

**GESTÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
ACESSO E DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS  
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

## Série Políticas e Práticas Sociais, 15

### Títulos em catálogo

Práticas do Serviço Social: espaços tradicionais e emergentes, organizado por *Jacqueline Oliveira Silva*.

Assessoria: inovações e avanços da prática do serviço social, de *Marylin Jos & Sílvia do Valle Pereira*.

Ética e Cidadania: olhares da filosofia latino-americana, organizado por *Cecília Pires Pinto*.

Moral Moderna: a alteridade antropológica na filosofia cartesiana, de *Jesus Eurico Niranda Regina*.

Cidadania: considerações e possibilidades, de *Rita Inês Hofer Bonamigo*.

América Latina: Crescimento no Comércio Mundial e Exclusão Social, organizado por *Carlos Nelson dos Reis*.

Onde está o dinheiro – Pistas para a Construção do Movimento Monetário Mosaico, organizado por *Henk van Arkel, Paulo Peixoto de Albuquerque, Camilo Ramada e Heloisa Primavera*.

Ainda além do medo: filosofia e antropologia do preconceito, de *Ricardo Timm de Souza*.

Novo Voluntariado Social: teoria e ação, organizado por *Jacqueline Oliveira Silva*.

Atores Sociais, Participação e Ambiente, organizado por *Jacqueline Oliveira Silva*.

Luta Ambiental e Cidadania, de *Caio Lustosa e Eva Benites*.

Gestão em Assistência Farmacêutica: regionalização e descentralização no Sistema Único de Saúde, organizado por *Maria Ceci Misoczky, Ronaldo Bordin e Paulo Mayorga*.

Gestão em Assistência Farmacêutica: avaliação dos pontos críticos, organizado por *Paulo Mayorga, Maria Ceci Misoczky e Ronaldo Bordin*.

Gestão em Assistência Farmacêutica: do acesso aos medicamentos à vigilância em saúde, organizado por *Ronaldo Bordin, Paulo Mayorga e Maria Ceci Misoczky*

## CONSELHO EDITORIAL DACASA EDITORA

Carmem Délia Sanches (Porto Rico)

Danu A. Platas Fabre (México)

Edward Dew (EUA)

Jacqueline Oliveira Silva

Jack W. Meek (EUA)

Marcos A Pedlowski

Paul Douglas Fisher

Paulo Eduardo Mayorga Borges

Roger dos Santos Rosa

Ronaldo Bordin

PAULO MAYORGA  
RONALDO BORDIN  
MARIA CECI MISOCZKY  
Organizadores

**GESTÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
ACESSO E DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS  
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DACASA EDITORA  
2009

Esta Publicação foi financiada pelo Ministério da Saúde através do Convênio MS/FAURGS/50/2006

---

**G393** Gestão em assistência farmacêutica – acesso e disponibilidade de medicamentos no sistema único de saúde / org. por Paulo Mayorga, Ronaldo Bordin e Maria Ceci Misoczky. – Porto Alegre: Dacasa Editora, 2009. 154 p.; 16 x 23 cm. – (Série Políticas e Práticas Sociais)

Inclui bibliografia.

ISBN 978858607274-5

I. Saúde Pública – gestão farmacêutica. 2. Sistema Único de Saúde (SUS) – gestão farmacêutica. 3. Medicamentos – gestão farmacêutica. I. Mayorga, Paulo, org. II. Bordin, Ronaldo, org. III. Misoczky, Maria Ceci, org..

CDU 35.07:615.014

---

CIP – Catalogação na fonte: Paula Pêgas de Lima CRB 10/1229

Projeto Gráfico, Capa e Diagramação  
Publicato Design Editorial  
[www.publicato.com.br](http://www.publicato.com.br)

© DO AUTOR

Direito de Publicação  
Dacasa Editora  
Caixa Postal 5057  
90041-970 | Porto Alegre | RS  
[www.dacasaeditora.com.br](http://www.dacasaeditora.com.br)  
[dacasa@logic.com.br](mailto:dacasa@logic.com.br)

DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS  
ESSENCIAIS NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

ANÁLISE DE PROGRAMAS E AÇÕES  
EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Luiz Antônio Marinho Pereira

Paulo Mayorga

## APRESENTAÇÃO

Este estudo analisa a contribuição de programas e ações em Assistência Farmacêutica em relação à disponibilidade de medicamentos essenciais no programa saúde da família, considerando a evolução da atenção básica no Brasil com a implantação do PACS/PSF.

Para a correta compreensão do estudo proposto, a estrutura adotada contempla uma parte introdutória, a qual define o cenário e o referencial teórico do trabalho conforme descrito a seguir.

Inicialmente, a caracterização do Programa Saúde da Família (PSF) é abordada a fim de demonstrar os seus marcos regulatórios em que se evidenciam as responsabilidades dos gestores, a constituição das equipes e o financiamento do programa.

A expansão do PSF é demonstrada pela evolução no número de equipes e a cobertura populacional correspondente na totalidade do país ou por regiões geográficas.

A viabilidade dessa expansão foi garantida por um financiamento compatível, o que pode ser verificado a partir da análise dos gastos com o programa ao longo dos anos e a sua comparação com outros gastos na atenção básica.

Após a definição do contexto do PSF na Atenção Primária à Saúde (APS), a abordagem enfoca os medicamentos essenciais nesse nível de atenção. Considerando a definição de medicamentos essenciais pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e a garantia de disponibilidade destes nas atribuições da APS, como um importante marco na saúde pública, são relatadas as ações do governo brasileiro nas últimas décadas nesse cenário, incluindo a formulação da Política Nacional de Medicamentos (PNM).

Em seguida, abordam-se os programas de saúde da atenção básica e suas interfaces com a PNM, principalmente quanto à oferta de medicamentos e custos para o Sistema Único de Saúde (SUS). Finalmente, destacamos que o referencial teórico considera ainda a disponibilidade de medicamentos como um indicador, entre tantos outros, do desempenho das ações de saúde na atenção básica.

Com a apropriação do conceito de disponibilidade de medicamentos essenciais, a discussão sobre os resultados obtidos neste estudo é feita a partir da "Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil" realizada pelo Ministério da Saúde (MS) no período de 2001/2002 (Brasil, 2004d). Essa avaliação investigou a presença de medicamentos essenciais nas equipes do PSF, permitindo uma classificação quanto ao seu desempenho no país e em suas regiões geográficas.

Nesse contexto, espera-se, como principal fruto deste estudo, estimular a análise e discussão sobre as competências estabelecidas aos gestores na PNM, a hierarquização

do SUS, a organização da Assistência Farmacêutica, o financiamento da PNM e, por fim, a necessidade de reorientação do modelo assistencial.

