



ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA
E O CONTROLE SOCIAL

2ª EDIÇÃO – 2015



Felipe A. Remondi | Monica H. C. Grochocki
Organizadores

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O CONTROLE SOCIAL

2º edição

CURITIBA

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ E
CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ

2015



Este trabalho está licenciado sob uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional. Para ver uma cópia desta licença, visite:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.

:: Distribuição e informação ::

Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná - CRF-PR
Rua Presidente Rodrigo Otávio, 1.296 - Hugo Lange - Curitiba-PR | 80.040-452
(41) 3363-0234 - www.crf-pr.org.br

Conselho Estadual de Saúde do Paraná
Rua Piquiri 170 - Reboças - 80230-140 - Curitiba - PR
(41) 3330-4313 - www.conselho.saude.pr.gov.br

:: Expediente ::
ORGANIZAÇÃO:
Felipe Assan Remondi
Mônica Holtz Cavichiolo Grochocki

Sônia Maria Pereira
Suzan Mirian do Patrocínio Alves
Thaís Regina Ranucci

JORNALISTA RESPONSÁVEL
Dayane Carvalho | MTB 6990 DRT/PR

DIAGRAMAÇÃO: Michelly M. T. Lemes Trevisan

AUTORES:
Benvenuto Juliano Gazzi
Felipe Assan Remondi
Maria do Carmo Baraldo Wagner
Mônica Holtz Cavichiolo Grochocki
Patrícia Muzetti Vianna Scagalossi

COLABORAÇÃO:
Jackson Carlos Rapkiewicz
Manoel Rodrigues do Amaral
Nilson Hideki Nishida
Rosalina Batista

CAPA: Michelly M. T. Lemes Trevisan

CTP E IMPRESSÃO:
Tiragem: 3000 exemplares
Imagens: Banco de Imagens Istock e Internet

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

A848 Assistência farmacêutica e o controle social / Felipe Assan Remondi,
Mônica H. C. Grochocki, organizadores. – 2. ed. – Curitiba :
CRF/CES, 2015.
86 p. : il. ; 21 cm.

Vários autores.
Inclui bibliografia.
ISBN: 978-85-63817-05-1

1. Assistência farmacêutica. 2. Medicamentos – Utilização.
3. Política farmacêutica. 4. Sistema Único de Saúde (BR). I. Remondi,
Felipe Assan. II. Grochocki, Mônica Holtz Cavichiolo. III. Conselho
Regional de Farmácia do Estado do Paraná. IV Conselho Estadual
de Saúde do Paraná.

CDU 615.0



MESA DIRETORA CONSELHO ESTADUAL DE SAÚDE DO PARANÁ

PRESIDENTE:

Antônio Garcez Novaes Neto

1º VICE-PRESIDENTE:

Manoel Rodrigues do Amaral

2º VICE-PRESIDENTE:

Maurício Portella

3º VICE-PRESIDENTE:

Marise Gnatta Dalcuche

1ª SECRETÁRIA:

Lívia Diniz Lopes Sola

2ª SECRETÁRIA:

Clarice Siqueira dos Santos

1ª TESOUREIRO:

Antônio Pitol

2ª TESOUREIRA:

Solange Izabel Marega Batista



CONSELHEIROS ESTADUAIS DE SAÚDE DO PARANÁ GESTÃO 2012 - 2015

GESTORES FEDERAIS, ESTADUAIS E MUNICIPAIS

Angela Conceição Oliveira Pompeu
Clodoaldo F. dos Santos
Rene José Moreira dos Santos
Marise Gnatta Dalcuche

Sezifredo Paulo Alvez Paz
Cleide Aparecida de Oliveira
Moacir Gerolomo
Jorge Stoianov Filho

PRESTADORES DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Zuleide Bezerra Dalla Costa
Odete Pegoraro Rosa
Rangel da Silva
Mauricio Duarte Barcos
Rosita Márcia Wilner

Antonio Garcez Novaes Neto
Ely de Campos Van Kampen
Tereza Maria Pauliqui Peluso
Elizabeth Silva Ursi
Jeremias Bequer Brizola

PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Mauricio Portella
Nilson Hideki Nishida
Wanderli Machado
Sirleide Ferreira De Mauro
Juliano Del Gobo
Rubia Daniela Thieme
Antonio Rangel
Nelson Mayrink Giansante
Sonia Margarete Batista Frade Krachenski

Vanete Thomaz Soccol
Mariangela de Assis Gomes Fortes
Leonardo Ferreira Filippin
Talita Lisandra de Oliveira Rosa Gomes
Mari Elaine Rodella
Sebastião José de Oliveira
José Carlos Leite
Irene Rodrigues dos Santos
Solange Izabel Marega Batista

USUÁRIOS

Claudiney Batista	Edvirges de Oliveira
Luciano Zanetti	Livaldo Bento
Maria Marucha S. Vettorazzi	Antonio Barrichello
Wilson de Souza Silva	Amauri Ferreira Lopes
Jonas Braz	Edna Soares da Silva
Ademir Vidolin	Syrdaria Carvalho Mesquita
Ildemar Gorges	Rachel Pontes Maciel Romaniv
Junior Ribeiro da Silva	Terezinha Aparecida de Lima
Giovane Caetano da Silva	João Maria Ferrari Chagas
Custodio Rodrigues do Amaral	Amaury César Alexandrino
Manoel Rodrigues do Amaral	Tania Roseli Minusculi
Edvirges de Oliveira	Livia Diniz Lopes Sola
Livaldo Bento	Sérgio Ferreira Doszanet
Antonio Barrichello	Jiovany do Rocio Kissilevicz
Amauri Ferreira Lopes	Celso Tenani Melchiades
Edna Soares da Silva	Genecilda Gotardo
Syrdaria Carvalho Mesquita	Adaize Citron Da Silva
Rachel Pontes Maciel Romaniv	Marcia Beghini Zambrim
Terezinha Aparecida De Lima	Antonio Pitol
João Maria Ferrari Chagas	Clarice Siqueira Dos Santos
Amaury César Alexandrino	Erica Ana Hobold
Tania Roseli Minusculi	Maria Lucia Gomes
Livia Diniz Lopes Sola	Rosalina Batista
Custodio Rodrigues do Amaral	Heliana Neves Hemeterio Dos Santos
Manoel Rodrigues do Amaral	Michely Ribeiro Da Silva



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARANÁ

DIRETORIA

PRESIDENTE:

Dr. Arnaldo Zubioli

VICE-PRESIDENTE:

Dra. Mirian Ramos Fiorentin

DIRETORA SECRETÁRIA GERAL

Dra. Marisol Dominguez Muro

DIRETORA TESOUREIRA

Dra. Marina Gimenes

CONSELHEIROS

Dra. Cynthia França Wolanski Bordin

Dr. Edmar Miyoshi

Dr. Emyr Roberto Carobene Franceschi

Dr. Márcio Augusto Antoniassi

Dra. Maria do Carmo Baraldo Wagner

Dra. Marilene Provasi

Dra. Mônica Holtz Cavichiolo Grochocki

Dra. Sandra Iara Sterza

CONSELHEIROS SUPLENTE

Dr. José Antônio Zarate Elias

Dra. Marina Sayuri Mizutani Hashimoto

Dr. Maurício Portella

CONSELHEIRO FEDERAL | SUPLENTE

Dr. Valmir de Santi

Dr. Dennis Armando Bertolini



COMISSÃO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SERVIÇO PÚBLICO DO CRF-PR

Dr. Benvenuto Juliano Gazzi

Dra. Cláudia Boscheco Moretoni

Dr. Felipe Assan Remondi

Dra. Maria do Carmo Baraldo Wagner

Dr. Maurício Portella

Dra. Mônica Holtz Cavichiolo Grochocki

Dra. Patrícia Muzetti Vianna Scacalossi

Dra. Suzan Mirian do Patrocínio Alves

Dr. Tiago Aires Ferreira

Dra. Thaís Regina Ranucci

Dr. Valmir de Santi

APRESENTAÇÃO CES-PR

É com grande satisfação que o Conselho Estadual de Saúde do Paraná participa no lançamento do livro “ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E O CONTROLE SOCIAL” de iniciativa do Conselho Regional de Farmácia do Paraná através de sua comissão de Assistência Farmacêutica no Serviço Público.

Todos sabem o quanto o Sistema Único de Saúde - SUS é importante para saúde dos brasileiros, sabemos também que sua criação foi calcada nas lutas e ideal de grandes homens, nascendo do povo para o povo.

O SUS é respeitado e elogiado como um sistema complexo baseado nas suas diretrizes da universalidade, integralidade e igualdade (equidade), sendo assim deveria cumprir com seus preceitos e regras, porém esta complexidade muitas vezes não facilita o entendimento do usuário, dificultando assim o acesso destes aos serviços de saúde disponibilizados à população.

O desenvolvimento do livro cumpre o papel fundamental da informação ao usuário do sistema no que tange a assistência farmacêutica com ênfase ao acesso não somente ao medicamento, mas principalmente a orientação adequada do profissional farmacêutico para o seu uso racional, sempre buscando a qualidade de vida das pessoas.

Antonio Garcez Novaes Neto
Presidente do Conselho Estadual de Saúde do Paraná

APRESENTAÇÃO CRF-PR

A Assistência Farmacêutica (AF) tem caráter transversal no Sistema Único de Saúde (SUS), que se materializa por sua inserção em várias áreas do sistema, iniciando-se na atenção primária, de responsabilidade dos municípios, sendo contemplada também nos atendimentos de maior complexidade e custo.

Tem também um caráter assistencial, incluindo, além de medicamentos, a promoção da saúde e atividades preventivas, como ocorre nos programas de imunização (soros e vacinas) ofertados à toda a população.

Sabe-se que o uso inadequado dos medicamentos representa um enorme peso ao sistema; dados estatísticos apontam que quase um terço das internações por intoxicações no país ocorrem por medicamentos. Este uso inadequado é também causa de mortes e perda de qualidade de vida, afetando negativamente indivíduos, famílias e a sociedade como um todo.

A AF representa um grande custo financeiro e social ao sistema público de saúde, custo este que aumenta à medida que cresce o nível de complexidade, exige-se profissionais qualificados, tanto para a gestão como para as atividades assistenciais, onde se incluem a dispensação dos medicamentos e o acompanhamento de seu uso.

O SUS é um sistema em permanente construção coletiva; a qualificação da AF certamente contribuirá na melhoria da qualidade dos serviços farmacêuticos prestados à população usuária do sistema, com reflexos importantes na qualidade da saúde da população paranaense.

