautada na importância de que o usuário receba o medicamento apropriado, em dose, administração e período de tratamento adequados. Os autores advertem que, o uso inadequado dos medicamentos pode levar a sua eficácia limitada, resistência aos antibióticos, dependência aos psicofármacos, e a várias reações adversas, incluindo as letais.

Atores da assistência farmacêutica

Dentre os atores citados como influentes na assistência farmacêutica municipal estão os esperados profissionais da área da saúde: farmacêuticos, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e o secretário de saúde (que geralmente possui uma dessas formações mencionadas). São citados também, os cargos administrativos como o gestor do FMS, políticos (vereadores, prefeitos), além de atores do sistema judiciário (juízes e advogados) e do Ministério Público. Isto ilustra que, de maneira geral, a seleção dos principais atores na construção no modelo lógico (Anexo 1) que orientou esta pesquisa se demonstrou bastante coerente. Contudo, o presente estudo apontou a necessidade de se considerar atores externos à esfera da saúde, como o sistema judiciário e o Ministério Público.

Em alguns relatos o papel do farmacêutico e da própria assistência farmacêutica está relacionado apenas à garantia de abastecimento dos medicamentos. O fato de dois profissionais farmacêuticos não mencionarem a sua própria categoria entre os atores principais, pode ser explicado pela aceção de que sua atuação é evidente. No entanto, pode também ilustrar um sentimento de opressão e desvalorização que leva o profissional a se sentir impotente para atuar e modificar a realidade em que vive.

Leite (2007), discutindo o papel do farmacêutico na promoção da saúde, ressaltou que sua atuação deveria ultrapassar os limites dos assuntos relativos à utilização de medicamentos e à promoção enquanto mudança de hábitos e estilos de vida, incrementando o poder técnico e político das comunidades. Para a autora, o farmacêutico, enquanto profissional de saúde, deveria aproveitar a sua proximidade das comunidades para esclarecer e estimular a participação das pessoas no controle social, incentivar a participação nos conselhos locais e municipais de saúde, instrumentalizar tecnicamente esta participação e utilizar suas competências e habilidades para fazer pontes entre o poder público e a comunidade. Ainda segundo Leite (2007), as formas de educação em saúde podem ser uma ótima estratégia para o empoderamento dos indivíduos e das comunidades e não apenas para a intervenção em seus hábitos.

Por outro lado, a alusão aos atores políticos como prefeitos e vereadores evidencia a forte cultura em nosso país de utilização do medicamento como moeda política, pelo grande apelo que possui como elemento essencial à manutenção ou restabelecimento da saúde da população.

Leite & Mafra (2010), sobre o acesso a medicamentos em Santa Catarina, discutem sobre a não consciência do usuário do seu direito social de acesso ao medicamento via poder judiciário. Em seu estudo, os usuários entrevistados entenderam o recebimento de medicamentos por via judicial como resultado de uma ajuda, um “favor” do médico ou advogado. Esta falta de consciência da população, histórica no país, foi aludida pelas autoras como fator de vulnerabilidade do usuário frente ao clientelismo e assistencialismo, tendo o medicamento como forte moeda política. Almeida (1999), ao debater sobre a redução da capacidade do Estado brasileiro, na década de 1990, ressalta que a redefinição do papel do Estado foi pautada sob a perspectiva de combate à pobreza e não sob a ótica da cidadania.

Sobre a atuação do Judiciário e do Ministério Público, Pepe *et al* (2010) trouxeram à luz alguns aspectos ao caracterizarem as demandas judiciais de fornecimento de medicamentos essenciais no Estado do Rio de Janeiro, no ano de 2006. Os autores concluem que as definições de medicamento essencial adotadas pelo sistema público de saúde e pelo sistema judiciário e Ministério Público são divergentes. A "essencialidade" do medicamento na perspectiva do setor saúde corresponde à definição expressa na PNM (pautada em critérios epidemiológicos, de eficácia e de segurança, com papel de destaque conferido à RENAME), enquanto que, nas decisões judiciais analisadas, a "essencialidade" está relacionada à necessidade terapêutica do reivindicante ao medicamento pleiteado.

Outro fato importante ressaltado por Pepe *et al* (2007) é que o deferimento absoluto dos pedidos de tutela antecipada de medicamentos, aliado ao longo tempo entre a decisão liminar de antecipação de tutela e o julgamento do mérito da ação, e considerando a possibilidade de prescrição inadequada, pode representar para o paciente um longo período de uso irracional de medicamento, que pode comprometer ainda mais sua já debilitada saúde.

Implementação da política de medicamentos nos municípios caso

A maioria dos entrevistados revelou que os recursos, quer sejam financeiros, humanos, estruturais ou administrativos, são insuficientes no desenvolvimento de ações sob sua responsabilidade no que tange à assistência farmacêutica.

Quando se trata de recursos financeiros, a principal preocupação dos gestores se deve ao atendimento de mandados judiciais e à aquisição de medicamentos cujo financiamento não está definido na legislação brasileira, conforme ilustram alguns estudos sobre o perfil de medicamentos solicitados através de demandas judiciais. Marques (2005), em sua análise sobre a garantia do direito à assistência farmacêutica no estado de São Paulo, evidencia que uma das principais justificativas utilizadas na defesa do Estado contra medidas judiciais para fornecimento de medicamentos é a de que o item solicitado não faz parte da lista padronizada da assistência farmacêutica.

Na discussão relacionada aos recursos humanos, foi colocado pelos entrevistados que, além do farmacêutico, também existe carência do profissional de nível médio que exerça a função de técnico ou auxiliar de farmácia, funções geralmente exercidos por auxiliares administrativos. Sobre os recursos estruturais, são citados serviços de farmácia que funcionam em locais improvisados, sem espaço adequado para o atendimento dos usuários.

Vieira (2007) enfatiza que, dentro da estrutura das unidades de saúde, a farmácia geralmente ocupa pequenos espaços, muitas vezes sem as condições mínimas necessárias para o armazenamento adequado de medicamentos, sem pessoal qualificado e que separa o usuário do serviço do profissional responsável pelo atendimento, através de grades. Tudo isso dificulta o desempenho destes serviços e a efetiva humanização das relações interpessoais.

Sobre os recursos administrativos, o município A enfatiza o bom entrosamento interdisciplinar da equipe (envolvendo a Divisão de Farmácia, os setores de compras e financeiro e atenção básica) como fator estimulante e facilitador no processo de trabalho. Esta percepção positiva indica forte influência no bom andamento dos processos de trabalho, conseqüência não só do ambiente laboral, mas de uma postura ativa de enfrentamento e esforço próprio frente aos desafios impostos. Contudo, nos municípios B e C, o fato de a licitação e definição de orçamento serem realizados por

profissionais que não integram a equipe da saúde foram relatados como entraves neste processo. Tais fatores são defendidos por Sessa *et al* (2008), para os quais uma estrutura organizacional que não favoreça a um bom clima de relacionamento interpessoal destrói o tecido social de apoio e o sentimento de união, contribuindo para o desgaste emocional e o mau desempenho profissional.

Os relatos descontraídos de atores de um mesmo município evidenciados ao longo desta pesquisa, inclusive onde a interação da assistência farmacêutica com os outros setores tenha sido apontada como boa, sinalizam a importância de se promover maior e mais sistemática integração entre os atores e maior visibilidade da assistência farmacêutica. Isto poderia promover, além da melhoria dos procedimentos, maior transparência, o que facilitaria controle social.

Outra questão abordada foi a influência das regras estabelecidas pelo Conselho Regional de Farmácia na organização administrativa e conseqüente acesso aos medicamentos. Em vários eventos organizados pela secretaria estadual de saúde, tem sido defendida por muitos gestores municipais (principalmente farmacêuticos e secretários de saúde) a necessidade de discussão e adequação das normas do referido conselho profissional segundo a lógica do serviço público que, em alguns aspectos, difere da ótica da responsabilidade técnica do serviço privado.

Também foi citada a prática de gestão ainda muita centralizada na prefeitura, dificultando os processos de trabalho. Vieira *et al* (2007), ao estudarem a descentralização da saúde em municípios da Bahia, concluíram que a presença de determinadas características ligadas ao projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade melhoram a reorganização da assistência municipal. Particularmente quanto à governabilidade, são relevantes o apoio político e da população, bem como a autonomia financeira do setor saúde frente à prefeitura.