## INTRODUÇÃO

### A ESTRATÉGIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A adoção, no início da década de 1990, da estratégia de saúde da família, como complemento do esforço feito pela implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), veio apresentar uma resposta ao desafio de materializar os pressupostos constitucionais por meio da valorização da atenção básica (Campos, Cherchiglia e Aguiar, 2002).

A inserção do PSF de forma sistêmica nos serviços de saúde fortalece a atenção básica e coloca o Brasil em consonância com experiências internacionais em que existe evidência de que um sistema de saúde com forte base em atenção primária torna-se mais eficiente e equânime, mesmo em situações de grande iniquidade social (Souza, 2003).

Quando se evidencia a inversão do modelo de assistência à saúde, proposto pela NOB/96, torna-se necessário a edição de portarias ministeriais que regulamentem suas (verdadeiras) intenções. Concordando com Goulart (2001), vamos esculpindo o SUS a golpes de portaria. A construção do SUS tem requerido, ao longo desses anos, um esforço dos gestores de saúde na discussão e implementação de seus marcos regulatórios, no caso da experiência brasileira por edição de portarias ministeriais, que compatibilizem a descentralização das ações de saúde e o seu financiamento adequado. Diversas portarias têm contribuído para a expansão do PSF, algumas delas merecem maior detalhamento pelo caráter de institucionalização desse programa.

Apesar de publicada em novembro de 1996, a NOB/96 só começou a ser implementada, de fato, a partir de janeiro de 1998. Em fins de 1997, editou-se a Portaria GM n.º 1882/97 (Brasil, 1997) que estabeleceu o Piso da Atenção Básica –PAB – em que a remuneração das ações de saúde na atenção básica deixa de ser por pagamento de serviços prestados para transferências de recursos *per capita*, fundo a fundo, ou seja, diretamente dos cofres da união para os cofres de municípios e estados.

O PAB consiste em um montante de recursos financeiros destinados exclusivamente ao custeio de procedimentos e às ações da assistência básica de responsabilidade municipal.

O PAB apresenta duas partes, uma fixa e outra variável. A parte fixa corresponde ao mínimo de R\$ 10,00 per capita/ano para o conjunto de procedimentos da atenção básica, entre os quais se destacam: consultas médicas em especialidades básicas, atendimento odontológico básico, atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior, vacinação, assistência pré-natal, pequenas cirurgias, orientação nutricional e o pronto atendimento. A parte variável do PAB destina-se a incentivos para o desenvolvimento de ações no campo específico da atenção básica, as quais contemplam: ações básicas de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica e ambiental e a Assistência Farmacêutica

Básica, bem como o programa de agentes comunitários de saúde, a estratégia de saúde da família, o programa de combate às carências nutricionais, e outros que venham a ser agregados.

O incentivo para o PSF apresenta uma variação no valor financeiro repassado por equipe/ano, dependendo da cobertura do programa no município. Já o incentivo do PACS tem um valor estabelecido fixo por agente comunitário/ano. Ambos são pagos em parcelas mensais de 1/12 ao município. Além desses recursos, para cada nova equipe de saúde da família implantada é repassado ao município um valor financeiro fixo, destinado ao financiamento da adequação da unidade de saúde onde estará atuando essa nova equipe.

O PAB criou novas condições de financiamento para a atenção básica, diferenciando, no seu bojo, alguns programas de saúde e/ou ações de saúde como prioritários, constantes de sua parte variável. Tornou-se então necessário editar novas portarias que regulamentassem os programas de saúde e/ou ações de saúde dessa parte variável. A Portaria GM n.º 1886/97, que aprova as Normas e Diretrizes do PACS e PSF, foi editada no mesmo dia em que a portaria instituiu o PAB, sendo que em seu anexo II trata das competências do MS, estados e municípios para o Programa Saúde da Família.

É possível verificar a grande responsabilidade do município, como gestor, na execução do Programa Saúde da Família. Cabe ao gestor municipal identificar as áreas a serem cobertas pelo PSF, instituir as unidades de saúde da família com a determinação do número de equipes e definir a composição mínima de cada uma delas. Toda essa responsabilidade vai ao encontro do processo de municipalização, mesmo havendo certo paradoxo por se tratar de um programa verticalizado, ou seja, o MS determina as condições e os requisitos para o financiamento do programa. Alguns gestores questionam a estratégia do PSF, especialmente pela criação do vínculo entre financiamento da atenção básica e implantação do programa. Outro aspecto a ser destacado é o caráter substitutivo do programa com relação ao modelo tradicional da atenção básica que tem maior determinação nas definições de cobertura populacional e área de abrangência.

A responsabilidade dos gestores estaduais na implantação do PSF, à primeira vista, comporta-se de maneira cartorial. Entretanto, o que tem se verificado em vários estados é a incorporação da estratégia do PSF como prioridade na gestão da saúde por incentivos financeiros, materiais ou humanos.

As ações de promoção e prevenção de saúde são as principais bandeiras alardeadas em torno do PSF. Outro componente predominante é o vínculo direto entre a equipe de saúde da família e os usuários, facilitado pelo cadastramento proveniente da área de cobertura de cada equipe. A formação de generalista do profissional médico, sem a necessidade de especialização, assim como a ascendência da enfermagem, com a presença do enfermeiro de nível superior e dos auxiliares de enfermagem na equipe mínima do PSF, também merecem destaque.

Em 2000, a odontologia foi incorporada ao PSF com financiamento garantido pelo MS. A equipe mínima de saúde bucal constitui-se de um profissional de nível superior de



odontologia e dois auxiliares de cirurgião dentista. Atualmente, existem aproximadamente 4.000 equipes de saúde bucal no PSF. Os municípios que desenvolvem ações de saúde bucal também recebem um incentivo financeiro por equipe implantada. De acordo com a composição das equipes, o valor financeiro repassado varia. Além disso, o MS paga um incentivo adicional por equipe implantada para a aquisição de instrumentos e equipamentos. É importante ressaltar que outros profissionais podem compor a equipe do PSF, dependendo das necessidades e prioridades da gestão municipal.

Quanto ao financiamento de novos profissionais de saúde nas equipes de saúde da família, por parte do governo federal, depende do poder de convencimento dessas corporações e da demonstração aos dirigentes do MS de que as atividades desenvolvidas por esses profissionais contribuem significativamente para o conjunto das ações de saúde na atenção básica.

Em 2001, o MS edita a Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS/NOAS/01/2001<sup>2</sup> que estabelece diretrizes para a reorganização dos serviços, destacando a estratégia do PSF e sua consolidação como eixo estruturante da atenção à saúde. Apesar do processo contínuo de expansão do PSF na imensa maioria dos municípios brasileiros, os grandes centros urbanos que podem se estabelecer como polos ou sedes de módulos no processo de regionalização proposto pela NOAS ainda se mantinham com baixa cobertura pelo PSF.

O Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) foi lançado, em 2002, por iniciativa do MS e com apoio do Banco Mundial (BIRD) com investimentos de US\$ 550 milhões divididos em partes iguais pelo Banco Mundial e governo federal. O projeto consta de três componentes básicos: apoio à conversão do modelo assistencial, o desenvolvimento de Recursos Humanos e o monitoramento e avaliação. O período de implementação compreende os anos de 2002 a 2009, distribuídos em seus três componentes básicos já citados. O primeiro componente básico atenderá somente aos municípios com população superior a 100 mil habitantes, os outros dois componentes já são destinados a todos os municípios que têm ou que ainda implementarão o PSF. Verifica-se com o PROESF a preocupação do MS em urbanizar ou “metropolizar” a estratégia de saúde da família (Brasil, 2003).

O Programa Saúde da Família em 2004 fez 10 anos de existência, atingindo mais de 65 milhões de pessoas e contando com uma quantidade superior a 20 mil equipes (Brasil, 2004a). Ao longo desse período, observa-se que a cobertura do PSF vem se expandindo em todas as regiões brasileiras. Na Tabela 1, podemos verificar a cobertura do PSF, o número de equipes, bem como os habitantes assistidos, considerando as informações regionais e o consolidado nacional.

Na Tabela 1, observa-se também que a região nordeste, a qual representa 28% da população do país, apresentou o maior número de equipes (40,3%), correspondendo a 26,6 milhões de habitantes assistidos, o que representa a maior cobertura populacional por região (53,9%).

**Tabela 1:** Programa de Saúde da Família: número de equipes, população assistida e distribuição regional em junho de 2004

Regiões	População * habitantes	Equipes do PSF			
		% do total de habitantes	N.º	% do total de equipes	Habitantes *Assistidos
Norte	13,7	7,7	1.340	6,5	4,4
Nordeste	49,3	28	8.297	40,3	26,6
Centro-oeste	12,3	6,9	1.582	7,8	5,1
Sudeste	75,3	42,7	6.335	30,8	21,2
Sul	26,0	14,7	3.007	14,6	9,6
Total	176,6	100,0	20.561	100,0	66,9

Fonte: Ministério da Saúde/Departamento de Atenção Básica/SIAB / \*Dados em milhões de habitantes

A região sudeste que apresenta o maior percentual da população brasileira (42,7%) tem o segundo maior número de equipes (6.335) e também o segundo maior percentual por região (30,8%) de equipes do PSF, porém apresenta a menor cobertura populacional por região (28,2%). As demais regiões apresentam percentuais bem próximos tanto sobre a população total do país como para o total de equipes do PSF. Ao longo dos 10 anos de existência do PSF, vários fatos ocorreram que marcaram sua história, desde a publicação de documentos, portarias até grandes eventos como mostras e seminários. A Tabela 2 apresenta os momentos mais marcantes.

**Tabela 2:** Momentos relevantes na história do Programa Saúde da Família no Brasil

Final década de 1980	Início da experiência de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde (MS)
1991	Criação oficial do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo MS.
1994	Realização do estudo: "Avaliação Qualitativa do PACS". Criação do Programa Saúde da Família (PSF). Primeiro documento oficial "Programa Saúde da Família: dentro de casa". Criação de procedimentos vinculados ao PSF e ao PACS na Tabela do SAI/SUS.
1996	NOB 01/96 - Definição de novo modelo de financiamento para atenção básica à saúde com vistas à sustentabilidade financeira desse nível de atenção. Primeiro número do "Cadernos de Saúde da Família: construindo um novo modelo".

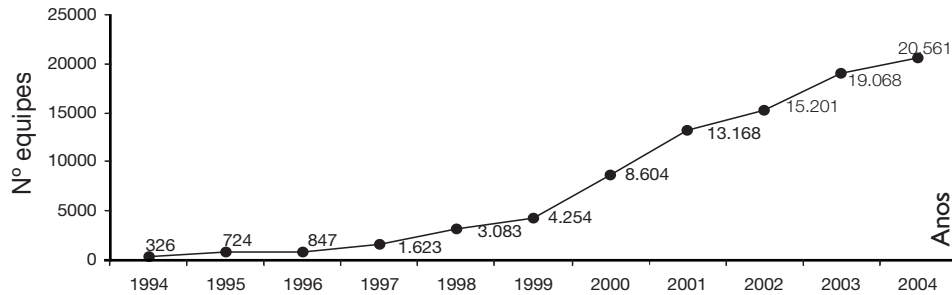
continua >

1997	<p>Reforsus - Implantação dos Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família.</p> <p>Segundo documento oficial “PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino.</p> <p>O PACS e PSF são incluídos na agenda de prioridades da política de saúde. Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB). Publicação da Portaria MS/GM n.º 1.886, com as normas de funcionamento do PSF e do PACS.</p>
1998	<p>O PSF passa a ser considerado estratégia estruturante da organização do sistema de saúde.</p> <p>Início da transferência dos incentivos financeiros ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde.</p> <p>Primeiro grande evento: “I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família”.</p> <p>Edição do “Manual para a Organização da Atenção Básica”, importante respaldo organizacional para o PSF. Definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual.</p>
1999	<p>Realização do 1º Pacto da Atenção Básica.</p> <p>Segundo grande evento: “I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família - construindo um novo modelo”.</p> <p>Lançamento do 1º número da “Revista Brasileira da Saúde da Família”.</p> <p>Realização do estudo “Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família”. Edição da Portaria n.º 1.329 que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional.</p>
2000	<p>Criação do Departamento de Atenção Básica para consolidar a Estratégica de Saúde da Família. Publicação dos Indicadores 1999 do Sistema de Informação da Atenção Básica.</p>
2001	<p>Edição da “Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/01”, ênfase na qualificação da atenção básica.</p> <p>Terceiro evento: “II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família (ESF).</p> <p>Apoio à disponibilização de medicamentos básicos para a Equipe de Saúde da Família (ESF).</p> <p>Incorporação das ações de saúde bucal no PSF. Primeira fase do estudo: “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.</p>
2002	<p>Quarto evento: “PSF - A saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros”.</p> <p>Segunda fase do estudo: “Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil”.</p>
2003	<p>Início da execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (Proesf).</p> <p>Publicação dos indicadores 2000, 2001 e 2002 do Sistema de Informação da Atenção Básica.</p>

Fonte: Ministério da Saúde/ Informe da Atenção Básica n.º 21 (Brasil,2004a)