Na expectativa de realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde, esta cartilha tem como propósito contribuir para a discussão preparatória às conferências municipais e estadual de saúde, bem como para a realização de seminários específicos sobre Política Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica

Arnaldo Zubioli

Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná



**A ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA**
e o Controle Social

SUMÁRIO

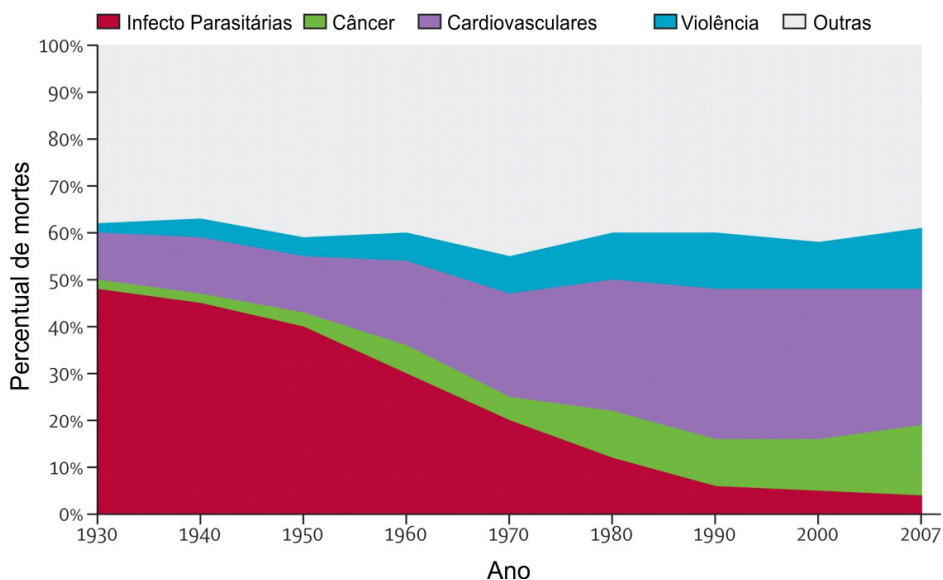
Qual a importância dos Medicamentos para a saúde da população?	13
O que é Assistência Farmacêutica?	16
Qual a legislação do acesso a medicamentos no SUS?	21
Como a Assistência Farmacêutica está organizada no SUS e no Paraná?	25
Como são escolhidos os medicamentos disponíveis no SUS?	35
Quem escolhe os medicamentos que são ofertados pelo SUS?	40
O que pode levar a falta de medicamentos em seu município?	46
Apenas ter o medicamento disponível para o usuário é o suficiente para melhorar sua Saúde?	52
Como o profissional farmacêutico pode contribuir para a melhoria da saúde da população?	63
Como o controle social pode auxiliar na organização da Assistência Farmacêutica?	71
Como o conselho de saúde pode fiscalizar a Assistência Farmacêutica?	78
Referências	82



QUAL A IMPORTÂNCIA DOS MEDICAMENTOS PARA A SAÚDE DA POPULAÇÃO?

Ao longo do século XX observamos uma importante alteração nos padrões de adoecimento da população mundial e brasileira. A revolução farmacêutica que ocorreu a partir de 1920, especialmente com a introdução no mercado dos antibióticos e vacinas, foi uma das principais responsáveis pela ampliação da expectativa de vida e profunda alteração no perfil de mortalidade. As mortes por doenças infecto-parasitárias foram reduzidas drasticamente em detrimento do aumento das doenças crônicas não transmissíveis que acompanharam o envelhecimento da população (figura 1).

Figura 1. Proporção de mortes por causas específicas no Brasil entre 1930 e 2007.



Fonte: Barreto et al., 2011.

Se por um lado os medicamentos contribuíram para a transição observada, por outro ganham cada vez mais importância ao representarem uma das principais formas de controle de doenças crônicas, como a hipertensão, diabetes e transtornos mentais.

Não é possível conceber, portanto, um sistema de saúde integral que não considere a necessidade de uma assistência farmacêutica como sistema de apoio fundamental para o enfrentamento da situação de saúde atual.

Nesse sentido, a Lei nº 8080/1990 prevê em seu artigo 6º que *“Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): [...] assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica”*.

Mais do que isso, é necessário compreender o acesso a medicamentos como mais do que a mera disponibilidade. Em um sistema de saúde integral, é preciso não só ofertar os melhores medicamentos disponíveis no mercado, mas também garantir que os mesmos sejam utilizados corretamente.



TROCANDO EM MIÚDOS:

O medicamento é importante para o controle de doenças agudas e crônicas, bem como seus fatores de risco. Por esta razão precisam estar disponíveis, com sua qualidade garantida e serem utilizados da forma correta.



○ QUE É ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA?

Como já dissemos, para garantir a assistência à saúde universal, integral e de qualidade é preciso estruturar a oferta gratuita de medicamentos como ferramenta terapêutica das intervenções em saúde.

Com esse objetivo e em meio a muitas dificuldades nas questões relacionadas à produção, à vigilância sanitária e ao uso de medicamentos tanto no setor público quanto no privado, em 1998 foi editada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria GM/MS nº 3.916, de 30/10/1998.

Esta política se tornou o instrumento norteador de todas as ações no campo dos medicamentos no país, com o propósito de garantir a segurança, eficácia e qualidade, bem como a promoção do uso racional de medicamentos (URM) e o acesso da população.



Você sabia que a PNM trouxe muitos avanços que beneficiaram a sociedade e contribuíram para o desenvolvimento social do país, como a criação da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) e o conceito de medicamentos genéricos?

Porém, mesmo com todos os esforços para consolidação da PNM e suas diretrizes, ainda há desigualdade no acesso da população aos medicamentos. Há também outros importantes desafios a serem enfrentados: o uso irracional e indiscriminado de medicamentos; dificuldades na produção de matérias primas e fabricação nacional de medicamentos; o sub-financiamento do setor; a carência de recursos humanos capacitados, entre outros.

Com o amadurecimento das discussões advindas da PNM e a articulação entre diversos atores sociais na 1ª Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica em 2003, o Conselho Nacional de Saúde publicou a Resolução CNS nº 338/2004, que constituiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).

“A Assistência Farmacêutica trata de conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população”. RES CNS nº 338/2004.

Segundo a política, a AF é a área do SUS responsável pelo acesso ao medicamento e pelo seu uso racional nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual ou coletiva, abrangendo todo o ciclo de vida do medicamento, desde a pesquisa e produção até o monitoramento dos resultados de sua utilização.

Para cumprir com o objetivo de ofertar os medicamentos necessários e garantir seu uso adequado, a AF se concretiza por meio de um conjunto de etapas organizadas em um ciclo. O sucesso da PNAF depende da execução satisfatória de cada uma destas etapas, pois quando uma falha, as outras ficam comprometidas. Conheça o ciclo completo:



ETAPA	DESCRIÇÃO DA ETAPA
Pesquisa & Desenvolvimento	Identificação de novas substâncias e desenvolvimento de medicamentos a serem utilizados para o tratamento de seres humanos.
Registro Sanitário	Aprovação dos órgãos de controle sanitário para a produção e comercialização de novos medicamentos, atentando-se para a garantia da segurança de pacientes.
Produção	Como o próprio nome diz, esta etapa refere-se à produção industrial e comercialização dos medicamentos, novos ou não.
Seleção	Escolha dos medicamentos a serem ofertados e financiados pelo SUS, de acordo com dados científicos e necessidade de saúde da população.
Programação	Definição das quantidades a serem ofertadas de cada medicamento para atendimento da população em tempo oportuno.
Aquisição	Compra dos medicamentos conforme a programação para oferta no SUS.
Armazenamento	Garantia do adequado armazenamento para preservar a qualidade do produto adquirido até sua utilização.
Distribuição	Distribuição de medicamentos para as unidades assistenciais de modo a abastecê-las visando possibilitar o acesso do usuário ao medicamento.
Prescrição	Definição do tratamento pelo prescritor com base na história clínica e necessidades do paciente.
Dispensação	Ato farmacêutico que consiste na checagem da prescrição, entrega dos medicamentos e, o mais importante, prestar as orientações para garantir seu uso correto e seguro.
Utilização, Seguimento e Farmacovigilância	Acompanhamento do uso do medicamento conforme a prescrição médica para obter os melhores resultados. A ocorrência de eventos adversos e queixas técnicas deve ser notificada à Vigilância Sanitária com vistas a minimização dos riscos.
Descarte e Logística Reversa	Destinação correta dos resíduos e medicamentos inutilizados de forma a não ocasionar contaminação do meio ambiente e danos à saúde da população.



QUAL A LEGISLAÇÃO ACERCA DO ACESSO A MEDICAMENTOS NO SUS?

Assim como em outras áreas do SUS, a AF está em permanente estruturação para dar conta de tamanha complexidade e sua regulamentação tem contribuído significativamente para o fortalecimento das políticas no âmbito do SUS.

Recentemente dois novos marcos que tratam do acesso à assistência terapêutica foram publicados:

- Lei nº 12.401/2011, que alterou a Lei nº 8.080/1990, para dispor sobre a assistência terapêutica integral e incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do SUS;
- Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/1990 para dispor sobre a organização do SUS.

A Lei nº 12.401/2011 indica entre outras coisas que a dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde só deverá ser realizada mediante prescrição que esteja em conformidade com diretrizes terapêuticas oficiais ou relação de medicamentos devidamente pactuada.

Arelada a esta obrigatoriedade, a lei determina ainda que a inclusão, exclusão ou alterações de quaisquer medicamentos, produtos e procedimentos no SUS compete ao Ministério da Saúde assessorado pela Comissão Nacional de Incorporações de Tecnologias no SUS (CONITEC). Esta legislação tornou o processo de incorporações de tecnologias mais racional, ágil e transparente.



Significa então que o município só pode ofertar os medicamentos determinados pelo Ministério da Saúde, assessorado pela CONITEC?

Não. A própria Lei 12.401/2011 possibilita que estados e municípios definam listas suplementares com responsabilidade de financiamento pactuada na Comissão Intergestores Bipartite ou no Conselho Municipal de Saúde.

Por sua vez, o Decreto nº 7.508/2011 traz mais alguns detalhes sobre os medicamentos no SUS estabelecendo que o acesso universal e igualitário à AF pressupõe, cumulativamente:

- I - estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
- II - ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
- III - estar a prescrição em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e
- IV - ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS.



Significa então que o município não é obrigado a dispensar medicamentos caso a receita não seja de unidades do SUS ou que não esteja em conformidade com as normas adotadas pela secretaria de saúde?

Em princípio não é possível atender receitas que não atendam a estes pressupostos. Entre outras razões isto é realizado para garantir que a AF não constitua uma porta de entrada do sistema. Contudo, o decreto prevê que os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à AF, desde que questões de saúde pública o justifiquem. Caso isto seja feito, deve estar claramente pactuado nas instâncias gestoras do SUS.

A adoção de uma Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), de um Formulário Terapêutico e de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas é de fundamental importância para garantir o Uso Racional de Medicamentos (URM).

Mais à frente trataremos melhor do URM e sua importância, mas por hora vamos

frisar o significado destes importantes conceitos:

<p>RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS - RENAME</p>	<p>Compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. A definição dos medicamentos que compõem a relação é realizada após um criterioso processo de comparação. A partir da RENAME os estados e municípios poderão estabelecer relações próprias e específicas à sua realidade denominadas Relação Estadual de Medicamentos (RESME) e Relação Municipal de Medicamentos (REMUME).</p>
<p>FORMULÁRIO TERAPÊUTICO NACIONAL - FTN</p>	<p>É uma publicação elaborada a partir da RENAME que contém informações sobre uso, posologia, efeitos adversos, contraindicações, precauções, entre outras informações. Traz ainda orientações sobre a escolha e forma de utilização de medicamentos para várias doenças.</p>
<p>PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZ TERAPÊUTICA - PCDT</p>	<p>Documento que estabelece critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, a serem seguidos pelos gestores do SUS.</p>



TROCANDO EM MIÚDOS:

O acesso aos medicamentos necessários dentro do SUS é garantido pela Constituição Federal pela Lei nº 8080/1990 e mais especificamente pela Lei nº 12.401/2011 e pelo Decreto nº 7.508/2011 que fixam critérios a serem observados para o acesso universal e igualitário.