Ainda dentro dos entraves administrativos, houve protestos de gestores do município C contra a desorganização causada pelo atendimento da população de municípios vizinhos, para os quais são criadas medidas de controle, sob pena, conforme argumentos apresentados, de o município entrar em colapso. Stephan-Souza *et al* (2010), ao estudarem a gestão regionalizada da contratualização dos hospitais em Minas Gerais, argumentaram que, por conta de um processo imperfeito de regionalização e pactuação, os gestores municipais criam, informalmente, suas próprias estratégias de superação de obstáculos, com medidas que, às vezes, limitam o acesso de serviços aos usuários.

Apenas um dos municípios relatou possuir uma CFT. A maioria dos entrevistados informou que os municípios possuíam algum tipo de elenco de referência de medicamentos, nem sempre publicado em D.O., embora em alguns momentos, houvesse confusão entre uma lista de compras (baseado em legislação federal e estadual) e um elenco selecionado pelo município. Este conflito sobre definição de uma lista municipal de medicamentos essenciais demonstra a falta de clareza e de consenso sobre seu significado e importância, quais sejam, a seleção de medicamentos seguros e eficazes para o atendimento dos problemas prioritários de saúde da sua população (Brasil 2008a).

Entre as atribuições de uma CFT (Brasil, 2008a), se destacam: a avaliação de pedidos de inclusão e exclusão de itens da relação de medicamentos essenciais; a definição de normas para prescrição e dispensação (visando disciplinar e harmonizar condutas terapêuticas, racionalizando o uso de medicamentos); e elaboração e incentivo à adoção de protocolos e diretrizes terapêuticas.

Sendo assim, a ausência de uma CFT pode contribuir para eleição de medicamentos que suscitem certo grau de resistência na adesão por parte de alguns prescritores. Corroboram com esta afirmação os resultados obtidos no estudo de Dal Pizzol *et al* (2010), que avaliaram a adesão dos prescritores à lista de medicamentos essenciais em oito municípios dos estados de Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Mato Grosso Sul. Constatou-se que, de um total de 5.222 medicamentos prescritos, 76,4% constavam nas REMUME e 76,8% na RENAME. Tais resultados representam uma média entre os municípios estudados, mas, um grupo de municípios se encontrou muito baixa adesão, sendo apontadas entre as possíveis causas a inexistência de comissão responsável pela elaboração da REMUME e um elevado percentual de "medicamentos não-essenciais" disponíveis na farmácia.

É fato que a mera existência de uma lista padronizada, e mesmo de uma CFT, não garante a adoção automática aos medicamentos selecionados, fato ilustrado pelo grande número de mandados judiciais em municípios que possuíam CFT ou lista padronizada. É necessário, portanto, que a metodologia de trabalho da CFT e a divulgação dos produtos obtidos favoreçam a adesão pelos prescritores. Marques & Zucchi (2006) destacaram que, para garantir a efetividade das ações da CFT, é importante garantir a sua formalização, através de sua publicação em diário oficial, a divulgação dos seus trabalhos e a capacitação de seus membros.

Laing *et al* (2001) definiram dez estratégias para aprimorar o uso de medicamentos em países em desenvolvimento. Dentre as recomendações está a definição e revisão de uma lista de medicamentos essenciais. Os autores enfatizam que a simples produção e divulgação da lista pode não mostrar efetividade e que, complementarmente, seria necessária a publicação de formulários ou protocolos terapêuticos, como estratégia de adesão.

Nos três casos estudados, a principal forma de compra de medicamentos informada foi o Sistema de Registro de Preços na modalidade Pregão. Entretanto, ocorrem compras de emergência, geralmente destinadas ao atendimento das ações judiciais, o que prejudica todo o planejamento municipal em saúde.

Vários foram os relatos de desestruturação dos processos de trabalho e direcionamento de recursos humanos e de vultosos recursos financeiros para o atendimento de demandas judiciais, em benefício de uma pequena parcela da população. A maioria dos gestores narrou ser o atendimento aos mandados judiciais a principal razão para as compras emergenciais realizadas. É interessante observar a alternativa que o município A encontrou para resolver a compra de medicamentos para atender a estes mandados, incorporando-a a rotina de compras do município, o que minimiza a desorganização administrativa.

A garantia pelo Poder Judiciário do direito social à assistência farmacêutica é discutida com extrema propriedade por Marques (2005) em sua dissertação sobre a análise dos processos judiciais de fornecimento de medicamentos pelo Estado de São Paulo, de 1997 a 2004. A autora concluiu que o Poder Judiciário, ao proferir suas decisões, não tomava conhecimento dos elementos constantes na política pública de medicamentos, ignorando que o direito à assistência farmacêutica foi instituído atrelado à elaboração de políticas sociais e econômicas, e assim, a prestação coletiva e o próprio atendimento às necessidades terapêuticas individuais deveriam ser norteados pela perspectiva da justiça distributiva.

Aith (2007) aventa a possibilidade da ocorrência de injustiças quando o Poder Judiciário proferir algumas sentenças determinando que os recursos, já escassos, sejam utilizados para uma atividade específica, por exemplo, a aquisição de medicamentos ou procedimentos médicos existentes no exterior, definindo as prioridades a serem adotados pelo Poder Executivo. Entretanto, o autor ressalta a importância deste controle judicial das políticas públicas na garantia dos direitos sanitários da população.

Marques (2005) ressaltou a importância de que as necessidades individuais sejam contextualizadas dentro da política pública de medicamentos, que pretende garantir o mesmo direito de toda uma coletividade. A decisão jurídica do caso individual, portanto, não deveria sobrepor as necessidades individuais dos autores dos processos às necessidades coletivas, sob pena de privilegiar os interesses de uma pequena parcela da população. Ainda de acordo com Marques, como agravante, em matéria de assistência farmacêutica no Estado de São Paulo, as decisões judiciais vinham influenciando na tomada de decisões coletivas pelo poder público com base nas necessidades individuais dos autores.

Andrade et al (2008) inferiram que o fato de nos últimos anos as demandas judiciais, a grande maioria para medicamentos, ter tomado grande vulto jurídico e financeiro, por um lado garantem o atendimento ao direito e necessidades do cidadão, mas por outro, remetem ao gestor a responsabilidade de decisões administrativas que muitas vezes contradizem os princípios constitucionais da equidade e acesso à assistência à saúde de qualidade.

Quanto ao armazenamento, os almoxarifados descritos funcionando em espaços improvisados, alguns sem sistema informatizado de controle de estoque, ilustram a inobservância pelos municípios estudados do medicamento como um insumo perecível, e por isso sujeito a várias normas sanitárias que visam garantir sua segurança e eficácia.

Opinião semelhante foi manifesta por Vieira (2008), ao avaliar a qualificação dos serviços farmacêuticos em 597 municípios do país (de até 500 mil habitantes). Durante a análise dos relatórios de fiscalização da Controladoria Geral da União (CGU), do período de agosto 2004 a julho 2006, observou-se que, dos 597 municípios auditados, menos de 10% foram considerados adequados pelo CGU em relação à assistência farmacêutica: 90,3 % apresentaram algum problema de gestão, 71 % deles apresentavam falta de controle de estoque ou deficiência, 39% possuíam condições inadequadas de armazenado e 24% apresentavam falta de medicamentos.

A respeito dos fatores prioritários na dispensação dos medicamentos, foram citados no decorrer das entrevistas: o abastecimento e a importância de uma prescrição adequada com medicamentos padronizados, além da qualidade da informação fornecida aos usuários durante a dispensação, como sendo indispensável para adesão ao tratamento. Souza *et al* (2009), em estudo sobre a evolução da Tuberculose, evidenciaram que a informação é essencial para adesão ao tratamento e conseqüente cura da doença.

Merece ênfase o fato de o desabastecimento de medicamentos ser freqüentemente atribuído aos fracassos e morosidade nos processos licitatórios, culpabilizando unicamente o seu aspecto legal (o fato de ter que seguir a lei de licitações públicas), ignorando todas as outras causas possíveis. Sobre o assunto, Reis (2008) elenca vários determinantes para o desabastecimento tais como: problemas com insumos farmacêuticos, interrupção de fabricação, recolhimento de medicamentos, alteração na linha de produção, medicamentos de distribuição restrita, fusões de laboratórios, mudanças no mercado, entre outras. Diante de tantas intempéries, o autor coloca que o gerenciamento deste desabastecimento exige o monitoramento e planejamento contínuos além do envolvimento da CFT.