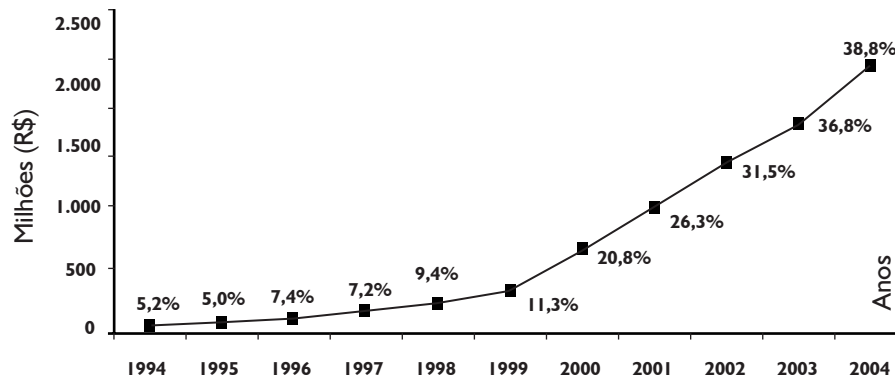
Nos primeiros quatro anos de sua implantação, de 1994 a 1997, o PSF assistia 3,51% da população brasileira, demonstrando que o nível de adesão dos gestores municipais era bastante limitado. No ano de 1998, o percentual praticamente dobrou, atingindo 6,57%. Esse crescimento parece estar relacionado com as novas administrações municipais que tomaram posse, o que pode significar a incorporação do PSF nas intenções de inovações das novas gestões e o reflexo das portarias que entraram em vigor. Outro fato importante nesse período foi a edição do Manual para a Organização da Atenção Básica (Brasil, 1998a). Segundo Souza (2003), ao final de 1999 a cobertura do PSF atingia 8,95% da população.

Entretanto, o crescimento mais expressivo ocorre a partir do ano de 2000 (Fig. 1), quando uma nova sistemática para o cálculo dos incentivos financeiros valoriza a cobertura populacional e reajusta os valores transferidos aos municípios. Isso certamente foi um indutor para a expansão do número de equipes nos anos subsequentes.



**Figura 1:** Evolução do número de equipes do PSF: 1994-.2004 (Jun.)

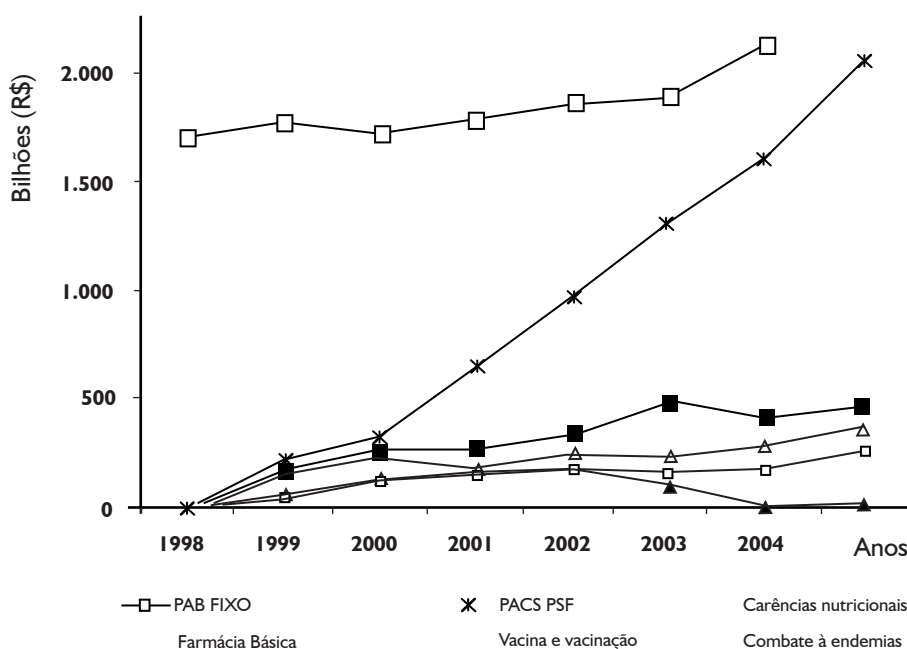
A evolução dos gastos do Ministério da Saúde, ao longo dos anos, confirma a priorização pela a atenção básica e, em especial, o PSF/PACS. A Figura 2 apresenta os gastos aplicados no PSF e PACS, desde 1994, e o percentual que esses valores representam de todo o montante destinado à atenção básica.



**Figura 2:** Evolução dos Recursos do MS (em milhões) aplicados no PACS/PSF e o percentual sobre os recursos da Atenção Básica

Verifica-se que de 1994 até 2004 o percentual sobre o total de recursos financeiros destinados à atenção básica, por esses dois programas, pulou de 5,2% para 38,8%, o que representa mais de sete vezes de aumento de participação no financiamento da atenção básica. Por sua vez, o aumento nominal em reais no período foi de 55,8 milhões de reais para 2,071 bilhões de reais, o que representa um aumento de receita superior a 3.700%.

Na Figura 3, verifica-se a evolução do orçamento federal com a atenção básica considerando seis dos seus principais gastos no período de 1998 a 2004. A evolução dos gastos com o PACS/PSF em relação aos outros é notável, principalmente a partir de 2000. O PACS/PSF atinge, em 2004, a cifra de 2,071 bilhões de reais, um valor bem próximo dos 2,137 bilhões de reais destinados ao PAB fixo.



**Figura 3:** Evolução dos gastos federais com Atenção Básica à Saúde

Na esteira do governo federal, também as Secretarias de Estado da Saúde (SES) têm incentivado a implantação do PSF nos últimos anos, uma vez que esse programa constitui a principal estratégia para o fortalecimento da atenção básica. Cerca de 10 secretarias estaduais de saúde, em estudo realizado pelo MS no ano de 2001, proporcionaram incentivos financeiros para a implantação do PSF, utilizando diferentes critérios de repasse. Além de recursos financeiros, outras formas de incentivo, como fornecimento de material didático, insumos/medicamentos, equipamentos e recursos humanos foram utilizados (Marques e Mendes, 2003).

Contudo, apesar do crescimento dos incentivos financeiros à atenção básica, com ênfase no PAB variável e dos recursos adicionais por parte dos estados, os municípios

ainda são os responsáveis por grande parte dos recursos despendidos nesse programa. Ainda segundo Marques e Mendes (2003), em um país onde os municípios são caracterizados por apresentarem alto nível de desigualdade de renda e de capacidade de geração de receitas próprias, os incentivos federais (principalmente) e os estaduais cumprem (e deverão continuar a cumprir) um papel fundamental na busca da equidade do gasto do PSF.