COMO A ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA ESTÁ ORGANIZADA
NO SUS E NO PARANÁ?

Agora que você já conhece minimamente todas as etapas para que o medicamento chegue ao usuário e os critérios que devem ser atendidos para obtenção dos medicamentos no SUS, imagine a dificuldade que é a organização da AF para ofertar em todo o Brasil os medicamentos da atenção básica, especializada e hospitalar.

Tamanha é esta complexidade que com a publicação do Pacto pela Saúde em 2007, a AF passou a compor um bloco exclusivo de financiamento, dividido em três componentes com propósitos, responsabilidade de financiamento e de execução distintas entre si. Segundo a Portaria GM/MS nº 204/2007 os componentes são:

COMPONENTE BÁSICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CBAF):

Este componente refere-se a todos os medicamentos que serão ofertados para suporte às ações e serviços de saúde no âmbito da atenção básica, ou seja, para atender aproximadamente 80% dos problemas de saúde da população.

Atualmente é regido pela Portaria GM/MS nº 1.555/2013 que prevê o financiamento tripartite do CBAF, ou seja, de responsabilidade da União, dos Estados e dos Municípios, com aplicação anual e por habitante de no mínimo:

União	R\$5,10	R\$9,82/hab/ano
Estado	R\$2,36	
Município	R\$2,36	



No Estado do Paraná os municípios constituíram em 1999 o Consórcio Paraná Saúde (CPS) para aquisição dos medicamentos da atenção básica de forma centralizada. Isto possibilita a otimização dos recursos repassados e simplifica a gestão municipal da AF.

Hoje com 393 municípios consorciados dos 399 do Estado, o Consórcio vem efetuando a aquisição dos medicamentos do Elenco de Referência do Estado por meio de pregões eletrônicos no sistema de registro de preços.

A programação de compra é feita pelo município quatro vezes por ano (nos meses de fevereiro, maio, agosto e novembro), garantindo a sua autonomia ao definir a quantidade necessária para atender à população e a utilização correta dos recursos repassados pela União e Estado. Caso deseje, o município pode ainda agregar a contrapartida municipal.

Tendo realizada a definição dos quantitativos que serão comprados, os medicamentos são entregues nas Regionais de Saúde que são responsáveis pelo recebimento, armazenamento temporá-

rio e distribuição dos mesmos para os municípios consorciados.

São muitos os benefícios desta estratégia: a garantia de que o recurso é gasto com medicamentos e insumos; aquisição por meio de sistema de registro de preço, com pregão eletrônico; diminuição da burocracia para os municípios; economia gerada pelo grande volume de compras; entrega descentralizada em municípios de grande porte; regulação de preços de mercado e baixo custo de manutenção.

Para saber mais acesse:
www.consorcioparanasaude.com.br

A execução deste componente é de responsabilidade municipal, ou seja, a secretaria municipal de saúde recebe os recursos e executa a programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos previstos na RENAME.

Neste componente são previstos ainda os insumos para atendimento dos pacientes insulino-dependentes com agulhas, lancetas, tiras e aparelhos para medição da glicose sanguínea, além de anticoncepcionais e das insulinas que são distribuídas diretamente pelo Ministério da Saúde.

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CEAF):

O objetivo deste componente é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial para todas as fases evolutivas de uma doença crônica ou de doenças de maior complexidade. Veja um exemplo:



A Sra. Maria José de 64 anos possui asma desde seus 36 anos de idade e realiza o acompanhamento em sua unidade de saúde onde também retira os medicamentos que utiliza. Contudo, no mês passado apresentou uma piora da asma e foi encaminhada para o especialista no Consórcio Intermunicipal. Após alguns exames o médico que a atendeu informou que os medicamentos que ela obtinha na unidade de saúde não seriam mais suficientes para o controle da doença e a encaminhou para uma Farmácia localizada na Regional de Saúde para obter um medicamento “mais forte” e também mais caro.

Neste exemplo, o medicamento que a Sra. Maria José obtinha na unidade de saúde ou na farmácia municipal pertencia ao Componente Básico (CBAF) e quando teve a piora de sua situação de saúde, o medicamento que será obtido na Farmácia da Regional de Saúde, também conhecida como Farmácia Especial, pertence ao Componente Especializado, antigamente conhecido como “medicamentos de alto custo” ou “medicamento de dispensação excepcional”.

Além de medicamentos que dão continuidade ao tratamento de doenças, como nos casos de asma grave, esquizofrenia refratária, acne grave e outras, o CEAF contempla também doenças de maior complexidade que são tratadas em centros de referência específicos, como o Alzheimer, esclerose múltipla, hepatite C e outras.

Este importante componente é regulamentado pela Portaria GM/MS nº 1.554/2013 com financiamento realizado de forma a garantir o equilíbrio econômico entre as esferas de governo, uma vez que existem tratamentos no CEAF que ultrapassam os R\$10mil por mês, por paciente.

De execução predominantemente estadual, o financiamento e execução do CEAF é dividido em três grupos de medicamentos:

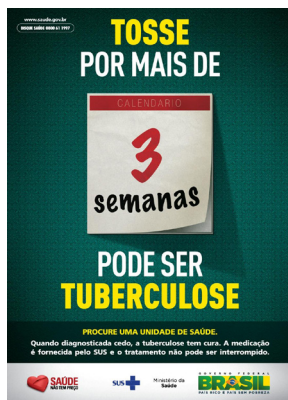
- **Grupo 1** - Medicamentos para doenças de alta complexidade e de financiamento exclusivamente federal, podendo a compra ser centralizada ou não.
- **Grupo 2** - Medicamentos destinados ao tratamento de doenças de complexidade menor do que as do Grupo 1 sendo o financiamento e compras de responsabilidade estadual.
- **Grupo 3** - Medicamentos de primeira escolha cujo o financiamento e execução são de responsabilidade municipal de forma compartilhada com o CBAF.

Como se tratam de medicamentos de maior complexidade e/ou maior impacto financeiro, o acesso está atrelado ao cumprimento de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde, mediante a apresentação de documentos e exames para solicitação. Apenas cumprindo todos os requisitos de cada protocolo o paciente obtém o medicamento.

COMPONENTE ESTRATÉGICO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA (CESAF)

Como o próprio nome sugere, o terceiro componente da AF destina-se ao tratamento de doenças e agravos considerados estratégicos no cenário epidemiológico nacional. Veja algumas doenças do CESAF:

- HIV/aids
- Tuberculose
- Hanseníase
- Tabagismo
- Imunobiológicos - vacinas e outros.



Fonte: Ministério da Saúde.

Por serem considerados estratégicos, a aquisição dos medicamentos deste componente é realizada pelo Ministério da Saúde, que os distribui aos Estados e estes aos seus Municípios.

Não existe uma única portaria que regulamente este componente. Cada doença possui uma portaria própria que determina a forma de diagnóstico, notificação, controle e tratamento dos portadores das doenças em questão.

PROGRAMAS ESPECIAIS DA SESA-PR:

Como vimos sobre a Lei nº 12.401/2011, os governos estaduais e municipais podem complementar a oferta de medicamentos conforme demandas específicas de sua realidade local.

No Paraná, além dos medicamentos já ofertados nos três componentes, a Secretaria de Estado da Saúde oferece ainda programas especiais totalmente custeados por ela e executados em parceria com os municípios do estado. São eles:

- Paraná sem dor;
- Mucoviscidose, também conhecida como Fibrose Cística;
- Profilaxia e tratamento das doenças oportunistas e violência sexual do Programa DST/aids;
- Análogos de insulina para pacientes com diabetes tipo I;
- Medicamentos para as unidades e hospitais próprios do Estado.

PROGRAMAS COMPLEMENTARES:

Além do que já foi apresentado, a AF conta ainda com programas destinados a situações específicas:

- Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Saiba mais na Portaria Interministerial nº 2.960/2008;
- Medicamentos e insumos destinados a situações de desastre e calamidade pública. Saiba mais na Portaria GM/MS nº 2.365/2012;
- Assistência Farmacêutica no sistema penitenciário. Saiba mais na Portaria GM/MS nº 3.270/2010; e
- Assistência Farmacêutica na saúde indígena. Saiba mais nas portarias GM/MS nº 3.185/2010 e 3.532/2010.

PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR, AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR E SAÚDE NÃO TEM PREÇO:

O Ministério da Saúde criou em 2004 o “Programa Farmácia Popular do Brasil” para ampliar o acesso aos medicamentos e insumos estratégicos para as doenças mais comuns entre os cidadãos mediante o co-pagamento, ou seja, o cidadão paga um valor pré-definido e o Governo Federal subsidia a diferença. O Programa possui uma rede própria de Farmácias Populares e a parceria com farmácias e drogarias da rede privada, chamada de “Aqui tem Farmácia Popular”.

Como reforço da estratégia em 2011 o Governo Federal lança o programa “Saúde não tem preço”, que garante a distribuição gratuita de medicamentos para hipertensão e diabetes.

Para obter os medicamentos pelo programa o usuário deve dirigir-se a uma unidade e apresentar o CPF juntamente com uma receita médica ou odontológica.



FIQUE ATENTO!

Ainda que os medicamentos disponíveis no programa também estejam na RENAME, os gestores não podem se isentar de ofertá-los nas farmácias municipais.

Fonte: Ministério da Saúde.



TROCANDO EM MIÚDOS:

Para garantir a integralidade a Assistência Farmacêutica está dividida em três grandes componentes (Básico, Especializado e Estratégico), além de programas complementares, cada qual com sua forma de organização e financiamento.

Quadro. Resumo dos componentes da Assistência Farmacêutica no SUS

Componente	Base Legal	Financiamento	Execução	Exemplo de medicamentos/doenças
Componente Básico da Assistência Farmacêutica - CBAF	Pt. GM/MS nº 1.555/2013	União, Estados e Municípios	Municipal	Para uso na atenção básica: hipertensão, diabetes, transtornos mentais, hormônios, antibióticos e outros
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica - CEAF	Pt. GM/MS nº 1.554/2013	União, Estados e Municípios	União, Estados e Municípios	Continuidade do tratamento ou doenças de maior complexidade: Asma grave, Artrite, Alzheimer, Esclerose Múltipla e outras
Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica - CESAF	Portarias específicas para cada doença	União	União, Estados e Municípios	Doenças estratégicas: HIV/ aids, endemias, gripe, tabagismo e outras



COMO SÃO ESCOLHIDOS OS MEDICAMENTOS DISPONÍVEIS NO SUS?

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em julho de 2013 havia mais de 15 mil apresentações de medicamentos registradas no país.