É significativo pontuar também a dependência administrativa e financeira de algumas secretarias municipais. Em dois dos casos estudados, as áreas de planejamento e orçamento, assim como de licitação, funcionam na prefeitura, o que acarreta limitações quanto à governabilidade sobre a tramitação dos processos de compra.

Ainda assim, citando Marques (2005), é importante lembrar que toda a legislação relacionada à assistência farmacêutica (incluindo Atos e Normas do MS e ANVISA relacionados à aquisição de medicamentos) visa assegurar a assistência segura e eficaz à saúde dos cidadãos.

Na avaliação da qualidade da aquisição, não foram considerados pelos entrevistados no presente estudo alguns fatos relevantes informados por eles mesmos ao longo dos seus relatos, como a não elaboração de parecer técnico pelo farmacêutico no processo de compra e o não cumprimento do contrato pelas empresas participantes da licitação.

Os informes evidenciam que as atividades de educação continuada aos usuários pouco incluem dados sobre medicamentos e, apesar de alguns afirmarem que existem ações de farmacovigilância, não houve exemplos que comprovassem sua prática constante.

Araújo & Freitas (2006) também constataram em seu estudo que poucos farmacêuticos associaram à assistência farmacêutica as atividades de farmacovigilância, atenção farmacêutica ou mesmo a simples entrega de medicamentos ao usuário. Verificou-se também a dificuldade para a realização das atividades de orientação em situação de extremo conflito que se estabelece na unidade de saúde dada à localização da farmácia no elo final do processo de atendimento, onde vão desaguar quase todas as mazelas do sistema de saúde.

A ESF mostrou ser a grande fonte de capacitação municipal para profissionais de nível médio e superior (não farmacêuticos). No entanto, os profissionais farmacêuticos parecem ser muito carentes de capacitações, sendo mais dependentes de iniciativas estaduais.

A gestão de recursos humanos para farmacêuticos se mostra crítica também na secretarias estaduais de saúde, conforme diagnosticou Rieck (2008) ao estudar dezenove estados do país, onde constatou que apenas três possuíam programa de capacitação. Acima, no capítulo que descreve o contexto do Estado do Rio de Janeiro, foram descritos alguns eventos realizados pela SES-RJ com o propósito de promover o desenvolvimento adequado dos recursos humanos municipais.

O não envolvimento do farmacêutico nas capacitações realizadas pela ESF pode evidenciar certo distanciamento ente a assistência farmacêutica e atenção básica. Situação semelhante foi diagnosticada por Araújo & Freitas (2006). Segundo os autores, os dados obtidos são condizentes com o fato da formação acadêmica dos entrevistados pouco tê-los preparado para a atividade junto ao usuário do medicamento, pois a maioria se referiu à graduação como tendo fornecido boa base técnica e científica, mas centrada na gestão do medicamento, sendo que o complemento da formação acadêmica se deu na prática diária. A falta de vivência na manutenção de relações interpessoais e habilidade de comunicação dificultavam a orientação adequada do profissional farmacêutico aos usuários. A interação do farmacêutico com a equipe de saúde foi citada pelos autores como ocasional e vinculada à ocorrência de problemas operacionais da gestão dos estoques ou de dúvidas quanto à prescrição.

No tocante ao financiamento, os depoimentos parecem ser conflituosos. Quando os gestores são argüidos quanto aos recursos financeiros para o desenvolvimento de suas ações, alegam ser insuficientes. Por outro lado, grande parte dos entrevistados reporta que os recursos previstos no orçamento são suficientes para atender as necessidades da população em relação à dispensação de medicamentos. Uma das possíveis explicações seria a de que os recursos se tornam escassos quando se considera a compra de itens para atendimento às demandas judiciais e dos itens sem financiamento previsto em lei. Ressalta-se que, conforme expresso em uma das entrevistas, a sobra de dinheiro em conta pode ser resultado da incapacidade administrativa na execução do recurso na sua totalidade.

A partir dos relatos, verificou-se que os três municípios possuem algum tipo de estrutura de assistência farmacêutica (coordenação ou divisão), embora nem sempre publicadas oficialmente. Entretanto, o fato de, no caso A, a assistência farmacêutica estar subordinada ao Departamento de Compras, reflete uma visão restrita ao abastecimento de medicamentos, concepção muitas vezes disseminada entre farmacêuticos e usuários. Araújo & Freitas (2006) ao avaliarem a compreensão dos farmacêuticos sobre assistência farmacêutica no município Ribeirão Preto-SP, observaram que esta, de modo geral, está vinculada ao controle de estoque sob a justificativa de garantir o acesso ao medicamento, norteador todas as atividades no interior das farmácias.

Apesar de, em todos os municípios, existirem vários relatos sobre a apresentação de capítulos de assistência farmacêutica em instrumentos de planejamento como o PMS e o RAG, nem sempre o profissional farmacêutico participa da elaboração de tais documentos, conforme declaração do coordenador de assistência farmacêutica do município A, que não participa dos processos de planejamento da Secretaria a qual está vinculado. Rieck (2008), em seu estudo sobre o gerenciamento da assistência farmacêutica nos estados, diagnosticou que, apesar de existirem ações intersetoriais e multiprofissionais entre a assistência farmacêutica e outros setores das SES, elas possuem deficiências no planejamento e articulação, estando, em muitos casos, focadas em questões relativas aos custos dos medicamentos.

Os relatos sugerem que as ações integradas de assistência farmacêutica no âmbito regional ainda são modestas e que os municípios ainda são muito dependentes de iniciativas estaduais. As poucas ações no âmbito regional demonstram que a assistência farmacêutica ainda não se beneficiou de instrumentos utilizados para incentivar a regionalização como os Consórcios Intermunicipais de Saúde e os Colegiados de Gestão Regional.

Stephan-Souza *et al* (2010) observaram que existem obstáculos e vazios que impedem a unicidade e integração, principalmente em relação à composição de uma vinculação explícita entre a diretriz de regionalização e os princípios relativos ao acesso universal e ao atendimento integral. Ainda segundo os autores, os gestores possuem visões particulares sobre as medidas administrativas, antagônicas entre si, quanto à regionalização do SUS. As contradições muitas vezes acontecem por conta da política restritiva do Estado na redução dos custos do financiamento da saúde, mas também pelo

despreparo dos gestores para conciliar os interesses individuais com os coletivos, acrescido do pouco conhecimento sobre a política do SUS.

Reflexões e considerações finais

Inicialmente, é importante destacar que, ao se pretender estudar qualquer política de abrangência nacional, faz-se necessário uma reflexão sobre a influência do processo de formação do Estado brasileiro, as origens do poder político, a hierarquia dos processos e seus atores. Como observa Marques (2005) é preciso considerar de forma relevante, a influência das relações entre Estado e sociedade na produção e condução das políticas públicas.

Por limitações inerentes às características desta pesquisa, não foi viável realizar uma discussão desta amplitude. Esperamos, entretanto, que as questões abordadas nesta pesquisa possam fornecer subsídios a futuras investigações sobre a influência da formação do Estado e da sociedade brasileira no tocante à implementação de políticas públicas, particularmente no âmbito do Estado do Rio de Janeiro.

Em consonância com a revisão bibliográfica realizada, evidenciamos uma constante rotação nas fases do ciclo de produção das políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica. Durante pouco mais de uma década, várias questões foram incorporadas à agenda governamental, com definições de novas alternativas e estratégias a serem implementadas,

Neste sentido, alguns avanços foram conquistados através de novos modelos de gestão compartilhada, da ampliação dos medicamentos e insumos que compõem a legislação, da rediscussão do modelo de financiamento e redefinições de responsabilidades na execução destas políticas.

Ao longo do presente trabalho resgatou-se, de maneira geral, a dinâmica do processo decisório da política de medicamento no estado. No caso do Rio de Janeiro, estão pactuadas como ações do nível estadual na assistência farmacêutica o financiamento e o suporte técnico aos municípios cabendo aos municípios, além do financiamento na contrapartida que lhe corresponde, a execução das ações concernentes à implementação da política.