#### MEDICAMENTOS ESSENCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Depois da imunização contra as doenças comuns da infância, a utilização apropriada de medicamentos essenciais é um dos componentes de melhor relação custo-eficácia da atenção sanitária moderna, segundo a OMS (2002). A política de saúde implantada no Brasil, desde a Constituição de 1988, tem feito referência à questão dos medicamentos na organização do SUS. No Artigo 200, o texto constitucional cita como uma das competências do SUS "a participação na produção de medicamentos" (Brasil, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990) define que o conjunto das ações e serviços prestados pelas instituições públicas federais, estaduais e municipais, de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos e medicamentos faz parte do SUS. Ela determina também que está incluída no campo de atuação do SUS a execução de ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

A ABS, com todo o seu conjunto de ações e resultados esperados, mantém uma considerada dependência com o medicamento como insumo. Conforme a OMS (2000), os produtos farmacêuticos e os medicamentos são uma das principais ferramentas necessárias para melhorar e manter o nível de saúde. Logo, o PSF e diversos outros programas e ações de saúde estão comprometidos com o acesso da população aos medicamentos essenciais.

O conceito de medicamentos essenciais foi estabelecido pela resolução adotada pelos Estados Membros da Organização Mundial da Saúde – OMS – na Assembleia Mundial de Saúde realizada em 1975 (WHO, 1995). Os medicamentos essenciais foram assim definidos:

*“Medicamentos Essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades de saúde da maioria da população, devem estar disponíveis, a todos os momentos, em quantidades adequadas e em dosagens apropriadas.”*

A reformulação do conceito de medicamentos essenciais foi tornando-se cada vez mais necessária face à evolução e ao surgimento de novas doenças, como a AIDS, e do alto custo do tratamento terapêutico dessa e de outras doenças. Sendo assim, a OMS reformulou recentemente o conceito original agregando a questão relativa aos custos (WHO, 2002):

*“Medicamentos Essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades de saúde da maioria da população, devem estar disponíveis, a todos os momentos, em quantidades adequadas e em dosagens apropriadas, a um preço que os indivíduos e as comunidades possam arcar.”*

O Brasil se antecipou em alguns anos às discussões sobre medicamentos essenciais. Em 1973, o Decreto 72.552 estabeleceu as Políticas Básicas do Plano Diretor de Medicamentos, em que no Artigo 2º definia

*“estabelecimento e oficialização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, orientada em função dos problemas sanitários de maior vulto e dos grupos populacionais mais vulneráveis ou susceptíveis, consideradas as diferenças de desenvolvimento regional...” (Brasil, 1973).*

Em 1975, pela Portaria 223 do Ministério da Previdência e Assistência Social foi instituída a primeira Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Essa primeira relação contava com 305 substâncias farmacêuticas, as quais deveriam passar por permanente processo de revisão.

A OMS publicou, em 1977, a primeira lista-modelo, resultado de estudos de um comitê de especialistas sobre a seleção de medicamentos essenciais. Nessa primeira lista, foram selecionadas 208 substâncias para o tratamento efetivo da maioria das doenças prevalentes no mundo (WHO, 2000). A última (13ª) lista de medicamentos essenciais da OMS, do ano de 2003, apresenta mais de 300 drogas.

Na Conferência da OMS de Alma-Ata, no ano de 1978, a proposta de um novo modelo de saúde pautado na atenção primária considerava como um dos elementos fundamentais o “acesso a medicamentos essenciais”. Esse foi o reconhecimento da OMS para a vital importância dos medicamentos essenciais para a prevenção e o tratamento de doenças que afetavam milhões de pessoas em todo o mundo.

O reconhecimento pela OMS da essencialidade dos medicamentos e a evolução dos debates tornou necessária a criação de um programa especial sobre medicamentos essenciais, com toda infraestrutura técnico-administrativa própria. Como resultado, constituiu-se o Programa de Ação sobre Medicamentos Essenciais da OMS, o qual iniciou suas atividades em 1981 (WHO, 1992). Atualmente, mais de 160 países já têm listas de medicamentos essenciais, fato que comprova a importância desse programa implementado pela OMS.

A essencialidade surge em função do planejamento da ação sanitária, com o delineamento de programas de saúde de intervenção prioritária. Os medicamentos essenciais, nesse sentido, são selecionados para satisfazer as necessidades fundamentais de saúde de todos os segmentos da população. Por esse motivo, devem estar continuamente disponíveis, em quantidade, dosagens e formas farmacêuticas adequadas (Guerra Jr., 2002).

## POLÍTICAS DE MEDICAMENTOS NO PERÍODO CEME UM BREVE HISTÓRICO

A antecipação do Brasil à OMS na adoção de relação de medicamentos essenciais se deve à ação da Central de Medicamentos (CEME). A CEME foi instituída, em 1971, pelos governos militares sob a ótica do desenvolvimento e segurança nacional. Dentro desse princípio, funcionaria como órgão de deliberação coletiva, regulador da produção e distribuição de medicamentos dos laboratórios farmacêuticos estatais. Segundo Bermudez (1995), a CEME tinha como principais objetivos:

*“... A promoção e a organização das atividades de Assistência Farmacêutica aos estratos populacionais de reduzido poder aquisitivo, o incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico e o incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e de laboratórios-pilotos.”*

Durante toda a sua existência, competia à CEME a aquisição e distribuição dos medicamentos produzidos pelos laboratórios oficiais e privados (estes em caráter complementar) para estados e municípios atendendo a diversos programas de saúde.

Em 1987, a CEME colocou em prática o programa Farmácia Básica, o qual foi proposto para racionalizar o fornecimento de medicamentos para a atenção primária de saúde. Esse programa contava com um módulo-padrão de suprimento de medicamentos selecionados da Rename, destinados a atender às necessidades de três mil pessoas por um período de seis meses (CEME, 1987; Bermudez, 1995). Esses módulos atingiram o quantitativo de 60 medicamentos, considerados os de maior demanda na rede pública de saúde (Cosendey *et al.*, 2000).

O programa Farmácia Básica caiu em descrédito por ter em sua origem uma rigidez no seu módulo-padrão, que embora considerasse as diversidades regionais, era enviado nos quantitativos fixos pelo conjunto de três mil habitantes. O que ocorria, na maioria das vezes, era o excesso de alguns itens e falta de outros decorrentes dos quadros nosológicos diferenciados nas diversas regiões do país. Outro fator relevante foi a deficiência no planejamento de produção e na distribuição levando a entrega de medicamentos às unidades de saúde próxima do vencimento, aumentando ainda mais as perdas.