Se todos estes produtos ou boa parte deles tivessem que ser ofertados para a população, você consegue imaginar as dificuldades gerenciais e financeiras que isso traria? Mais do que isso, devemos nos perguntar: É necessário ofertar uma infinidade de medicamentos para atender aos problemas de saúde de uma população?

Para compreender melhor a problemática, vamos pensar em uma situação do nosso dia-a-dia:



Você está encarregado(a) de realizar as compras de alimentos e produtos de higiene para seus familiares. O objetivo é comprar os itens para as necessidades básicas da família em um mês, gastando o menos possível.

Para fazer isso você primeiramente prepara uma lista de compras com os itens que precisa, deixando de lado itens considerados supérfluos. Ao chegar ao mercado, para cada item da lista você se depara com uma infinidade de produtos e escolhe aqueles que mais agradam sua família de acordo com os valores que considera justo.

Com medicamentos não é diferente. Nenhum serviço de saúde precisa ofertar os 15 mil itens disponíveis no mercado para atender aos problemas de saúde da população.

Para garantir o acesso aos medicamentos de maneira eficiente é realizada uma seleção de medicamentos, que consiste na escolha com base em informações científicas dos melhores produtos para atender às necessidades de saúde da população.

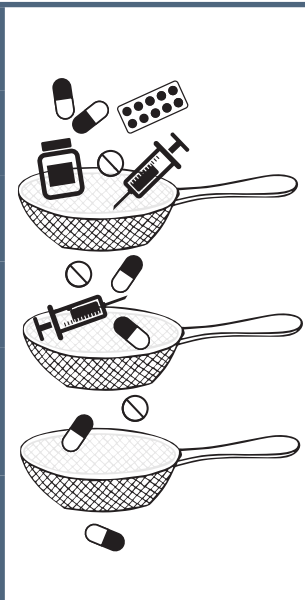
Pensando desta forma, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propôs o conceito de medicamentos essenciais, que compreende a escolha de *medicamentos imprescindíveis às necessidades de uma população, efetivos, seguros e com custo razoável à sociedade*.

No Brasil, o processo de escolha dos medicamentos que devem ser ofertados pelo SUS é realizado pela Assistência Farmacêutica na etapa de *seleção dos medicamentos*, que tem como seus principais produtos a Relação de Medicamentos, as Diretrizes Terapêuticas e os Formulários Terapêuticos.

Veja algumas vantagens de trabalhar com esta forma:

- Garante que serão ofertados à população apenas itens com comprovada efetividade e segurança;
- Possibilita melhor gerenciamento da Assistência Farmacêutica, pois limita o número de medicamentos que deverão ser programados, adquiridos e armazenados;
- Racionaliza custos e possibilita comprar mais com menos;
- Contribui para promoção do uso racional de medicamentos, tornando mais fácil a escolha do tratamento, a orientação de sua utilização e acompanhamento;
- Permite a uniformização de condutas terapêuticas, disciplinando o seu uso;
- Propicia melhores condições para prática da farmacovigilância;
- Facilita o estabelecimento de ações educativas para prescritores, dispensadores e usuários.

É preciso salientar que o processo de escolha dos medicamentos e apresentações que vão compor esta lista básica deve ser realizado com bastante rigor, com base em informações científicas que comparam os medicamentos disponíveis para um determinado problema de saúde. As etapas deste processo são resumidas a seguir:

	Levantamento de todos os medicamentos disponíveis para tratar um problema de saúde
	Eficácia: são escolhidos aqueles que cumprem melhor com seu objetivo terapêutico.
	Segurança: são escolhidos aqueles considerados mais seguros e que oferecem riscos aceitáveis durante sua utilização.
	Custo: são escolhidos com base na relação custo-benefício, disponibilidade no mercado e impacto orçamentário.
	Aplicabilidade: são escolhidos com base na facilidade de administração, armazenamento, melhor adesão ao tratamento entre outros elementos.
Apenas os medicamentos que apresentarem as melhores evidências em todas as etapas passam a compor a lista de medicamentos.	

Fonte: Guia da Boa Prescrição (OMS, 1998)

No dia a dia dos serviços é comum ouvirmos críticas referentes ao número restrito de medicamentos ofertados pelo SUS, às prescrições que não seguem a lista proposta e até mesmo petições judiciais de itens que não estão nesta lista.

Sem entrarmos na discussão da pertinência ou não dos motivos que levam a estes conflitos, o conselheiro de saúde precisa conhecer o conceito e o processo que é realizado para a seleção dos medicamentos, contribuindo com a racionalidade e seriedade do processo, pois os benefícios da utilização do conceito de medicamentos essenciais são conhecidos e adotados no mundo todo há mais de 30 anos.



TROCANDO EM MIÚDOS:

São escolhidos os medicamentos que melhor cumprem seu objetivo terapêutico para todas as fases das doenças atendidas pelo sistema. Isto é feito com base em estudos científicos para garantir a eficácia, segurança e melhor custo-benefício.



QUEM ESCOLHE OS
MEDICAMENTOS QUE SÃO
OFERTADOS PELO SUS?

A definição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) é de competência do Ministério da Saúde e segue o disposto na lei nº 12.401/2011 que trata do processo de incorporação de tecnologias em saúde no SUS e cria a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias em Saúde (CONITEC).

Além de medicamentos, compete a CONITEC a avaliação de incorporação, exclusão ou alteração de quaisquer tecnologias e insumos no SUS, como por exemplo, procedimentos ambulatoriais, cirurgias, exames, próteses, ou seja, qualquer tipo de nova tecnologia.

Esta comissão tem o processo de trabalho e prazos para emissão de pareceres definidos na lei. É composta por representantes do Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Conselho Federal de Medicina e Conselho Nacional de Saúde.

Na prática, qualquer cidadão, associação, entidade ou empresa pode solicitar à CONITEC a inclusão de novas tecnologias no sistema, sendo esta solicitação avaliada com base nos critérios que já comentamos e ao final, com base no parecer da CONITEC o Ministério da Saúde decide sobre a incorporação ou não da tecnologia.

Essa sistemática de trabalho têm garantido racionalidade, transparência e eficiência na incorporação das melhores tecnologias para o atendimento integral da população.

Para ter uma ideia, citamos algumas das recentes incorporações orientadas pela CONITEC: vacina contra o HPV, vacina contra hepatite A, medicamentos para o tratamento de Hepatite C, cadeira de rodas, procedimentos cirúrgicos, entre muitas outras tecnologias.



SAIBA MAIS : As solicitações de incorporação e relatórios da CONITEC podem ser consultados no site do Ministério da Saúde: www.conitec.gov.br

Fonte: Ministério da Saúde

Com base nas incorporações e revisões de tecnologia a CONITEC promove a atualização periódica da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), da Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES), do Formulário Terapêutico Nacional (FTN) e dos diversos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Estes documentos são centrais na regulação do acesso visando a garantia da integralidade preconizada pelo sistema. Caso tenha restado alguma dúvida sobre eles retorne na página que trata do assunto!

O processo de escolha dos medicamentos a serem ofertados não se encerra com a publicação da RENAME. Esta relação é na verdade o início do processo e serve como norteadora para estados e municípios definirem suas relações específicas



A RENAME é uma publicação do Ministério da Saúde, atualizada a cada dois anos com as alterações realizadas pela CONITEC e que elenca os medicamentos a serem ofertados pelo SUS nos seguintes capítulos:

- I - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica;
- II - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica;
- III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- IV - Relação Nacional de Insumos; e
- V - Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar.

Fonte: Ministério da Saúde

No Estado do Paraná, por exemplo, a última definição da Relação Estadual de Medicamentos foi realizada no ano de 2013 com base em uma metodologia compartilhada, participativa e ascendente, onde cada município pode contribuir com as decisões tomadas. A relação estadual é um importante instrumento, pois corresponde aos medicamentos que poderão ser adquiridos por meio do Consórcio Paraná Saúde.

O Elenco de Referência Estadual de Medicamentos para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica está formalizado por meio de pactuação na Comissão Intergestores Bipartite do Paraná - CIB/PR conforme Deliberação CIB-PR nº 507/2013, ou as que vierem a substituí-las.

Da mesma forma, cada município deve estipular qual a sistemática que será adotada para a definição dos medicamentos que comporão a Relação Municipal de Medicamentos. Assim como é feito na CONITEC, é muito importante que o município adote uma sistemática transparente e que prime pelo uso de informações científicas no processo comparativo. Isso é fundamental para que a escolha dos medicamentos sofra pouca influência da opinião/preferência/experiência dos prescritores, usuários, gestores e da indústria farmacêutica.

A forma mais recomendada de conduzir o processo é a criação de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica municipal ou regional que tem por objetivo garantir a escolha racional e que atenda prioritariamente os interesses da comunidade.

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA: é uma instância colegiada criada no âmbito da secretaria de saúde ou do conselho de saúde, de caráter consultivo e deliberativo, que tem como finalidade selecionar medicamentos essenciais a serem utilizados no sistema. Deve ser composta por profissionais de saúde de várias formações, como farmacêuticos, médicos, enfermeiros e dentistas. Além de assessorar a gestão nas demais questões referentes a medicamentos, exerce atividades ligadas à promoção do uso racional de medicamentos, como a definição de diretrizes terapêutica e a educação de prescritores, demais profissionais de saúde e usuários.

Como já dissemos, segundo a lei nº 12.401/2011 o município ou o estado poderão adotar ainda uma relação suplementar de medicamentos que não estejam contemplados na RENAME. Nestes casos o financiamento deve ser realizado por meio de recursos adicionais, com a pactuação no Conselho de Saúde ou no caso dos estados na Comissão Intergestores Bipartite.

Para isso, é imprescindível a adoção de mecanismos que garantam a racionalidade do processo de seleção, pois a inclusão demasiada de medicamentos ocasionará, inevitavelmente, maiores gastos e dificuldades gerenciais na Assistência Farmacêutica sem que isso se converta em ganhos reais à saúde dos indivíduos e da comunidade como um todo.

O Conselho de Saúde é um aliado importante na defesa intransigente do conceito de medicamentos essenciais e na adoção de uma sistemática transparente para escolha dos medicamentos. Para isso cada conselheiro pode:

- Certificar-se que a gestão municipal está conduzindo o processo de revisão em conformidade com a Lei nº 12.401/2011;

- Acompanhar o processo e contribuir na discussão, em especial na definição das necessidades da região;
- Divulgar a relação aprovada à população usuária;
- Estimular que os prescritores, demais profissionais de saúde e usuários adotem a lista de medicamentos estipulada; e
- Acompanhar a garantia do acesso dos medicamentos pactuados pelo município e estado.



TROCANDO EM MIÚDOS:

Os medicamentos são escolhidos por comissões formadas por profissionais de diversas áreas, sendo a principal delas a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Além dos medicamentos escolhidos por ela, cada município pode complementar sua lista e o Conselho de Saúde é quem aprova os itens acrescentados.



EM FALTA



O QUE PODE LEVAR À FALTA DE
MEDICAMENTOS EM SEU
MUNICÍPIO?

Um bom gerenciamento da assistência farmacêutica é fundamental para que todas as atividades sejam desenvolvidas de forma que o estoque de medicamentos na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e nas farmácias do município sejam suficientes para atender aos usuários do SUS.