A abordagem *bottom-up* parece ser adequada na análise da implementação desta política, na qual o Ministério da Saúde (o topo), em seu papel de formulador, vem aprimorando suas legislações e ações para adequação às reivindicações dos gestores dos estados e municípios (a periferia).

O Estado do Rio de Janeiro, por sua vez, conforme descrito acima na caracterização do contexto estadual, tem desenvolvido esforços na regionalização, financiamento e capacitação.

Quanto aos municípios, alvo deste trabalho, os dados obtidos dos entrevistados sugerem que as secretarias municipais não estão utilizando todo o potencial das instâncias existentes (Consórcios Regionais de Saúde, CIB, COSEMS e Colegiado de Gestão Regional) no apoio e representação de seus interesses junto ao estado e Ministério da Saúde.

O bom relacionamento da equipe multidisciplinar, enfatizado em um dos municípios estudados, se adéqua a aspectos sinalizados no modelo de coalizão de defesa, onde, baseado em regras institucionais, a criação de ambiente favorável às discussões promove o engajamento dos atores em torno do interesse público (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999).

Em relação à construção do SUS no estado do Rio de Janeiro, sob a ótica da descentralização, as colocações de Parada (2001), sobre as conseqüências da recente alteração da formação federalista em nosso estado (destacadas na revisão bibliográfica do presente trabalho) se mostram bastante pertinentes. A julgar pelas informações obtidas nas entrevistas, os municípios do interior do estado mantêm uma posição de fragilidade na assunção de todas as suas responsabilidades na área da saúde, particularmente no tocante à assistência farmacêutica, sendo ainda muito dependentes das ações estadual e federal.

O nível nacional, responsável pela formulação das diretrizes políticas, tem realizado, ao longo da última década, algumas adequações importantes como a ampliação do elenco de medicamentos e do respectivo financiamento, a inclusão de alguns insumos de saúde, a possibilidade de utilização do recurso para estruturação e o desenvolvimento de software gerencial.

Por outro lado, algumas medidas, como os elencos exclusivos para programas como Hipertensão e Diabetes (Hiperdia) e para o então Programa de Saúde da Família (PSF) foram criadas e, depois de bastante contestadas, principalmente pelos entes municipais, foram interrompidas. Tais elencos, além de conterem praticamente os mesmos medicamentos que o do Programa de Assistência Farmacêutica Básica, eram enviados aos municípios em kits fechados e em quantidades pré-determinadas, em descompasso com o consumo municipal, o que, em alguns casos, ocasionou a perda de

medicamentos. Tais distorções foram posteriormente sanadas pelo MS, na incorporação de tais elencos ao Programa de Assistência Farmacêutica Básica.

Outras medidas têm sido objeto de amplo debate em que posições divergentes, como é o caso do estabelecimento no país da modalidade de financiamento por co-pagamento, por meio do Programa Farmácia Popular, que disponibiliza os medicamentos a preço de custo. Um dos aspectos da controvérsia é o fato de que seu elenco também faz parte do Programa de Assistência Farmacêutica Básica, sendo estes ofertados gratuitamente aos usuários do SUS. Santos-Pinto (2008) detectou em seu estudo que a maior parte dos clientes do Programa Farmácia Popular do Brasil (Rede Própria) são provenientes da rede suplementar de saúde, trazendo inegáveis benefícios a esta população, principalmente ao extrato de menor renda. A autora ainda constatou que, entre os clientes do programa, há também um grande contingente da rede pública.

Os estados e municípios, por sua vez, têm muitas dificuldades em desenvolver plenamente todas as atribuições expressas na PNM seja por motivos políticos, estruturais ou financeiros.

No Rio de Janeiro, a esfera estadual apresenta limitada capacidade administrativa, financeira e de articulação na assunção de suas responsabilidades quanto à PNM. Em que pese os esforços realizados, a realidade da gestão estadual apresenta-se como dificultadora no desenvolvimento seu papel coordenador, apoiador e monitorador da execução municipal da assistência farmacêutica, ficando ainda muito restrito ao aspecto financiador. A criação de programas não integrados à área técnica de assistência farmacêutica, como o Farmácia Popular (Rede Estadual), também contribuem para indefinição dos rumos que a gestão estadual deseja seguir.

Os relatos discutidos no presente estudo, apesar de todos os esforços detectados, não evidenciam uma proposição clara de políticas alternativas ao modelo nacional e o mesmo se pode dizer quanto ao nível estadual. Uma das prováveis causas desta estagnação pode ser a falta de integração estadual, fruto da ausência de uma identidade política comum, conflito que, segundo (Motta 2001), permanece não resolvido desde a reconfiguração estadual ocorrida em 1975(fusão estadual).

Os dados obtidos demonstram a necessidade de aprimoramento das regras institucionais que promovam uma maior participação do CMS e da Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores nas decisões de saúde nos municípios estudados. Os gestores, por sua vez, demonstraram que a percepção dos usuários sobre assistência farmacêutica está

fortemente pautada no fornecimento dos medicamentos prescritos. Esta concepção reduzida pode ser reforçada pelo fato de que a preocupação dos gestores também se concentra nos problemas de fornecimento.

A propósito da capacitação, os relatos sugerem que a SAFIE/SES-RJ deve prosseguir e melhorar suas ações de capacitação sobre assistência farmacêutica direcionadas aos profissionais municipais de saúde. Vários foram as declarações, principalmente dos farmacêuticos, da necessidade de tais iniciativas com vistas ao fortalecimento da gestão municipal.

É importante destacar a inclusão de novos atores, externos à área da saúde, com grande influência na tomada de decisão: representantes do Poder Judiciário e Ministério Público. A literatura revisada sinaliza a presença de atores visíveis e invisíveis com forte influência no processo decisório, posteriormente, nos novos arranjos que se formam no processo de implementação (Labra, 1999; Silva, 2000).

Uma importante questão citada em todos os municípios estudados foram as demandas judiciais. Vale destacar as considerações tecidas por Aith (2007), para quem o controle judicial das políticas de saúde representa um enorme avanço das instituições democráticas brasileiras e uma importante garantia da proteção à saúde do cidadão. O autor ressalta ainda que a normatização e planificação das políticas públicas permitirão o aperfeiçoamento dos mecanismos de controle judicial, tornando-o mais equânime e justo.

Dessa forma, se faz mister o estímulo ao diálogo permanente entre os Poderes Executivo e Judiciário para discussão de propostas que visem a defesa dos direitos do usuários, particularmente no que tange ao acesso a medicamentos seguros e eficazes. Iniciativas como a realização do Seminário de Estruturação da Assistência Farmacêutica na Região Centro-Sul Fluminense: Garantia do Direito de acesso racional aos medicamentos (realizado no ano de 2010, em Paraíba do Sul) devem ser propagadas para todas as regiões do estado.

O presente estudo evidenciou problemas relacionados à assistência farmacêutica já relatados por vários autores há mais de uma década: Cosendey (2000), sobre os estados do Acre, Amazonas, Goiás, Pernambuco e Rio de Janeiro; Luiza (2003), sobre o estado do Rio de Janeiro; Guerra Júnior *et al* (2004) sobre Minas Gerais; De Bernadi *et al* (2006) sobre o Rio Grande do Sul, Rieck (2010) e Vieira (2010) sobre o Brasil, para citarmos alguns entre tantos outros. Deficiências importantes nos processos que

compõem o chamado Ciclo da Assistência Farmacêutica⁴ podem ser sumarizados a seguir:

- Seleção e Programação – desconhecimento e não utilização dos critérios de essencialidade na construção de uma lista municipal de referência;
- Aquisição – problemas com fornecedores; realização de compras emergenciais para atendimento de demandas judiciais;
- Armazenamento e Distribuição – almoxarifados e farmácias municipais com espaços pequenos e inadequados, comprometendo não só a qualidade dos medicamentos, como também seu abastecimento pela impossibilidade de manutenção de um estoque de segurança.
- Dispensação – profissionais com formação inadequada e sem capacitação aliada à inadequação do espaço físico que não facilitam a interação entre o dispensador e os usuários; descontinuidade no fornecimento dos medicamentos padronizados.
- Uso racional – poucas informações aos usuários; falta de adesão do prescritor aos medicamentos padronizados; ações de farmacovigilância não sistematizadas.