Com certeza, esses acontecimentos prejudicaram a imagem da CEME, porém a decadência ou talvez a perda do direcionamento da Central de Medicamentos se inicia com o governo Sarney passando pelo mandato do presidente Fernando Collor, época em que os projetos de autonomia, quanto à nacionalização e ao aumento da capacidade técnica de produção de medicamentos, bem como as ações da CEME de distribuição do programa Farmácia Básica, passam a ser gravemente comprometidos em virtude da reforma do estado implementada e com a abertura econômica irrestrita do país ao capital internacional (Lisboa *et al.* 2001). Nesse sentido, Pereira (1995) relatou:



*“... A CEME passou por uma fase de agitação e mudanças caóticas. Sua estrutura administrativa foi desmontada usando-se como pretexto a modernização, sem na verdade ter nada de concreto para colocar no lugar, denotando uma típica ação de sabotagem, que por sorte, veio à tona com os escândalos do governo Collor.”*

Durante o governo Itamar Franco, até a sua extinção em 1997, na segunda metade do primeiro mandato do governo Fernando Henrique Cardoso, a CEME continuou com as reduções orçamentárias e um sistema político-administrativo ineficiente, sempre sujeito a acomodações do jogo político partidário. Isso resultou numa série de escândalos de corrupção envolvendo seus dirigentes em diversos processos de aquisição de medicamentos. Sob pressão, restou ao governo federal sua extinção pelo Decreto n.º 2283 de 24/07/97, originando um processo de intervenção com a Secretaria Executiva do MS assumindo as responsabilidades pela aquisição e distribuição dos medicamentos.

Ainda no ano de 1997, o governo implementa o Programa Farmácia Básica – PFB – que consistia num elenco de medicamentos destinados à atenção básica para atender aos municípios de até 21.000 habitantes. Nesse período, a Secretaria de Políticas de Saúde do MS coordena um processo de elaboração de uma nova Política Nacional de Medicamentos, sendo o seu texto submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite, resultando na edição da Portaria Ministerial n.º 3916 de 30/10/98 (Brasil, 1998b).

#### POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E OS PROGRAMAS DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) foi concebida dentro dos princípios e diretrizes do SUS contribuindo para o processo de descentralização ao definir responsabilidades para os três gestores. A PNM tem como propósito:

*“garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”.* (Brasil, 1998b)

Para assegurar o alcance desse propósito, a PNM está balizada por um conjunto de oito diretrizes:

- Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais
- Regulamentação 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

Mesmo tendo até hoje uma política de medicamentos editada sob a forma de portaria e não por uma lei específica, aprovada pelo congresso nacional, o Brasil não está desprovido de regras claras e objetivas que permeiam esse tema tão importante. Pelo contrário, a Portaria n.º 3916/98 está bastante atual dentro das estratégias adotadas sobre medicamentos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000).

Recentemente, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou a Resolução n.º 338 de 06/05/2004 (Brasil, 2004c) que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Esta política traz, em seu cerne, um conjunto de princípios e eixos estratégicos que se assemelham bastante com as diretrizes estabelecidas pela PNM, acrescidas da prática de Atenção Farmacêutica e da expressão *serviços de Assistência Farmacêutica*. Importante ressaltar que não existe no SUS remuneração específica para os serviços de Assistência Farmacêutica.

Alguns estados brasileiros têm uma legislação específica sobre política de medicamentos. O estado de Minas Gerais, por exemplo, por meio da Lei n.º 14133 de 21/12/2001 (Minas Gerais, 2001), que estabelece a Política Estadual de Medicamentos, talvez tenha uma das legislações mais abrangentes e atualizadas nesse campo da saúde. Cabe aqui ressaltar o pioneirismo desse estado frente ao governo federal, por se tratar de uma política oriunda de seu Poder Legislativo.

Tratando especificamente da diretriz Reorientação da Assistência Farmacêutica da PNM, o MS editou a Portaria n.º 176/99 (Brasil, 1999), que estabelece critérios e requisitos para a qualificação de estados e municípios ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. Essa portaria faz parte do processo de regulamentação da PNM e foi editada após dois anos da criação do PAB, em que a sua parte variável já estava estabelecida para o Incentivo à Assistência Farmacêutica. Ressalta-se que o processo de reorientação da Assistência Farmacêutica já era parte integrante das *bases para um novo modelo de saúde* da NOB/96. (Brasil, 2001b)

Mas, a Assistência Farmacêutica surge no cenário da saúde do Brasil de forma conceitual, ainda não institucionalizada, no I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, realizado em Brasília no ano de 1988. Esse encontro originou a Carta de Brasília. Nessa carta a Assistência Farmacêutica é definida como:

*“Um conjunto de procedimentos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde, no nível individual ou coletivo, centrado no medicamento” e deveria considerar como atividades inerentes à sua organização a “pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição, dispensação, entendida esta como ato essencialmente de orientação quanto ao uso adequado, e farmacovigilância do medicamento” (Perini, 2003).*

De forma já institucionalizada, a Assistência Farmacêutica na Política Nacional de Medicamentos tem a seguinte definição:

*“Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos”. (Brasil, 1998b)*

O Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica inova na política de medicamentos do país, desde a era da CEME, por tratar-se de um recurso financeiro pactuado entre os três gestores. Sua composição é estabelecida por uma contribuição definidas pelas seguintes parcelas financeiras:

- Governo Federal De R\$1,00 a R\$1,50 por habitante/ano
- Governos Estaduais Mínimo de R\$0,50 por habitante/ano
- Governos Municipais Mínimo de R\$0,50 por habitante/ano

Os recursos financeiros do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica são destinados à aquisição dos medicamentos para a atenção básica. Existem no país quatro formas de pactuação desses recursos definidas pelas Comissões Intergestores Bipartite (CIBs), ou seja, cada estado e os seus municípios definem o elenco de medicamentos básicos que vão ofertar à sua população, os recursos financeiros envolvidos e quem vai adquirir e distribuir os medicamentos. Portanto, existem 27 listas de medicamentos no país, cada qual com um determinado número de medicamentos, tendo que conter os medicamentos constantes da Portaria SPS n.º 16/00. A Portaria SPS n.º 16/00 (Brasil, 2001c) estabelece o Elenco Mínimo e Obrigatório (EM) de medicamentos para Pactuação na Atenção Básica (Anexo I), de que trata a Portaria n.º 176/99. Essas 27 listas desdobram-se em mais de cinco mil listas quando se constata que cada município tem a autonomia para garantir uma complementaridade a esses elencos pactuados.

#### FORMAS DE PACTUAÇÃO PARA O INCENTIVO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA

##### **a) Totalmente centralizada no estado (TCE)**

Nessa forma de pactuação, os recursos financeiros dos níveis federal, estadual e municipal são depositados no fundo estadual de saúde, e o processo de aquisição de medicamentos é realizado pelo estado.

##### **b) Parcialmente centralizada no estado (PCE)**

Os recursos financeiros dos níveis federal e estadual são depositados no fundo estadual de saúde, cabendo ao estado a aquisição e distribuição aos municípios dos medicamentos pactuados, nos prazos previamente definidos e nos valores correspondentes a esses recursos. Caberá aos municípios a aquisição de medicamentos em valores equivalentes às suas respectivas contrapartidas.