Algumas situações, porém, podem conduzir à falta de medicamentos no município, com uma falha no ciclo gerencial que acarreta prejuízos diretos aos usuários.

Vamos conhecer algumas delas?

Algumas situações, porém, podem conduzir à falta de medicamentos no município, com uma falha no ciclo gerencial que acarreta prejuízos diretos aos usuários. **Vamos conhecer algumas delas?**

Inicialmente, a falta de um determinado medicamento pode ser consequência do mau gerenciamento, quando, por exemplo, o município não dispõe de farmacêutico para gerenciar as atividades ou não há o número suficiente de profissionais. Outros elementos também podem influenciar, como situações em que as responsabilidades não estão formalmente definidas no âmbito da administração e não há trabalho em equipe. **Para contornar esta dificuldade é necessário contar com farmacêuticos e equipe técnica em quantidade e qualificação compatíveis às atividades realizadas.**

Outro fator que pode agravar a falta de medicamentos é a inexistência de um elenco formalizado por meio da Relação Municipal de Medicamentos. Sem este elenco, a estimativa das quantidades, recursos necessários e processo de aquisição se tornam mais complicados. **A definição daqueles medicamentos que devem ser ofertados simplifica o trabalho dos gestores e otimiza recursos, diminuindo a possibilidade de falta.**



Com pouco tempo, um recurso limitado e muitas vezes insuficiente, o que é mais fácil: realizar a pesquisa de preço e compra de **12 itens** que compõe a cesta básica ou de uma lista de compras com mais de **60 itens** que atenderão aos mesmos objetivos?

Outros problemas podem aparecer na etapa da programação dos quantitativos de cada medicamento para um período de tempo determinado. Nesta etapa, **a existência de instrumentos de gestão e/ou de um sistema informatizado que permita a consulta dos dados de consumo e utilização de medicamentos**, além de dados da situação de saúde da população, é fundamental para que a programação seja realizada com base na real necessidade da compra.

Uma vez definidos os itens e os quantitativos, a aquisição dos medicamentos pode ser realizada por meio do Consórcio Paraná Saúde ou por compra direta, tanto para os municípios não consorciados quanto para os consorciados.

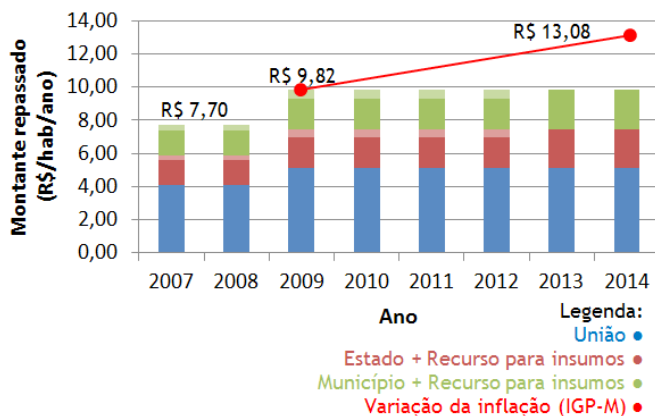
No caso da compra direta, o município deve definir qual a estratégia que utilizará para evitar que ocorram faltas. É importante levar em conta que na administração pública existem princípios e leis que devem ser atendidos e que por vezes limitam a atuação do gestor. Aqui, mais uma vez a experiência e o trabalho em equipe auxiliam na condução de um processo exitoso. **O ideal é que sejam realizados processos licitatórios em tempo oportuno e na modalidade pregão, com atas de registro de preço.** Mas isto garante o

abastecimento?

Infelizmente não. Os gestores municipais enfrentam outras dificuldades que podem conduzir à falta de medicamentos. Os órgãos de governo do país vivenciam, já há algum tempo, dificuldades no processo de aquisição dos medicamentos, com processos licitatórios desertos (por nenhum fornecedor participar) ou fracassados (por proposta acima do valor máximo admitido).

Ainda, na entrega dos medicamentos contratados podem ocorrer diversas dificuldades, como o pedido de troca de marca, entrega de quantitativo parcial ao solicitado, medicamentos com prazo de validade inferior ao estabelecido e atrasos significativos de entrega.

Estas são situações relacionadas à produção nacional de medicamentos e também à importação de matéria-prima. Soma-se a isso tudo, a insuficiência de recursos para a aquisição dos medicamentos, em especial do CBAF que é de responsabilidade de execução municipal. Os valores repassados para execução deste componente não são atualizados desde 2009 (gráfico) e apenas para efeito de comparação, a inflação acumulada neste período (2009-2014) foi de 33,20% (IGP-M). Confira:



Isto gera uma significativa perda de poder de compra e implica na necessidade de um maior aporte de recurso pela gestão municipal. **A mobilização dos gestores, profissionais e do controle social frente a esse problemas de ordem político-institucional é fundamental para fazer com que o Ministério da Saúde adote medidas que vão desde o incentivo à produção nacional de medicamentos essenciais até a revisão de suas políticas e financiamento.**

Retornando à realidade do estabelecimento farmacêutico, a falta de espaço físico, organização, inexistência ou precariedade das áreas de armazenamento e distribuição tanto na Central de Abastecimento Farmacêutico, quanto na farmácia ou nas unidades de saúde, também podem contribuir negativamente para a execução das atividades. **Garantir a estrutura física adequada e, principalmente, profissionais capacitados para sua organização e gestão são ações fundamentais para a manutenção de estoques estratégicos e minimização de perdas por deterioração ou falta de organização.**

Como veremos mais à frente, o investimento na estrutura física e funcional é fundamental e para isso o órgão pode utilizar recursos advindos de programas especiais, de recursos próprios do tesouro ou até 15% dos valores mínimos do estado e município repassados pela Pt. GM/MS nº 1555/2013.

Já citamos algumas estratégias que podem diminuir as chances de falta de medicamentos, mas não custa reforçar algumas e incluir outras:

- Contratação de farmacêutico(s) e equipe formalizada, com responsabilidades definidas, executando o plano da assistência farmacêutica;

- Utilização de sistema de informação para a gestão da assistência farmacêutica, nos diferentes componentes;
- Garantia da aplicação do recurso financeiro destinado a compra de medicamentos;
- Manutenção de registro dos usuários de medicamentos do município;
- Manutenção de estoque estratégico de medicamentos.



Para qualificar e ampliar o acesso da população aos medicamentos, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde (DAF/MS), apresenta o HÓRUS: Sistema Nacional de

Gestão da Assistência Farmacêutica. Trata-se de um sistema informatizado, on-line e gratuito para o gerenciamento da assistência farmacêutica, possibilitando o controle de estoque, produção de indicadores, registro de dispensações, produção de relatórios e muitas outras funcionalidades.

Para saber mais acesse: www.saude.gov.br/horus



TROCANDO EM MIÚDOS:

Evitar a falta de medicamentos é um processo extremamente complexo, dependente de vários fatores, que nem sempre são possíveis de gerenciar. Assim, vale contar com a equipe coordenada pelo farmacêutico, a experiência e o comprometimento dos profissionais, com recursos financeiros suficiente e destinados a compra de medicamentos e a adoção de instrumentos gerenciais para que se possa ter o melhor resultado!



APENAS TER O MEDICAMENTO
DISPONÍVEL PARA O USUÁRIO
É O SUFICIENTE PARA MELHORAR
SUA SAÚDE?

Vamos imaginar uma situação:



O Sr. Lucas dos Santos, hipertenso e diabético há mais de 10 anos, passou pela consulta de rotina da unidade de saúde e obteve todos os medicamentos que ele faz uso para controlar suas doenças. Após quatro meses ele retorna à unidade de saúde para sua consulta de rotina e mesmo conseguindo obter seus medicamentos durante todo o tempo, sua pressão e glicemia não estão controladas.

Isso significa dizer que apesar de ter tido acesso a consultas médicas, demais ações dos serviços de saúde e obtido os medicamentos prescritos, ele não apresentou os resultados esperados e continua com um risco elevado de uma complicação grave.

Infelizmente esta situação é bastante comum nos serviços de saúde e tem um impacto negativo tanto sobre a saúde do usuário, quanto para o serviço.

Uma pesquisa realizada na cidade de Cambé-PR, região norte do Paraná, e que entrevistou mais de mil pessoas de toda a cidade apontou uma situação preocupante em relação a hipertensão, diabetes e dislipidemias (colesterol e triglicerídeos alterados). Veja o gráfico para compreender melhor o assunto:



Fonte: Petris, 2014.

O fato de uma boa parte dos usuários não apresentar pressão, glicemia e/ou perfil lipídico controlados representa um importante problema de saúde para as pessoas e suas famílias, para o SUS e para a sociedade como um todo, pois o usuário continua sujeito ao risco de uma complicação grave, como um infarto ou um derrame, levando a sequelas ou até a morte.

Do ponto de vista do serviço de saúde este problema é multiplicado por todos aqueles que se encontram nesta situação. As consequências são muito ruins e muitas vezes não são percebidas diretamente:

- Complicações de doenças de fácil tratamento e controle;
- Sobrecarga de hospitais e serviços de pronto atendimento;
- Aumento dos custos com internações e procedimentos hospitalares.
- Desperdício dos esforços e recursos investidos na atenção básica e no tratamento medicamentoso;
- Entre outras.

Se somarmos ainda os custos da previdência com o afastamento do trabalho e aposentadoria precoce em função de sequelas, a conta final é cara e ao pagá-la chegamos à conclusão que poderíamos utilizar estes recursos para evitar que mais pessoas adoecessem.

A diferença entre o tratamento medicamentoso e o controle da doença origina-se essencialmente por três situações que podem acontecer ao mesmo tempo:

1. Adoção de tratamentos inadequados à situação do paciente;
2. Falta de qualidade do medicamento utilizado;
3. Falta de adesão ao tratamento.

A melhor estruturação da assistência farmacêutica para a promoção do **Uso Racional de Medicamentos (URM)** é fundamental para diminuir esta realidade.

Entende-se que há uso racional de medicamentos quando pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (OMS, 1985).

Para compreender melhor como podemos reduzir este problema vamos analisar cada uma das três situações apresentadas sob a ótica do URM:

ADOÇÃO DE TRATAMENTOS INADEQUADOS À SITUAÇÃO DO PACIENTE

A inadequação do tratamento instituído, ocasião em que os medicamentos e formas de utilização escolhidos não são as melhores indicações para o usuário pode ocorrer por diversos motivos. Entre eles a falta de atualização e habilidade do prescritor, consulta do usuário por múltiplos médicos e condições clínicas complexas.

Para contornar esta dificuldade devem ser adotadas estratégias como a atualização permanente dos prescritores quanto às terapias disponibilizadas pelo SUS, uso de protocolos, elaboração e divulgação das listas de medicamentos e formulários terapêuticos, entre outras.

Já falamos sobre o conceito de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), mas não custa lembrar. Os PCDTs são documentos de orientação, construídos com as melhores e mais atualizadas informações científicas, que apontam as ações que devem ser adotadas pelos profissionais de saúde para o diagnóstico, definição do tratamento e monitoramento dos resultados terapêuticos.