Estes problemas evidenciam que a situação da assistência farmacêutica nos municípios estudados está muito aquém das diretrizes e prioridades expressas na PNM: uso racional de medicamentos, a disponibilidade contínua de medicamentos essenciais, aquisição de medicamentos baseados em critérios epidemiológicos e custo/efetivos, armazenamento adequado, recursos humanos suficientes e adequadamente treinados, farmacovigilância, e planejamento adequando das ações, entre outras.

Os dados obtidos nesta pesquisa se referem a um pequeno número de municípios, de maneira que sua validade externa é limitada. Outrossim, representam realidades concretas que a experiência permite observar que representam situações semelhantes.

Assim, é fortemente recomendável que o gestor estadual aprimore suas ações no intuito de atender às atribuições que lhe são preconizadas na PNM, no que diz respeito a cooperação técnica e financeira aos municípios no desenvolvimento das suas atividades e ações relativas à assistência farmacêutica, em que destacamos: apoio aos consórcios intermunicipais de saúde; promoção o uso racional de medicamentos junto à população,

⁴ Termo instituído por Marin et al (2003), o qual abrange as atividades consideradas estruturantes da assistência farmacêutica, quais sejam: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e acompanhamento da utilização de medicamentos.

aos prescritores e aos dispensadores; capacitação de recursos humanos; assessoramento em seus processos de aquisição e institucionalização de práticas de monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas.

Referências bibliográficas

Aith, F. (2007). Curso de Direito Sanitário – A proteção do direito à saúde no Brasil. São Paulo: Quartier Latin, 406 p.

Almeida, C.M. (1999). Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.4, n.2, p.263-286.

Almeida, M.H.T. (2007). O Estado no Brasil contemporâneo. In: Melo C.R. & Sáes, M. A. (orgs). *A Democracia Brasileira: balanço e perspectivas para o século 21*. Belo Horizonte: Editora UFMG, p.17-37.

Andrade, E.I.G.; Machado, C.D.; Faleiros, D.R.; Szuster, D.A.C.; Guerra Júnior, A.A.; Silva, G.D; Cherchiglia, M.L. & Acúrcio, F.A. (2008). A judicialização da saúde e a política nacional de assistência farmacêutica no Brasil: gestão da clínica e medicalização da justiça. *Revista Medicina Minas Gerais*, 18(48; 4), p.46-50.

Araújo, A.L.A. & Freitas, O. (2006). Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. São Paulo. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v.42, n.1, p.137-146.

Arretche, M. (2004). Federalismo e Políticas Sociais no Brasil – problemas de coordenação e autonomia. *São Paulo em Perspectiva*, n.18(2), p.17-26.

Barbosa, P.R (1996). A profissionalização do dirigente hospitalar público como condição para melhores performances gerenciais. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 52, p. 24-34.

Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Editora70.

Braga J.C & Paula, S.G. (1981). *Saúde e Previdência: Estudos de Política Social*. São Paulo: CEBES / HUCITEC, p. 132-145.

Brasil (1990a). Lei nº 8080. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder executivo, Brasília, DF, 20 set.

_____ (1990b). Lei nº 8142. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de

recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 31 dez.

_____ (1998). Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 11 nov.

_____ (1999). Ministério da Saúde. Portaria GM nº 176, de 08 de março de 1999. Estabelece que o incentivo à Assistência Farmacêutica Básica será financiado pelos três gestores, e que a transferência esta condicionada a contrapartida dos estados, municípios e do Distrito Federal . Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 11 mar.

_____ (2001). Constituição da República Federativa do Brasil. Oliveira, C.B. (org). 8. ed. Rio de Janeiro: Editora DP&A.

_____ (2002). Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1101, de 12 de junho de 2002. Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 13 jun.

_____ (2003). Conselho Nacional de Saúde (CNS). Relatório da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Brasília. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/confer_nacional_de%20medicamento_s.pdf>. Acesso em: 7 jan.2010.

_____ (2004a). Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 20 mai.

_____ (2004b). Ministério da Saúde. Decreto nº 5090, de 20 de maio de 2004. Institui o Programa Farmácia Popular do Brasil. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 21 mai.

_____ (2006a). Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Instruções técnicas para sua Organização. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologias e Insumo Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. (Série A. Normas e manuais técnicos, 2 ed.) Brasília: Ministério da Saúde.

_____ (2006b). Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologias e Insumo Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. (Série B.Textos básicos de saúde), Brasília: Ministério da Saúde.

____ (2007a). Conselho Nacional de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 7). Brasília: CONASS.

____ (2007b). Ministério da Saúde. Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 31 jan.

____ (2007c). Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3237, de 24 de dezembro de 2007. Aprova as normas de execução e de financiamento na atenção básica. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 26 dez.

____ (2008a). Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria SCTIE nº 1, de 22 de janeiro de 2008. Aprova o Regimento Interno da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 30 jan.

____ (2008b). Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3176, de 24 de dezembro de 2008. Aprova as orientações acerca da elaboração, da aplicação e do fluxo do Relatório Anual de Gestão. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 30 dez.

____ (2009). Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2981, de 26 de novembro de 2009. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 01 dez.

____ (2009b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Relatório de gestão do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – PNCH : maio de 2007 a dezembro de 2008. Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_de_gestao_hanse.pdf >. Acesso em: 5 abr. 2011.

____ (2009c). Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2982, de 26 de novembro de 2009. Aprova as normas de execução e financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 01 dez.

____ (2010a). Ministério da Saúde. Portaria GM nº 4217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de execução e financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 29 dez.

____ (2010b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica, Programa Nacional de Controle da Tuberculose Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2011.

____ (2010c). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informática do SUS- DATASUS. Caderno de Informações de Saúde – Rio de Janeiro. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rj.htm>>. Acesso em 08 mar. 2011.

____ (2010d). Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação Suplementar. Dezembro 2010. Disponível em <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/2010_mes12_caderno_informacao.pdf>. Acesso em 25 abr. 2011.

____ (2011). Ministério da Saúde. Portaria GM nº 184, de 03 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Diário Oficial da União, Poder executivo, Brasília, DF, 04 fev.

Cervo, A.L. & Bervian, P.A. (2002) Metodologia Científica. 5. ed. São Paulo: Editora Prentice Hall, p.64-77.

Conill E.M.; Pires, D.; Sisson, M.C.; Oliveira, M.C.; Boing, A. F. & Fertoni, H.P. (2008). O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva, v. 13(5), p. 1501-1510.

Cosendey, M.A.E. (2000). Análise da implantação do Programa Farmácia Básica: um estudo multicêntrico em cinco estados do Brasil. Rio de Janeiro: Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 358 p.

Cosendey, M.A.E., Bermudez, J. A. Z., Reis, A.L.A., Silva, H. F., Oliveira, M.A. & Luiza, V.L. (2000). Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência

de três estados brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(1): 171-182 jan-mar.

Costa, N.R. (1998). Políticas públicas, justiça distributiva e inovação. Saúde e saneamento na agenda social. São Paulo: Hucitec.

Dal Pizzol, T.S. et al (2010). Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.26, n.4, p. 827-836.

De Bernardi, C. L. B.; Bieberbach, E. W. & Thome, H.I. (2006). Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. São Paulo: Saúde e Sociedade, v.15, n.1, p. 73-83.

Donizetti, E. (2007). Curso Didático de Direito Processual Civil. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris. , 8ª edição, p. 795-796.

Fleury, S.; Ouverney, A.L.M.; Kronemberger, T.S. e Zani, F.B. (2010) Governança local no sistema descentralizado de saúde no Brasil. Washington: Revista Panamericana de Salud Pública, v.28, n.6 p. 446-455.

Goldim, J.R. (1997). Manual de iniciação à pesquisa em saúde. Porto Alegre: Editora Dacasa, pg. 43-75.

Gomes, R.; Souza, E.R.; Minayo, M.C.S.; Silva, C.F.R. (2005). Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo, M.C.S.; Assis, S.G.; Souza, E.R. (org). Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 185-221.

Guerra Júnior, A.F.; Acúrcio, F.A.; Gomes, C.A.P.; Miralles, M.; Girardi, S.N.; Furquim, G.A. & Carvalho, C.L. (2004). Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. Washington: Revista Panamericana de Salud Pública, v.15, n.3 p. 168-175.