**c) Totalmente Descentralizada no Município (TDM)**

Os recursos financeiros dos níveis federal, estadual e municipal são depositados no fundo municipal de saúde, e os medicamentos são adquiridos pelo município.

**d) Parcialmente Descentralizada no Município (PDM)**

Os recursos financeiros dos níveis federal e municipal são depositados no fundo municipal de saúde, e o estado faz a aquisição dos medicamentos pactuados, em valores equivalentes à sua contrapartida, os repassando aos municípios nos prazos previamente definidos.

Cabe ressaltar que, em um mesmo estado, pode haver mais de uma forma de pactuação, por exemplo: parcialmente centralizada no estado e parcialmente descentralizada no município.

O Ministério da Saúde ainda atua de forma centralizada, ou seja, adquire e distribui diversos medicamentos destinados para a atenção básica. Esses medicamentos estão incluídos em diversos programas de saúde que compõem a atenção básica. A Tabela 3 apresenta esses programas e as suas principais características.

**Tabela 3:** Principais programas de saúde com financiamento de medicamentos pelo Ministério da Saúde

Programa	Características
Programa Farmácia Mulher	Medicamentos que foram padronizados para o “Kit Básico e Complementar” (acrescentava-se no Kit Complementar, o dispositivo intrauterino) do Programa Nacional de Saúde da Mulher, o qual ofertou métodos anticoncepcionais aos usuários do SUS. O “Kit Básico” era enviado para localidades que haviam aderido ao Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), o complemento somente era enviado para municípios com população igual ou superior a 50.000 habitantes e, que também tinham aderido ao PHPN, além de terem unidades de saúde aptas a lidar com esse tipo de método contraceptivo (DIU).
Programa HiperDia (hipertensão e diabetes)	Medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos às Secretarias Municipais de Saúde. O Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, aprovado pela Portaria/GM n.º 16, de 03/01/2002, estabeleceu a necessidade de reorganização da assistência, prevenção, promoção à saúde, vinculação dos usuários à rede, implementação de programas de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes mellitus e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares.

continua >

Programa	Características
Programa Alimentação e Nutrição	Um dos pontos prioritários da questão alimentar e nutricional está relacionado às deficiências de micronutrientes, centralizadas no trinômio vitamina A/ferro/iodo. Segundo a Portaria GM/MS 710/1999, a deficiência de vitamina A constitui problema endêmico em grandes espaços das regiões norte, nordeste e sudeste.
Medicamentos para tratamento da Tuberculose (TB)	Medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de atender às demandas terapêuticas referentes a morbidades específicas, como doenças “órfãs” ou de endemias, ou surtos epidêmicos que exijam atuação do gestor federal do sistema. Apesar da existência de tratamento e meios de prevenção e controle, em muitos países a incidência de TB tem aumentado, sobretudo, em decorrência do fluxo migratório e do aparecimento da AIDS, fatores aos quais o Brasil está também submetido. O <i>Directly Observed Treatment Strategy (Dots)</i> , estratégia básica de controle da doença, definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e assumida pelo Brasil, compreende o compromisso político para a manutenção de um programa nacional permanente, incluindo, o diagnóstico laboratorial; o fornecimento de medicamentos; a administração supervisionada do uso da medicação; e o estabelecimento e manutenção de um monitoramento da detecção de casos e resultados dos tratamentos.
Medicamentos para tratamento da Hanseníase	De acordo com dados do MS, a hanseníase, embora seja endêmica em todos os estados e regiões do país, apresenta uma taxa de prevalência bastante variável, que oscila de 0,5 a 17 casos por 10 mil habitantes. A prevalência da doença, no período de 1985 a 2001, foi reduzida em mais de 80%, passando de 17 para quatro casos por 10 mil habitantes. Cerca de 80% dos casos concentram-se em aproximadamente 600 municípios brasileiros, onde habitam mais de 50% da população do país. A doença deverá, até 2005, ser eliminada como problema de saúde pública, ou seja, apresentar taxa de prevalência de menos de um doente a cada 10 mil habitantes.
Programa Farmácia Penitenciária	Para viabilizar uma atenção integral à saúde da população do Sistema Penitenciário Nacional, estimada em mais de 200 mil pessoas, distribuídas em todas as unidades federadas, foi desenvolvido o programa de Assistência Farmacêutica específico. Isso decorreu da estimativa de que, em decorrência de fatores de risco a que está exposta grande parte dessa população, ocorra um número significativo de casos de DST/AIDS, tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarreias infecciosas, além de outros problemas prevalentes na população adulta brasileira, tais como hipertensão arterial e diabetes mellitus, bem como a necessidade de ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças nos presídios. Nesse sentido, foi desenvolvido um “Kit de Medicamentos da Farmácia Penitenciária”.
Programa Diabetes	Medicamentos do Programa de prevenção e controle de doenças crônico-degenerativas – diabetes, insulinas NPH Humana e Suína adquiridos pelo MS e distribuídos aos municípios.

continua &gt;

<b>Programa</b>	<b>Características</b>
Produtos do Programa de “Medicamentos Essenciais” para a área de Saúde Mental	Medicamentos que são financiados pela União e pelos estados, adquiridos por estes ou municípios e distribuídos apenas nas unidades da rede pública de atenção ambulatorial de saúde mental.
Endemias Focais	Medicamentos financiados pelo MS para atender a diversas doenças prevalentes como: malária, esquistossomose, Doença de Chagas, leishmaniose, dentre outras.
Programa da AIDS	Medicamentos como antirretrovirais inibidores de protease, inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeo e inibidores de transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeo são adquiridos pelo MS e distribuídos aos municípios que têm o programa de AIDS implementado.

Fonte: Ministério da Saúde - Departamento de Economia da Saúde - Relatório Técnico “Gastos com Medicamentos Financiados pelo SUS em 2002” (Brasil, 2004b)

Cabe salientar que cada programa citado no quadro anterior tem uma coordenação e corpo técnico específico responsáveis pela elaboração de elencos de medicamentos, programação das necessidades e acompanhamento das distribuições. O MS não tem um comitê ou comissão única para a definição de todos os medicamentos ofertados pelos diversos programas. Desse modo, ocorre uma pulverização nas decisões gerando um modelo de Assistência Farmacêutica fragmentado, principalmente para a disponibilidade de medicamentos essenciais, pois ocorre tanto uma superposição de medicamentos que compõem os elencos como uma deficiência na complementaridade entre os diversos programas. Outro fator de destaque é que dessa forma o MS tem gastos vultuosos com toda a logística que envolve cada um desses programas.