Associado à Linha Guia de uma Rede de Atenção, eles constituem uma importante ferramenta para garantir que os prescritores e demais profissionais embasem suas esco-

lhas em informações confiáveis, além de uniformizar as práticas assistenciais e facilitar a gestão dos serviços de saúde.

O Formulário Terapêutico também contribui com o processo, pois é um compêndio que contém as principais informações sobre cada medicamento disponível na rede, auxiliando profissionais de saúde na escolha, na orientação e no acompanhamento do tratamento.

Além do formato de Formulário, o documento também pode ser editado no formato de um bulário ou memento, porém o mais importante é que seu conteúdo seja imparcial e não se baseie apenas nas informações fornecidas pela indústria farmacêutica. Veja aqui alguns exemplos deste documento, todos disponíveis na internet:



QUALIDADE DOS MEDICAMENTOS

Quando falamos da qualidade do medicamento é preciso levar em consideração que a forma com que o medicamento é projetado, a matéria prima utilizada e o processo de fabricação influenciam o produto final e os resultados terapêuticos.

A fiscalização destas etapas é realizada pela Vigilância Sanitária (federal, estadual e municipal) que emite documentos que atestam o cumprimento das normas sanitárias, como o registro do medicamento na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Certificado de Boas Práticas de Produção (CBPF), a Autorização de Funcionamento (AF), entre outros.

Todos estes documentos devem ser exigidos no início do processo licitatório para garantir que os medicamentos adquiridos apresentem os requisitos mínimos de qualidade.

Veja alguns documentos que são normalmente exigidos em processos licitatórios:

- Cópia da Licença Sanitária Estadual ou Municipal para a atividade desenvolvida pela empresa: fabricação, importação, armazenamento, distribuição e/ou comércio atacadista de medicamentos;
- Cópia da Autorização de Funcionamento ou da respectiva publicação no Diário Oficial da União;
- Cópia da Autorização Especial de Funcionamento ou da respectiva publicação no Diário Oficial da União;
- Certificado de Regularidade Técnica da empresa participante, emitido pelo Conselho Regional de Farmácia;
- Cópia do Certificado de Boas Práticas de Fabricação e Controle de Medicamentos ou da respectiva publicação no Diário Oficial da União, do laboratório fabricante;
- Cópia do certificado de Registro do Produto ou de sua publicação no Diário Oficial da União;
- Cópia da bula do produto;
- Declaração de especificação da embalagem do produto, emitida pela empresa licitante, constando detalhadamente a descrição das embalagens primárias e secundárias;
- Poderão ser exigidas, no que couber, as especificações técnicas dos produtos, os respectivos métodos de controle de qualidade e a sistemática de certificação de conformidade;
- A comissão de licitação poderá solicitar, no que couber, amostra para análise e verificação do atendimento às especificações do edital.

Apesar de tudo isto, quando se suspeita que o produto adquirido não esteja de acordo com o exigido deve-se realizar a notificação formal da queixa técnica através do NOTIVISA, sistema *online* da ANVISA para notificações de queixas técnicas e reações adversas.

A notificação é muito importante por diversos motivos, mas o principal deles é que a partir da formalização da queixa, as autoridades sanitárias podem desencadear ações de investigação e os compradores podem desclassificar fabricantes que apresentem problemas.



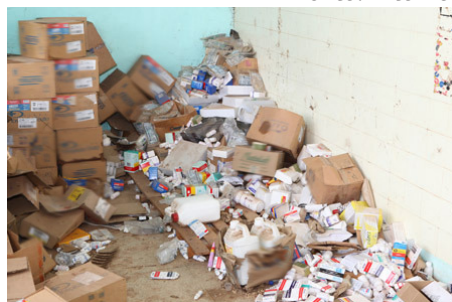
Após garantir que o medicamento comprado atenda às exigências sanitárias, não podemos esquecer que ele é um produto industrializado bastante sensível a inúmeros fatores que podem alterar sua composição, tais como a temperatura, umidade do ar, luz solar e impactos.

Neste sentido, a forma com que os medicamentos são transportados e armazenados desde o momento que saem da indústria devem seguir rigorosos parâmetros para evitar que haja a degradação do produto antes que ele seja utilizado pelo paciente.

Locais com temperaturas inferiores a 15°C e superiores a 30°C, sem ventilação adequada, em contato com o piso e/ou paredes, com exposição direta da luz do sol e sem permitir que as caixas sejam empilhadas da forma correta são fatais para a qualidade dos medicamentos.

E EM SEU MUNICÍPIO, COMO SÃO ARMAZENADOS OS MEDICAMENTOS?

Fonte: Internet



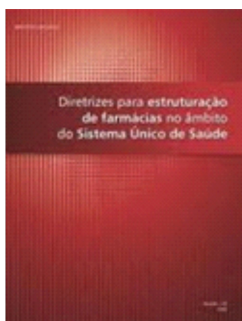
É preciso garantir que os locais onde os medicamentos são armazenados, seja na unidade de saúde, na farmácia do município ou em seu almoxarifado central, possuam:

- Espaço e equipamentos suficientes;
- Isolamento de fontes de calor ou luz solar;
- Termômetro e higrômetro para registro da temperatura e umidade;
- Sistema de controle de temperatura (ar-condicionado);
- Materiais e equipamentos para armazenamento e transporte seguro de caixas;
- E outros requisitos.

ATENÇÃO!

Tão importante quanto adquirir é prezar pela qualidade dos produtos! Sem proporcionar as condições mínimas, por melhor e mais renomado que seja o fabricante, corremos o risco de transformar os medicamentos em pílulas de farinha, sem efeito algum.

Para ajudar na estruturação de farmácias e unidades farmacêuticas, além de toda a legislação sanitária correlata, o Ministério da Saúde publicou as *Diretrizes para Estruturação de Farmácias no Âmbito do SUS*. Foram instituídos também programas de estruturação que visam o financiamento de pequenas reformas e o custeio da Assistência Farmacêutica, como o Farmácia do Paraná, do governo do Estado, e o QUALIFAR-SUS, do Ministério da Saúde.



www.saude.pr.gov.br

www.saude.gov.br/qualifarsus

ADESÃO AO TRATAMENTO

A adesão ao tratamento é outra parte importante deste quebra-cabeça. Definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o grau em que o comportamento do paciente corresponde às orientações prestadas pelo profissional de saúde.

Segundo a OMS, muitos elementos influenciam a adesão ou a não adesão ao tratamento, como o número de medicamentos utilizados, capacidade do paciente em compreender as orientações, gravidade da doença, reações adversas e qualidade do sistema e do atendimento prestado pela equipe de saúde.

FIQUE ATENTO!

A AF não se restringe apenas a garantia do direito do usuário aos medicamentos de que necessita. Há também os deveres do cidadão no sentido de utilizar corretamente os medicamentos prescritos, de forma a garantir o sucesso da terapia e um bom emprego do recurso público. algum.

A dispensação é um momento crucial neste processo, pois é quando a orientação da forma que o medicamento deve ser utilizado é prestada corretamente pelo farmacêutico de forma a impedir ou diminuir as chances de não adesão. Outra estratégia fundamental é o monitoramento do paciente realizado pela equipe de saúde da família, em especial pelos agentes comunitários de saúde e farmacêuticos do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).



TROCANDO EM MIÚDOS:

Além de ter o medicamento disponível é preciso garantir que ele seja prescrito, armazenado, dispensado e utilizado corretamente. Sem que isto seja feito há um grande o risco do usuário não ter resultados satisfatórios com o uso do medicamento.



COMO O PROFISSIONAL
FARMACÊUTICO PODE CONTRIBUIR
PARA A MELHORIA DA SAÚDE DA
POPULAÇÃO?

Já falamos que para o medicamento chegar ao usuário final e para que ele seja utilizado da maneira correta são realizadas uma série de ações divididas em etapas que compõem o *Ciclo da Assistência Farmacêutica*. Além disto, reforçamos que não basta apenas garantir a disponibilidade do produto para que tenhamos resultados concretos na melhoria da qualidade de vida da população.

O profissional farmacêutico não é o único responsável pelas ações do ciclo e tão pouco de presença obrigatória na execução em todas as etapas. Contudo, quando o mesmo está envolvido e comprometido com sua atuação é observada uma melhora significativa na gestão, orientação dos pacientes e monitoramento de resultados.

Alguns autores e o próprio Ministério da Saúde dividem a atuação do farmacêutico em serviços de duas naturezas distintas, mas igualmente importantes para o SUS. São elas:

Técnico-gerenciais

Resolução CFF nº 578/2013

Objetivo: disponibilizar os melhores medicamentos em tempo oportuno para a comunidade

- Participar da formulação, planejamento, execução e avaliação das políticas farmacêuticas, instâncias deliberativas e instrumentos de gestão da esfera de governo de sua atuação;
- Participar do processo de seleção de medicamentos;
- Elaborar a programação dos medicamentos;
- Participar do processo de aquisição de medicamentos, especialmente no assessoramento para elaboração do edital de licitação;
- Acompanhar e promover a estruturação dos serviços farmacêuticos com vistas ao cumprimento da legislação sanitária vigente;
- Participar e estimular processos de educação permanente em saúde e qualificação profissional;
- Desenvolver ações para a promoção do uso racional de medicamentos;
- Participar das ações relacionadas à gestão de Resíduos em saúde.

Objetivo: garantir que o uso dos medicamentos ofertados seja realizado de forma racional e leve ao aumento dos níveis de saúde do usuário, família e comunidade.

- Estabelecer e conduzir uma relação de cuidado centrada no paciente;
- Desenvolver, em colaboração com os demais membros da equipe de saúde, ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a prevenção de doenças e de outros problemas de saúde;
- Participar do planejamento e da avaliação da farmacoterapia;
- Realizar e supervisionar a dispensação de medicamentos;
- Analisar a prescrição de medicamentos quanto aos aspectos legais e técnicos;
- Realizar intervenções farmacêuticas e emitir parecer farmacêutico a outros membros da equipe de saúde;
- Realizar o seguimento farmacoterapêutico dos pacientes, monitorando os efeitos dos medicamentos, implementando medidas assistenciais e educacionais para garantia da efetividade e segurança do tratamento;
- Realizar, no âmbito de sua competência profissional, administração de medicamentos ao paciente;
- Prescrever medicamentos, conforme legislação específica, no âmbito de sua competência profissional;
- Realizar ações de rastreamento em saúde, baseadas em evidências técnico-científicas e em consonância com as políticas de saúde vigentes.

Para que estas ações sejam desenvolvidas satisfatoriamente é necessário garantir a suficiência e competência técnica dos profissionais inseridos nos serviços públicos de saúde.