Hartz, Z.M.D.A. (1999). Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e político-institucionais. *Ciência e Saúde Coletiva* 4(2) p.341-53.

IBGE. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível < em <http://ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 mar 2010.

Kingdon, J.W. (1995). Agendas, Alternatives, and Public Policies. 2.ed. New York: Haper Collins College Publishers.

Kulgemas, E. (1986). *Difícil hegemonia: um estudo sobre São Paulo na primeira república*. Tese (doutorado), Departamento de Ciências Política, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Kugelmas, E. & Sola, L. (1999). Recentralização/descentralização: dinâmica do regime federativo no Brasil dos anos 90. *Tempo Social*, São Paulo, v.11, n.2, p. 63-83.

Laing, R.O.; Hogerzeil, H.V.; and Ross-Degnan, D.(2001). *Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries*. Oxford University Press, *Health Policy and Planning*, 16(1): 13-20.

Labra, M.E. (1999). Análise de Políticas, modos de policy-making e intermediação de interesses: uma revisão. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 9 (2): 131-166.

Leite, S.N.(2007). Quê "promoção da saúde"? Discutindo propostas para a atuação do farmacêutico na promoção da saúde. Rio de Janeiro: *Revista Ciência e Saúde coletiva*, v.12, n.6, p. 1749-1750.

Leite, S.N.& Mafra, A.C. (2010). Que direito? Trajetórias e percepções dos usuários no processo de acesso a medicamentos por mandados judiciais em Santa Catarina. Rio de Janeiro: *Revista Ciência e Saúde coletiva*. v.15, s.1, p. 1665-1672.

Lima, L.D. (2007). Estados federativos e políticas públicas. In: Lima, L.D. *Federalismo, relações fiscais e financiamento do Sistema Único de Saúde: a distribuição de receitas vinculadas à saúde nos orçamentos municipais e estaduais*. Rio de Janeiro: Museu da República, p. 31-60.

Luiza, V.L. (2003). *Acesso a medicamentos essenciais no Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 247 p.

Machado, C.V. (2007) O modelo de intervenção do Ministério da Saúde nos anos 90. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (9), p. 2113- 2226.

Machado, C.V., Baptista, T.W.F. & Lima, L.D. (2007). Responsabilidade do Estado, papel e relações entre Poderes na saúde: duas ou três coisas que sabemos disso. In: *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Pinheiro, R. e Mattos, R.A. (orgs). Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, p.41-62.

- Marin, N.(org) (2003). Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. (Luiza, V.L., Osório-de-Castro, C.G.S. & Machado-dos-Santos, S. orgs). Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 373p.
- Marques, S.B. (2005). Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. São Paulo: Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, 261p.
- Marques, D.C & Zucchi, P.(2006). Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais. Washington: Revista Panamericana de Salud Pública v.19, n.1, p. 58-63
- Menicucci, T. A. (2007). Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: Hochman, G.; Arretche, M. & Marques, E. (orgs). Políticas Públicas do Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.303-325.
- Mény, I. & Thoenig, J. (1992). Las políticas públicas. Madrid: Ariel Ciencia política, p. 158-193.
- Minayo, M.C.S. (2010a). O Desafio da Pesquisa Social. In: Deslandes, C.S., Gomes, R. & Minayo, M.C.S.(org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, p. 9-29.
- Minayo, M.C.S. (2010b). Trabalho de Campo: Contexto de observação, interação e descoberta. In: Deslandes, C.S., Gomes, R. & Minayo, M.C.S.(org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, p. 61-77.
- Moreira, M.R. & e Escorel, S. (2009). Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. Rio de Janeiro: Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.3, p. 795-806.
- Parada, R. (2001). A Construção do Sistema Estadual: Antecedentes e Formas de Inserção. Rio de Janeiro: Physis – Revista de Saúde Coletiva, 11(1), p.19-104.
- Pepe, V.L.E et al (2010). Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro Cadernos de Saúde Pública, v.26, n.3 , p. 461-471.
- Pizzol, R.A. & Ferraz, F.T.(2010). Riqueza e Exclusão social: o paradoxo dos royalties do petróleo e gás. VI Congresso Nacional de Excelência em Gestão- Energia, Inovação, Tecnologia e Complexidade para a Gestão Sustentável. Niterói, ago 2010.

Reis, A.M.M. & Perini, E. (2008). Desabastecimento de medicamentos: determinantes, conseqüências e gerenciamento. Rio de Janeiro: Ciência Saúde Coletiva, v.13, p. 603-610.

Rieck, E.B. (2008). Análise de gestão estadual da assistência farmacêutica a partir do pensamento complexo. Porto Alegre: Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêutica), Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 144p.

Rio de Janeiro (1999a). Secretaria de Estado de Saúde. Resolução SES nº 1374, de 14 de setembro de 1999. Altera o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica do Estado do Rio de Janeiro. Diário Oficial do Estado, Rio de Janeiro, RJ, 16 set.

_____ (1999b). Secretaria de Estado de Saúde. Deliberação CES-RJ nº 12, de 29 de novembro de 1999. Aprova o Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica do Estado do Rio de Janeiro para o ano 2000. Diário Oficial do Estado, Rio de Janeiro, RJ, 10 dez.

_____ (2009a). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Saúde na Área-Regionalização. Caderno de Informações em Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, mai.

_____ (2009b). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Deliberação CIB/RJ nº 648, de 05 de maio de 2009. Constitui os Colegiados de Gestão Regional do estado do Rio de Janeiro. Disponível em < <http://www.saude.rj.gov.br/cib-deliberacoes>>. Acesso em 08 mar. 2010

_____ (2009c). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Deliberação CIB-RJ nº 649, de 05 de maio de 2009. Aprova o Regimento Interno dos Colegiados de Gestão Regional do Estado do Rio de Janeiro do Rio de Janeiro. Disponível em < <http://www.saude.rj.gov.br/cib-deliberacoes>>. Acesso em 08 mar. 2010.

_____ (2009d). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Resolução SESDEC nº 843, de 25 de setembro de 2009. Institui o programa de apoio aos hospitais do interior - PAHI e o incentivo aos municípios onde se localizam. Diário Oficial do Estado, Rio de Janeiro, RJ, 29 set.

_____ (2009e). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Resolução SESDEC nº 845, de 30 de setembro de 2009. Estabelece recursos financeiros aos

municípios com até 110.000 habitantes e que não possuem unidades hospitalares. Diário Oficial do Estado, Rio de Janeiro, RJ, 05 out.

_____ (2010). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Disponível em. <<http://www.saude.rj.gov.br/upas-unidades-de-pronto-atendimento-24h/2010-upa-quem-somos>>. Acesso em 08 mar. 2010.

_____ (2011). Deliberação CIB/RJ nº 1.281, de 15 de abril de 2011. Financiamento da assistência farmacêutica básica na atenção básica do estado do Rio de Janeiro – 2011. Diário Oficial do Estado, Poder Executivo, Rio de Janeiro, RJ, 27 mai.

Sabatier, P.A. & Jenkins-Smith, H.C. (1999). The Advocacy Coalition Framework. In: Theories of the Policy Process. Edited by Sabatier, P.A. Westview Press.

Santos-Pinto, C.D.B. (2008). O Programa Farmácia Popular do Brasil: modelo cobertura e utilização frente à Política Nacional de Medicamentos. Rio de Janeiro: Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Sessa, R. M.; Kioroglo, P.S.; Varallo, S.M. & Bruscato, W.L. (2008). Influência do ambiente laboral no desempenho e desgaste profissional da equipe de saúde. São Paulo: Revista de Administração em Saúde: v. 10, n. 39 – abr-jun, p.51 -60.

Stephan-Souza, A.; Chebli, I.CF.; Jacometti, J.E.M. & Paiva, M.G.(2010). Regionalização sob a ótica dos gestores: uma abordagem dialética. Juiz de Fora: Revista APS, n.13, s.1, p. S35-S45, 2010

Silva, I. F. (2000). O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro: Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 96 p.

Souza, C. (2002). Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva v.42, n.2, p.593-624.

_____ (2006). Políticas públicas: uma revisão da literatura. Porto Alegre: Sociologias, ano 8, n.16, jul-dez, p.20-45.

_____ (2007). Estado da Arte da Pesquisa em Políticas Públicas. In: Hochman, G.; Arretche, M. & Marques, E. (orgs). Políticas Públicas do Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p.65-86.

Souza, M.S.P.L.; Pereira, S.M.; Marinho, J.M. & Barreto, M.L.(2009). Características dos serviços de saúde associadas à adesão ao tratamento da tuberculose. São Paulo: Revista de Saúde Pública, v.43, n.6, p. 997-1005 .

Viana A.L.A. (1996). Enfoques metodológicos em políticas públicas: novos referenciais para os estudos sobre as políticas sociais. Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública, (2), 205-215.

_____ (1998). Abordagens metodológicas em políticas públicas. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Núcleo de Estudos de Políticas Públicas (NEPP), caderno de pesquisa nº 5.

Viana, A.L.A. & Elias, P.E. (2007). Saúde e Desenvolvimento. Ciência e Saúde Coletiva, v.12, suplemento, p.1765-1776.

Vieira-da-Silva, L. M.; Hartz, Z.M.A.; Chave, S.C.L; Silva, G.A.P. & Paim. S.P.(2007). Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, v.23, n.2 , p. 355-370 .

Vieira S.V. (2007). Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 12(1), p.213-220.

Vieira, F.S. (2008). Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde.. Washington: Revista Panamericana de Salud Publica, v.24, n.2, p.91-100.

Vieira, F.S. (2010). Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. Washington: Revista Panamericana de Salud Pública , v.27, n.2, p.149-156.

WHO. (2008). World Health Organization. Medicines Strategy 2008-2013. Geneva. Disponível em <
http://www.who.int/medicines/publications/Medicines_Strategy_draft08-13.pdf>. Acesso em 29 mar. 2010.

Yin, R. K. (1994). Case Study Research - Design and Methods. Sage Publications Inc., USA.

Anexo 1. Modelo lógico: componentes da assistência farmacêutica básica municipal

Componente	Seleção	Programação/Aquisição/Armazenamento/Distribuição	Dispensação	Uso racional	Capacitação	Financiamento/Orçamento	Gerenciamento	Articulação regional
Objetivo	Definir elenco de medicamentos e respectivos protocolos de tratamento	Suprir a necessidade de medicamentos padronizados em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade, distribuição eficazmente e em condições ideais de conservação.	Garantir o uso correto do medicamento prescrito	Prover informações aos prescritores e usuários sobre utilização de medicamentos	Capacitação do RH na busca da qualidade e melhor desempenho	Garantir o financiamento e orçamento para cumprimento das ações de competência municipal	Prover meios de sustentabilidade da assistência, garantindo a execução de todas as atribuições.	Promover articulação e cooperação regional para melhor organização da assistência
Atores diretamente envolvidos	Coordenador da AF; Coordenador da AB/ESF	Coordenador da AF; Coordenador do FMS; Coordenador de ADM e Compras	Coordenador da AF e demais farmacêuticos envolvidos; Dispensadores	Coordenador da AF; Coordenador AB/ESF	Coordenador da AF Coordenador da AB/ESF	Coordenador do FMS; Coordenador de Orçamento e Finanças	CMS; Coordenador da AF; SMS	Coordenador da AF; SMS
Recursos necessários	CFT formal(O, H, C) Bibliografia(F) Infraestrutura (sala de reunião e material de papeleria e de informática)(O)	Recursos financeiros (F) Editais adequados e oportunos(O,C) Sistema Logístico (F,C) Espaço físico e estrutura adequados para o armazenamento e distribuição de medicamentos (O,F)	Infraestrutura física adequada para preservação dos medicamentos e acolhimento do usuário (F,O) Material para orientação ao paciente (F,C) Profissionais capacitados (H,C)	Profissionais com experiência de ensino (C,H) Apoio do SMS e Coordenador de AB (P)	Profissionais com experiência de ensino (C,H) Apoio do SMS e Coordenador de AB (P)	Disponibilidade orçamentária (F) Envolvimento de profissionais capacitados (O,C, P)	Apoio do SMS e do CMS (P) Capacidade de sensibilização do Coordenador de AF (C, P) Profissionais capacitados (C,H) Recursos financeiros e administrativos (F)	Apoio dos SMS da região(P) Adesão dos demais farmacêuticos da região (O,P)
Processos ou etapas críticas	CFT operante, com reuniões regulares; Valorização dos critérios técnicos de decisão (MBE)	Adesão a lista padronizada; Compra por competição; Compra dos LabOf; Sistema de informação operante	Garantia dos medicamentos padronizados; Conhecimento das boas práticas de dispensação; Participação ou supervisão direta do farmacêutico	Educação ao paciente Farmacovigilância; EUM; Informação de medicamentos; Educação continuada dos profissionais envolvidos na prescrição, administração e dispensação	Participação dos profissionais de saúde, particularmente dos farmacêuticos e técnicos envolvidos na AF	Inclusão dos recursos para financiamento das ações de AF na elaboração do orçamento;	Garantia de recursos (humanos, estruturais e financeiros) para execução de todas as ações inerentes a AF	Integração das ações de AF no âmbito regional
Produto	Elenco municipal de medicamentos padronizado e protocolos definidos	Abastecimento contínuo de medicamentos de qualidade em intervalos de tempo adequados ao perfil das unidades locais	Medicamentos de qualidade dispensados sob correta informação e orientação	Decisão terapêutica adequada por parte dos profissionais e comportamento responsável dos usuários	Profissionais treinados e motivados a desenvolver novas habilidades	Recursos financeiros suficientes para cumprimento das metas estabelecidas, observando-se a legislação em vigor	Estrutura organizacional compatível com de assistência local	Solidariedade e intercâmbio de experiências para integralidade da assistência e racionalização dos gastos
Evidência de resultado	Atendimento das prescrições com medicamentos padronizados de qualidade, com garantia de acessibilidade e abastecimento contínuo		Usuários informados e satisfeitos	Prescrição adequada e adesão ao tratamento	Profissionais satisfeitos com indicadores de conquista de auto-estima e realização	Previsão orçamentária e recursos financeiros efetivamente alocados	Disponibilidade de informações técnicas e gerenciais indicativas de capacidade operativa	Ações pactuadas com abrangência regional
Impacto	ACESSO E USO RACIONAL Acesso da população aos medicamentos com garantia de continuidade do abastecimento CREDIBILIDADE NO SERVIÇO DE SAÚDE							

Tipo de Recurso: O=Organizacional F= Financeiro P= Político H = Humano C = Cognitivo

Fonte: Adaptado de Luiza, 2003.

Anexo 2. Questionário

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA – ENSP

IDENTIFICAÇÃO GERAL

No do questionário: ____

Entrevistador: _____ Data : ____/____/____

Município: _____

Nome do Gestor: _____

Cargo que ocupa: _____

Sexo: Feminino Masculino Data de nascimento: ____/____/____

Formação profissional: _____

Tempo de formado: _____

Curso de Especialização ou *Stricto Censu* relativo à função atual: Sim Não

Curso mais recente: _____ Ano de conclusão: _____

Tempo no atual cargo de gestão: _____ anos ou meses

Tempo consecutivo de atuação na SMS: _____ anos ou meses

E-Mail: _____

Telefone para contato: _____

Eixo 1 – Compreensão da Assistência Farmacêutica

1) - Participou de algum curso de aprimoramento (atualização, aperfeiçoamento, especialização, mestrado ou doutorado) que tenha estudado tópicos sobre medicamentos ou assistência farmacêutica? Antes ou durante o cargo atual?

(0) Não (1) Sim

Se sim, qual: _____

2) - A seu juízo, os recursos descritos a seguir são adequados e suficientes para desempenho das ações sob sua responsabilidade no que tange à assistência farmacêutica:

A- Recursos financeiros

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

B- Recursos humanos

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

(existe rotatividade dos profissionais?)

C- Recursos estruturais

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

D- Recursos administrativos (processo de planejamento, organização e tomada de decisões)(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

3) - Qual(is) o(s) principal(is) problema(s) que dificulta(m) a execução das ações sob sua responsabilidade?

4) - Em sua opinião, qual(is) o(s) principal(is) fator(es) da política municipal de assistência farmacêutica que a população reconhece como benéfica? E do que ela mais reclama?