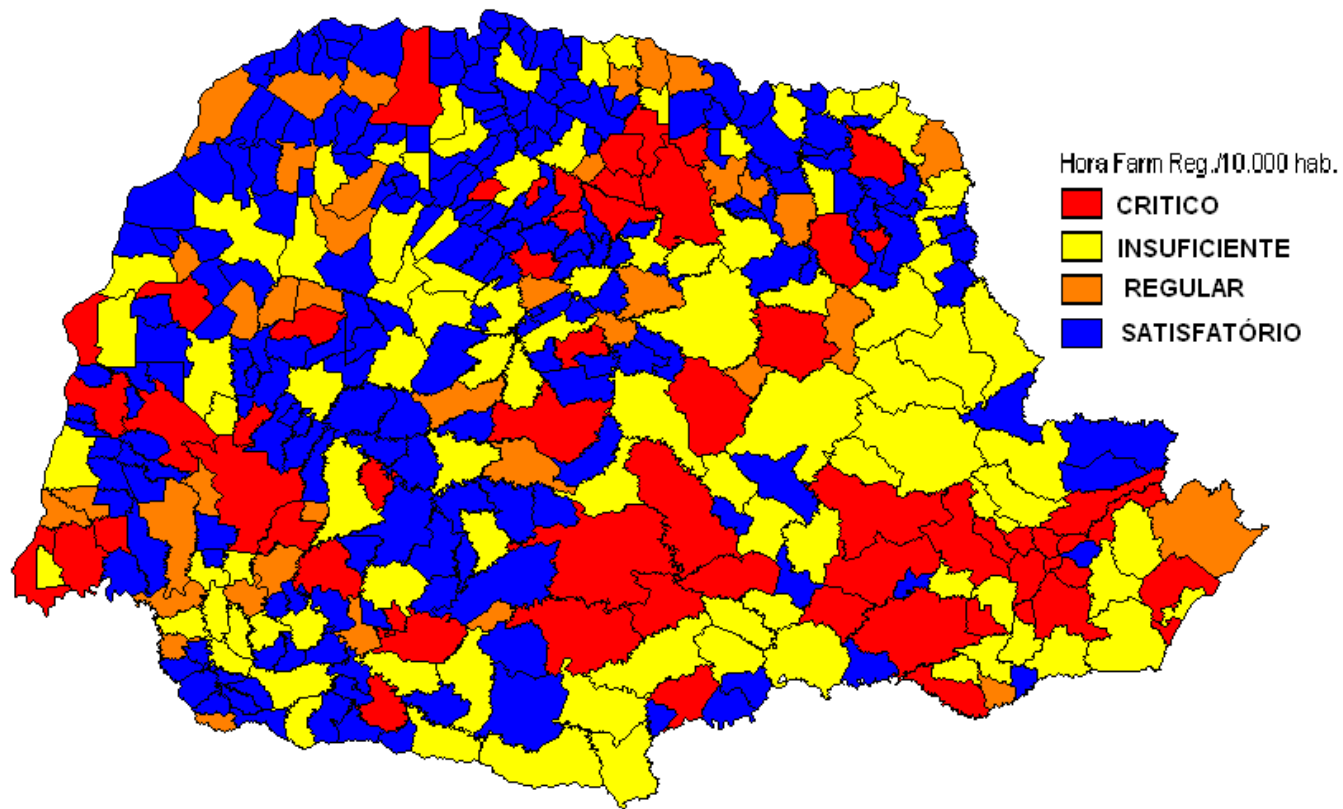
A legislação federal prevê a obrigatoriedade do profissional farmacêutico em tempo integral nas farmácias e distribuidoras de medicamentos. Não podemos, contudo, esperar que apenas um único profissional em municípios de pequeno porte ou uma quantidade reduzida nos de médio e grande porte sejam capazes de desempenhar em sua plenitude as atribuições técnico-gerenciais e técnico-assistenciais.

Em levantamento realizado pelo Conselho Regional de Farmácia do Paraná (CRF-PR) em agosto de 2014 constatou-se que apesar dos avanços na inserção do profissional farmacêutico nos serviços de saúde observados nos últimos anos, persiste uma realidade de insuficiência de profissionais especialmente nos municípios de maior porte. Isto acarreta em prejuízos à qualidade dos serviços ofertados.

No levantamento foi considerada uma situação satisfatória quando a soma da carga horária de todos os farmacêuticos inscritos no CRF-PR foi superior à 8 h para cada 10mil habitantes. Nesta condição o número de profissionais é suficiente para o pleno desempenho das funções técnico-gerenciais e para algumas atividades técnico-assistenciais.

A partir desta referência, considerou-se uma situação regular quando há a disponibilidade de 6 a 8 horas/10mil habitantes, insuficiente de 3 a 6 horas/10mil habitantes e crítica menor a 3 horas/10mil habitantes, sendo que nestas há progressivo comprometimento nas atividades realizadas e, conseqüentemente, nos resultados terapêuticos observados.

Figura 2. Municípios do Estado do Paraná segundo a proporção da carga horária total de trabalho dos farmacêuticos inscritos no CRF-PR pela população municipal. Fonte: CRF-PR



Porte Município Situação AF	FAIXA A até 5.000	FAIXA B 5.001 a 10.000	FAIXA C 10.001 a 20.000	FAIXA D 20.001 a 20.000	FAIXA E 50.001 a 100.000	FAIXA F Acima 100.000	GERAL ESTADO
CRÍTICA (< 3 HF/10 mil hab.)	1	2	7	21	10	17	58
INSUFICIENTE (3 a < 6 HF/10 mil hab.)	0	7	54	27	5	3	96
REGULAR (6 a < de 8 HF/10 mil hab.)	0	11	27	2			40
SATISFATÓRIA (> 8 HF/10 mil hab.)	93	86	19	7			205
nº Municípios	94	106	107	57	15	20	399

Dados de agosto de 2014. Fonte CRF-PR

Com a escassez de profissionais, as ações de cuidado ao paciente acabam sendo deixadas de lado em função da necessidade de garantir o abastecimento dos medicamentos.

Um exemplo de prática que poderia ser melhor desenvolvida com a inserção de mais profissionais na rede é o acompanhamento farmacoterapêutico, também conhecido como Atenção Farmacêutica.

Atenção Farmacêutica é a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde. **(RES CNS nº 338/2004)**.

A inserção desse profissional com adequada qualificação técnica nas práticas gerenciais e assistenciais precisa ser vista como um investimento que trará benefícios diretos para a gestão da assistência farmacêutica, evitando o desabastecimento, as perdas e a otimizando recursos.

Mais do que isso, pode garantir a qualidade no uso do medicamento, com redução da não adesão ao tratamento, garantia da efetividade e segurança dos tratamentos propostos, redução do número de complicações e elevação dos padrões de saúde dos indivíduos, família e comunidade.

Prescrição Farmacêutica:

Outras atividades que podem auxiliar os usuários e os gestores de saúde são:

- A prescrição farmacêutica, onde em que o farmacêutico prescreve medicamentos isentos de prescrição médica para os transtornos menores; e
- A prescrição farmacêutica de seguimento, onde um farmacêutico legalmente habilitado realiza o acompanhamento do tratamento do paciente, podendo realizar novas prescrições de medicamentos de uso crônico em conformidade com protocolos adotados pela instituição.

Em ambos os casos há necessidade de um profissional farmacêutico qualificado, com capacitação específica e um número adequado de profissionais para não comprometer as atividades técnico-gerenciais e técnico-assistenciais.



TROCANDO EM MIÚDOS:

A presença do profissional farmacêutico é mais do que apenas um gasto em saúde. É um investimento que auxilia a escolha, aquisição, armazenamento e dispensação ao usuários dos medicamentos. Isto melhora a gestão, reduz custos e, o mais importante, melhora significativamente a saúde da população.



COMO O CONTROLE SOCIAL PODE AUXILIAR NA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA?

Como você pode notar até aqui, a AF é uma área estratégica do SUS, de elevada complexidade e certo desconhecimento de seu funcionamento por parte dos gestores e cidadãos. As dificuldades que relatamos retratam um quadro onde por diversas razões há o gasto de um importante volume de recursos sem que isto se converta em resultados concretos para a população.

É sobre esta realidade que os Conselhos de Saúde e seus Conselheiros devem se debruçar para auxiliar na estruturação e fiscalização das ações realizadas.

Para começo de conversa, precisamos nos certificar de que a AF esteja presente nos instrumentos de gestão do SUS. Quando a Lei nº 8.080/1990 postula que “*Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde*” e a Resolução CNS nº 338/2004 aponta que “*Política Nacional de Assistência Farmacêutica é parte integrante da Política Nacional de Saúde*”, não podemos, portanto, conceber o planejamento da saúde sem contemplar a AF.

Mais do que uma recomendação, as portarias que regulamentam os componentes da AF apontam a obrigatoriedade dos instrumentos contemplarem esta área, sob pena de bloqueio no repasse dos recursos.



Durante a análise e a aprovação dos instrumentos de gestão pelo seu Conselho de Saúde, você se atentou se a AF está contemplada tanto na previsão de compra de medicamentos, quanto na estruturação dos serviços?

A portaria GM/MS nº 2.135/2013 é atualmente o marco legal para elaboração, conteúdo e objetivos de cada instrumento de gestão do SUS, a saber: o Plano Municipal de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão. Além destes, temos ainda os instrumentos da gestão pública que também precisam contemplar a AF, no caso o Plano Plurianual, Leis Orçamentárias e Relatórios de Execução e Gestão Fiscal.

Veja o quadro para relembrar os conceitos de cada um destes instrumentos segundo a Portaria GM/MS nº 2.135/2013:

PLANO DE SAÚDE
Instrumento central de planejamento para definição e implementação de todas as iniciativas no âmbito da saúde de cada esfera da gestão do SUS para o período de quatro anos, explicita os compromissos do governo para o setor saúde e reflete, a partir da análise situacional, as necessidades de saúde da população e as peculiaridades próprias de cada esfera.
PROGRAMAÇÃO ANUAL DE SAÚDE (PAS)
É o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde e tem por objetivo anualizar as metas do Plano de Saúde e prever a alocação dos recursos orçamentários a serem executados.
RELATÓRIO DE GESTÃO (RAG)
É o instrumento de gestão com elaboração anual que permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

Entendendo que as ações desenvolvidas no campo da AF não devem se pautar apenas na aquisição e distribuição de medicamentos, é fundamental a elaboração de planos, programas e atividades específicas que estabeleçam vínculos entre a AF, os serviços de saúde e os usuários e que promovam o seu uso racional.

Nesse contexto, a AF deve estar inserida dentro do planejamento como uma ação de saúde de forma a contemplar toda sua complexidade e importância. Trocando em miúdos, os instrumentos de gestão, cada qual com seus objetivos, devem contemplar minimamente:

- Os recursos e detalhes para a aquisição de medicamentos pelo município;
- As medidas que serão adotadas para garantir a estrutura mínima para armazenamento, distribuição, controle e dispensação humanizada dos medicamentos;
- As ações exclusivas da AF ou realizadas em parceria com outras áreas do SUS para promoção do Uso Racional de Medicamentos e a obtenção dos melhores resultados terapêuticos.

Para saber mais, você pode obter um documento de orientação sobre a Assistência Farmacêutica nos instrumentos de gestão do SUS em:
<http://insumos17rs.blogspot.com.br/p/farmacia-do-parana.html>

Além desta previsão, para o bom funcionamento da AF o gestor precisa definir claramente em sua estrutura organizacional quem é o responsável pela área, a qual poderá ser formalizada através de uma coordenação/gerência, ou similar. Essa estrutura deve estar inserida no organograma e é preciso viabilizar também a estrutura física, de recursos humanos e tecnológicos necessários.