5) - Em sua opinião, qual(is) o(s) principal(is) ator(es) que influenciam nas ações de assistência farmacêutica municipal?

Eixo 2 - Seleção**6) - Existe uma Comissão de Farmacêutica e Terapêutica (CFT) no município?**

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

7) - A CFT está formalmente instituída? Ela é atuante?

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

8) - Existe uma relação municipal padronizada de medicamentos?

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Publicada oficialmente? Existe adesão por parte dos prescritores a esta relação?

Eixo 3 – Programação/Aquisição/ Armazenamento/ Distribuição

9) - A assistência farmacêutica participa da programação dos medicamentos adquiridos no município?

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

10) - Qual o principal mecanismo que a Prefeitura adota para a compra de medicamentos no setor público?

Compra com licitação

Compra direta de Laboratórios Oficiais

Compra com dispensa de licitação

Compra por Ata de registro de Preço

Compra por pronto pagamento

Outros: _____

Não sei responder

11) - O que leva à realização de compras de urgência? (Marcar tantas opções quanto necessárias)

Atraso nas licitações para a compra de medicamentos

Atraso nas entregas pelos fornecedores

Prescrição de medicamentos fora da lista padronizada

Não se costuma fazer compras de urgência

Não sei responder

12) - A assistência farmacêutica elabora parecer técnico para a compra dos medicamentos adquiridos no município?

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

13) - Existe um almoxarifado municipal para armazenamento de medicamentos? Ele segue as normas de boas práticas de armazenagem?

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

Eixo 4 - Dispensação

14) -Em sua opinião, quais os fatores prioritários a serem levados em conta na dispensação de medicamentos à população? (considerar abastecimento, prescrição médica, utilização pelo usuário)

15) - O município está conseguindo atender a estas prioridades? Se não, o que falta?

Eixo 5 – Uso racional

16) - Existem ações de educação continuada direcionada aos usuários do sistema de saúde?

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

17) -Elas incluem informações sobre medicamentos?

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

18)- Existem ações de farmacovigilância no município?

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

Eixo 6 - Capacitação

19) - No município existem ações de capacitação dirigidas aos profissionais farmacêuticos:

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

20) - E aos demais profissionais de saúde de nível superior?

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

21) - E ao de nível médio?

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

Eixo 7- Financiamento/Orçamento

22) - Os recursos para aquisição dos medicamentos estão previstos no orçamento municipal?

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

23) - Os recursos para aquisição dos medicamentos tem sido suficientes?

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Eixo 8 – Gerenciamento

24) - A Secretaria Municipal de Saúde possui em seu organograma algum órgão, divisão, departamento, serviço, setor ou seção responsável pela Assistência Farmacêutica?

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Especificar o tipo de estrutura: _____

25) - Se sim, a quem está subordinada?

26) - Está formalmente constituída (publicação em diário oficial)? Há quanto tempo?

27) - As ações de assistência farmacêutica estão previstas no Plano Municipal de Saúde?

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

28) - Os recursos utilizados nas ações de assistência farmacêutica estão contemplados no Relatório Anual de Gestão?

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

Eixo 9 - Articulação Regional

29) - Existem ações integradas de ação farmacêutica no âmbito regional?

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

Eixo 10 – Apoio político

30) - O Conselho Municipal de Saúde participa ativamente das discussões e debates sobre as ações de saúde no município?

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

31) - O Conselho Municipal de Saúde participa ativamente das discussões e debates sobre a assistência farmacêutica no município?

(0) Não (1) Sim (2) Não sei responder

Comente: _____

32) - Comente o apoio parlamentar (Câmara de Vereadores) à política municipal de saúde:

Anexo 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa **ANÁLISE DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A IMPLEMENTAÇÃO LOCAL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO.**

Você foi selecionado em virtude de sua atuação nas ações de assistência farmacêutica municipal e sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento.

Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O objetivo deste estudo é conhecer como a assistência farmacêutica municipal está organizada e as suas principais dificuldades.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em fornecer informações acerca de seu trabalho, especificamente sobre as atividades que possuem interface com a assistência farmacêutica municipal, além de opinar sobre a situação e sugerir ações para a área em questão.

Não são previstos riscos diretos como conseqüência de sua participação. Os benefícios relacionados com a sua participação dizem respeito às potenciais contribuições do estudo para reorientar a política de assistência farmacêutica no nível do estado. Os dados do presente estudo farão parte da dissertação de mestrado da pesquisadora principal.

As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e nenhum entrevistado será nominalmente identificado em qualquer publicação decorrente do estudo. No entanto, dada a natureza pública de seu cargo pode não ser possível assegurar a não identificação a partir de seu depoimento. Ressaltamos que esta entrevista será gravada, entretanto todo o material referente às anotações, gravações e transcrições serão mantidas sob guarda da pesquisadora principal e qualquer outrem que venha a ter acesso por razões inevitáveis da pesquisa assinará previamente termo de compromisso de sigilo.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento.

Suzete Henrique da Silva

Endereço institucional da pesquisadora
Núcleo de Assistência Farmacêutica - NAF
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - 6º andar
Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210
Tel : (21) 2598-2591; Fax: (21) 2209-3076
Mail : naf@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamento/naf>

Comitê de ética e Pesquisa - CEP
Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Térreo
Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210
Tel e Fax - (21) 2598-2863
Mail : cep@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____.

Anexo 4. Autorização para realização de estudo

Autorização para realização de estudo

Prezado Senhor
Secretário Municipal de Saúde de _____ (nome do município).

Eu, **SUZETE HENRIQUE DA SILVA**, aluna do Curso de Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, sob orientação das professoras **VERA LÚCIA LUIZA E EGLÉUBIA ANDRADE DE OLIVEIRA** venho solicitar sua autorização para condução do estudo **ANÁLISE DOS FATORES QUE INFLUENCIAM A IMPLEMENTAÇÃO LOCAL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO**, do qual apresentamos o sumário executivo e que tem como finalidade principal compor o projeto de dissertação necessário à obtenção do grau de mestre em saúde pública.

A participação do município está prevista sob duas formas:

- Entrevistas para avaliar as opiniões e percepções sobre a assistência farmacêutica local com os seguintes gestores: os Coordenadores Municipais de Assistência Farmacêutica; de Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família; de Administração e Compras; de Orçamento e Finanças; do Fundo Municipal de Saúde; e ainda o Presidente do Conselho Municipal de Saúde e Secretário Municipal de Saúde;
- Acesso a documentos municipais vigentes tais como: Atas do Conselho Municipal de Saúde, Capítulo de Assistência Farmacêutica do Plano Municipal de Saúde, Leis e Atos do Prefeito ou Secretário Municipal e outros documentos que os entrevistados citarem como importantes para assistência farmacêutica local.

Mantemos o compromisso em zelar pela integridade e sigilo dos dados coletados. Além disso, os nomes do município e dos entrevistados serão mantidos em anonimato, ainda que não possamos garantir que não sejam identificados, dada a natureza pública dos cargos. Informamos ainda, que não haverá custos para seu município e, na medida do possível, não iremos interferir na operacionalização e/ou nas atividades cotidianas do mesmo.

Esclarecemos que tal autorização é uma exigência das normas de pesquisa em saúde para execução de qualquer estudo envolvendo seres humanos, sob qualquer forma ou dimensão, em consonância com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Agradecemos antecipadamente seu apoio e compreensão, certos de sua colaboração para o desenvolvimento da pesquisa científica em nossa região.

Autorizo a condução da pesquisa

_____/_____/_____

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2010.

Ass. Pesquisador Responsável

Anexo 5. Parecer do Comitê de Ética - ENSP



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Rio de Janeiro, 13 de outubro de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 161/10
CAAE: 0170.0.031.000-10

Título do Projeto: “Análise dos fatores que influenciam a Implementação local da Assistência Farmacêutica em municípios do Estado do Rio De Janeiro”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Suzete Henrique da Silva

Orientadores: Vera Lúcia Luiza e Egléubia Andrade de Oliveira

Instituição onde se realizará: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/FIOCRUZ

Data de recebimento no CEP-ENSP: 20 / 07 / 2010

Data de apreciação: 04 / 08 / 2010

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


Prof. Angela Esher
Coordenadora Adjunta
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP
Mat.: 1355884