Todos estes pontos devem estar previstos nos instrumentos de gestão e estão sujeitos ao monitoramento do respectivo conselho de saúde.

Outra contribuição do controle social é a definição dos critérios e forma de acesso da população aos medicamentos. Isso corresponde à definição pelo gestor e à pactuação no Conselho de Saúde da:

- Relação de Medicamentos que serão ofertados para os usuários;
- Definição dos critérios para dispensação de medicamentos conforme previsto no Decreto nº 7.508/2011, especialmente sobre o atendimento de receitas provenientes de serviços de saúde particulares;
 - Medidas que norteiem a prescrição, dispensação e utilização de medicamentos, como Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, materiais e campanhas educativas entre outras ações;
 - Adoção de um painel de indicadores para avaliar a qualidade do acesso, do uso de medicamentos e dos resultados terapêuticos no município;
 - Definição dos locais onde serão ofertados medicamentos à população e quais os medicamentos disponíveis em cada ponto de atenção.

Sobre o item que trata dos locais de oferta e de quais medicamentos estarão disponíveis em cada lugar, o município e/ou estado precisarão definir a estrutura assistencial da AF que dará suporte às demais ações e serviços de saúde.

Essencialmente essa discussão perpassa a definição da centralização ou a descentralização dos medicamentos nos pontos de atenção. Existem vantagens e desvantagens para cada critério:

MODELO	VANTAGENS	DESVANTAGENS
Centralizado	Menor necessidade de estrutura física e funcionários; Maior controle do estoque e dispensação.	Deslocamento maior da população; Indisponibilidade imediata de medicamentos; Menor integração da farmácia com as equipes de saúde.
Descentralizado	Evita o deslocamento dos usuários; Possibilita maior integração da farmácia com as equipes de saúde; Disponibilidade imediata dos medicamentos.	Dificuldade no controle de estoque e dispensação; Maior necessidade de funcionários e estrutura física.

Na prática a definição dos locais onde cada medicamento estará disponível deve levar em consideração inúmeros elementos, como barreiras geográficas, disponibilidade de estrutura, capacidade de controle gerencial, entre outras coisas.

É comum os municípios centralizarem a dispensação de alguns itens que requerem maior controle e descentralizarem itens básicos e de uso corriqueiro, sendo que compete ao gestor municipal, auxiliado pelo conselho de saúde, a definição de qual modelo melhor se adequa às características regionais.

A garantia do acesso aos medicamentos tem sido foco frequente de tensões entre os gestores e usuários do SUS. O acesso a medicamentos é a questão central da assistência farmacêutica a ser executada pelo SUS, contudo é preciso que se discuta e se defina que tipo de acesso, ILIMITADO? Mesmo que envolva medicamentos experimentais? Sem registro no Brasil? Sem comprovação científica de eficiência e eficácia? Ou a garantia de um acesso que forneça aos usuários medicamentos de qualidade e eficácia comprovada?

Estas e outras questões devem ser discutidas nas reuniões do Conselho de Saúde, para decidir a melhor maneira de relacionamento entre os técnicos e os usuários do SUS.

O conselheiro de saúde precisa se apropriar cada vez mais das discussões, pois ao mesmo tempo em que o medicamento é um importante insumo para a saúde da população, pode representar um fator de risco quando utilizado de maneira inadequada.

Não se trata, portanto, de promover o acesso a qualquer medicamento ou de qualquer forma, mas adequar as necessidades de saúde da população à disponibilidade de recursos e ao uso racional do medicamentos.



TROCANDO EM MIÚDOS:

Os conselhos e conselheiros de saúde são parceiros muito importantes para garantir que os instrumentos de gestão do SUS contemplem a Assistência Farmacêutica, além de definirem os medicamentos que serão oferecidos e os critérios de acesso aos mesmos.



COMO O CONSELHEIRO DE SAÚDE PODE FISCALIZAR A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA?

A fiscalização da AF, assim como as outras áreas do SUS, é uma das responsabilidades fundamentais do controle social. Ela baseia-se especialmente na Lei Complementar nº 141/2012 e em portarias específicas da área. **Apenas com a adequada fiscalização as ações da AF poderão atingir seus objetivos!**

Com base nesses documentos recomendamos que o conselheiro dedique especial atenção à fiscalização dos seguintes tópicos e respectivos itens:

1. Garantir que a elaboração e a execução dos instrumentos de gestão do SUS e da Administração Pública contemplem a AF, em especial:

- A previsão dos critérios para acesso, recursos e detalhes para aquisição dos medicamentos;
- O provimento da estrutura sanitária recomendada para o armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos;
- Ações para promoção do URM.

2. Garantir a aplicação dos Recursos Mínimos para aquisição de medicamentos pelo Governo Federal, Estadual e Municipal em medicamentos da RENAME:

- A portaria GM/MS nº 1555/2013 prevê que *“o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação da aplicação dos recursos financeiros transferidos entre os Fundos de Saúde, bem como os montantes aplicados pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios dar-se-ão por meio do RAG”*;
- Para isso o Relatório Anual de Gestão deve apresentar a lista de medicamentos adquiridos ao longo do ano, especificando individualmente os quantitativos e valores gastos;

- Pode-se ainda monitorar os valores pagos por cada unidade de medicamento comparando-os a dados e informações sobre preços de medicamentos adquiridos por instituições de saúde em diferentes regiões do Brasil, disponíveis no endereço eletrônico do Banco de Preços do SUS.

3. Monitorar o ciclo de gestão em cada uma de suas etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação dos medicamentos e acompanhamento de seu uso. Isso pode ser feito ao:

- Realizar periodicamente visitas aos locais de armazenamento e dispensação de medicamentos atentando-se para as exigências e recomendações da legislação sanitária e diretrizes do Ministério da Saúde;
- Viabilizar a aplicação de recursos na estruturação dos serviços advindos de programas especiais, dos recursos do tesouro e/ou de uma parte dos repasses estadual e municipal da Portaria GM/MS nº 1.555/2013;
- Monitorar a falta de medicamentos, justificativas e propostas para solução dos problemas;
- Verificar periodicamente ou quando necessário, dados de entradas, controle de estoque, saídas, consumo e outros parâmetros do uso de medicamentos;
- Garantir a adoção de um sistema informatizado para gestão da AF;

4. Acompanhar a formulação, adesão e execução de programas federais e estaduais de incentivo, a exemplo do Programa Farmácia do Paraná e do QUALIFAR-SUS:

- Quando o município for contemplado por programas de incentivo à estrutura-

ção da AF, compete ao Conselho de Saúde o acompanhamento e monitoramento do uso dos recursos em conformidade com as normativas específicas de cada programa e necessidades dos estabelecimentos.

5. Requerer a presença do profissional farmacêutico na gerência do ciclo e na direção técnica de farmácias e Centrais de Abastecimento Farmacêutico.

Como você pode notar, a Assistência Farmacêutica é uma área estratégica do sistema e bastante complexa. Os problemas enfrentados são muitos e vários fogem a governabilidade dos profissionais envolvidos.

Por esta e outras razões o Controle Social é um ator chave na melhoria e qualificação do acesso aos medicamentos no SUS. É preciso, portanto, levar estas discussões para a pautas das reuniões dos conselhos e para propostas das conferências.

Esperamos que esta cartilha tenha ajudado a compreender melhor as características da AF e que motive um olhar especial sobre esta área, pois na medida em que as coisas permanecerem como estão, continuaremos a observar a falta de efetividade dos serviços, o desperdício de recursos públicos e, principalmente, o adoecimento e complicações de muitos usuários.

Nos despedimos com uma frase do famoso cientista Albert Einstein: “Insanidade é continuar fazendo sempre a mesma coisa e esperar resultados diferentes”.

Contamos com você para fazermos diferente!
Comissão de Assistência Farmacêutica no Serviço Público
Conselho Regional de Farmácia do Paraná

REFERÊNCIAS

BARRETO, LM et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. Lancet, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor3.pdf>>. Acesso em 15 jan. 15.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em 15 jan. 15.

_____. Decreto Federal 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm>. Acesso em 15 jan. 15.

_____. Lei Federal nº 12.401 de 28 de abril de 2011. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm>. Acesso em 15 jan. 15.

_____. Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1990/leis_8080.htm>.

gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em 15 jan. 15.

_____. Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em 15 jan. 15.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338/CNS/MS, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em 15 jan. 15.

_____. _____. FIOCRUZ. Manual Básico do Programa Farmácia Popular do Brasil - Rede Própria. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/23/manual-basico-fp1170511.pdf>>. Acesso em 15 jan. 15.

_____. _____. Portaria GM/MS n.º 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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007.html>. Acesso em 15 jan. 15.

_____. _____. Portaria n.º 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html>. Acesso em 15 jan. 15.

_____. _____. Portaria n.º 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>. Acesso em 15 jan. 15.

_____. _____. Portaria n.º. 2135, de 25 de setembro de 2013. Estabelece diretrizes para o processo de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2135_25_09_2013.html>. Acesso em 15 jan. 15.

_____. _____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência farmacêutica na atenção básica SUS: instruções técnicas para sua organização. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 98p.

_____. _____. _____. _____. Relação Nacional de Medicamentos Essências - RENAME. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. _____. _____. _____. Formulário Terapêutico Nacional 2010/RENAME 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. _____. _____. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.44 p.

_____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf>. Acesso em 15 jan. 15.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução nº. 578, de 26 de julho de 2013. Regulamenta as atribuições técnico-gerenciais do farmacêutico na gestão da assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/578.pdf>>. Acesso em 15 jan. 15.

_____. Resolução nº. 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>>. Acesso em 15 jan. 15. BRASIL. Lei complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm> Acesso em 15 jan. 15.

CORRER, C J; OTUKI, M F (Org). A prática farmacêutica na Farmácia Comunitária. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CORRER, C J; OTUKI, M F; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Rev Pan-Amaz Saude, Ananindeua, v. 2, n. 3, 41-49, set 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S2176-62232011000300006&script=sci_arttext>. Acesso em 15 jan. 15.


GALATO, D et al . A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia. Rev. Bras. Cienc. Farm., São Paulo , v. 44, n. 3, set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322008000300017>. Acesso em 15 jan. 15.

MARIN, N (Org.) et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 336 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Guia para a Boa Prescrição Médica. Porto Alegre: Artmed, 1998.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Uso Racional de Medicamentos. Rio de Janeiro, snt. 15 p.

PETRIS, A J. Acesso a medicamentos para tratamento de fatores de risco cardiovascular. Londrina, 2014. 167f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina. Disponível em: <<http://www.uel.br/pos/saudecoletiva/portal/pages/arquivos/TESE%20Airton%20Jos%C3%A9%20Petris%20VERS%C3%83O%20FINAL.pdf>>. Acesso em 15 jan. 15.



A Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde possui um caráter transversal, permeando o sistema desde a atenção primária até o atendimento de maior complexidade e custo.

Contempla, além de medicamentos, a promoção da saúde e atividades preventivas, a exemplo dos programas educativos para grupos de pacientes e os de imunização, em que são ofertados soros e vacinas à população.