Especificamente para o PSF, no ano de 2001, o MS criou o Programa Farmácia Popular ou Kit PSF, por meio das Portarias GM n.ºs 343/01 e 786/02 (Anexo II). Isso significa que somado a todos os medicamentos constantes nos elencos de todos os programas que atendem à atenção básica, as equipes do PSF dispõem para os seus usuários 33 medicamentos básicos e como se verá adiante, presentes, muitas vezes, nos elencos pactuados para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica.

Apesar de não constituir o foco deste trabalho, algumas informações financeiras podem complementar essa abordagem, ilustrando a dimensão econômica referente à situação dos medicamentos na atenção básica. Nesse sentido, observa-se que os gastos diretos com medicamentos efetuados pelo MS ultrapassaram a barreira de R\$ 1,7 bilhão de reais no ano de 2003. A Tabela 4 apresenta os gastos realizados pelo MS nos diversos programas de saúde sob sua gestão ou cogestão. Nessa tabela, constam os gastos totais

com todos os programas e somente para os programas que atendem à atenção básica. É importante salientar que não estão computados os gastos com medicamentos embutidos nas Autorizações para Internações Hospitalares (AIHs) que, conforme as estimativas, representam mais que R\$ 1 bilhão de reais/ano.

**Tabela 4:** Gastos com Medicamentos pelo Ministério da Saúde no ano de 2003

Programas de Saúde	Valor em Reais	Valor em Reais na Atenção Básica
DST/AIDS	542.592.925,50	-----
Medicamentos Excepcionais de Alto Custo	674.277.928,80	-----
Alimentação e Nutrição	1.475.920,00	1.475.920,00
Diabetes (Insulina)	91.316.130,00	91.316.130,00
Diagnóstico	1.963.926,00	-----
Endemias Focais	24.405.020,81	24.405.020,81
Farmácia Mulher	6.453.263,45	6.453.263,45
Farmácia Penitenciária -Kit	197.820,50	197.820,50
Hanseníase	1.333.664,22	1.333.664,22
Hemoderivados	98.419.787,80	-----
Hiperdia	59.661.598,40	59.661.598,40
Kit PSF	89.091.850,00	89.091.850,00
Lupus	150.866,16	150.866,16
Pneumologia Sanitária	17.059.661,77	17.059.661,77
Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica	178.643.696,00	178.643.696,00
<b>Total</b>	<b>1.787.044.059,41</b>	<b>469.789.491,31</b>

**Figura 4:** Gastos em percentual com medicamentos na Atenção Básica em relação aos demais Programas

Fonte: Ministério da Saúde/ Subsecretaria de Assuntos Administrativos

Analisando-se a Figura 4 é possível verificar que apenas 26,29% do total dos recursos financeiros foram aplicados na aquisição de medicamentos para a atenção básica. O restante, 73,71%, foi gasto com medicamentos para os demais programas de saúde.

É importante enfatizar que os programas de DST/AIDS e medicamentos de dispensação em caráter excepcional (alto custo) consumiram mais que 1,2 bilhão de reais para atender menos que 1 milhão de usuários do SUS.

Os estados e municípios também efetuam gastos consideráveis de seus orçamentos para a área da saúde com a aquisição de medicamentos. Segundo dados de 2002, do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), dos municípios e estados que alimentaram a base de dados desse sistema, os gastos com medicamentos para todos os programas de saúde foram superiores a 1,4 bilhão de reais. Considerando que não foram computados no SIOPS os gastos de todos os municípios e estados, os gastos devem ser bem superiores a essa cifra.

De acordo com a Federação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas, o mercado farmacêutico brasileiro, no ano de 2003, faturou mais que 5,5 bilhão de dólares o que representa aproximadamente 15 bilhões de reais. Somando-se ao faturamento dos laboratórios oficiais que foi de aproximadamente 500 milhões de reais, totaliza-se 15,5 bilhões de reais para o ano de 2003. Considerando-se todos os gastos com medicamentos pelos gestores públicos tem se um valor aproximado anual da ordem de 4,5 bilhões de reais, o que representa quase 30% do mercado farmacêutico nacional.

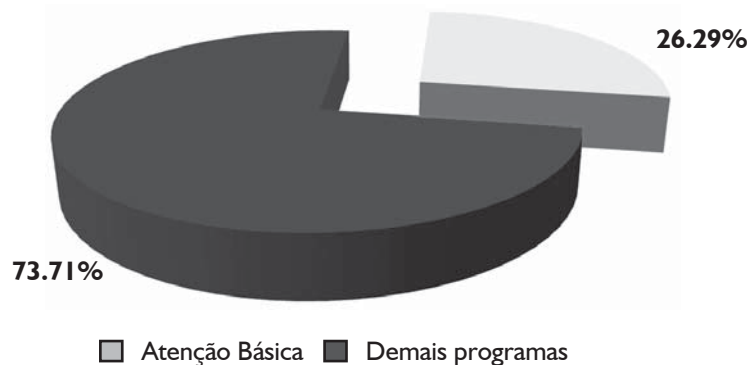


Figura 4: Gastos em percentual com medicamentos na Atenção Básica em relação aos demais Programas

Sabe-se que mundialmente grande parte da população não tem acesso aos medicamentos essenciais, principalmente nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil (OMS, 2003). Os gastos com medicamentos pelo SUS, apesar de serem relevantes, ainda estão aquém das necessidades da população brasileira. O desenvolvimento do Brasil também passa por uma PNM que atenda a todas as demandas dos serviços e ações de saúde, com financiamento adequado, para garantir os princípios constituídos no SUS.

#### ACESSO E DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS COMO INDICADORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Os medicamentos essenciais são insumos imprescindíveis para várias ações de saúde e sua disponibilidade pode ser utilizada como um dos indicadores na avaliação da atenção primária à saúde. A simples disponibilidade de um serviço de saúde e de medicamentos gerará demanda, pois a existência de um serviço pode motivar o usuário a utilizá-lo sob o pretexto da manutenção ou prevenção da saúde (Pereira 1995).

A avaliação do acesso a medicamentos essenciais no SUS deve, também, considerar que:

*“o acesso a um serviço ou a insumo de saúde nem sempre é determinado somente pela oferta da assistência à saúde, fatores sócio-econômicos e culturais também devem ser considerados” (Guerra Jr. , 2002).*



Novamente, é na Conferência de Alma-Ata (1978) que a discussão sobre o acesso e a utilização dos serviços de saúde ganha grande interesse, em que a definição de indicadores permite avaliar a qualidade da atenção primária à saúde. O documento final de Alma-Ata trata do acesso aos serviços de saúde sob quatro dimensões assim sistematizadas:

**Acessibilidade Geográfica** – são variáveis que se relacionam com a localização dos serviços de saúde: distância, tempo necessário para atingir o serviço e os meios de transporte disponíveis para a população, entre outros fatores.

**Acessibilidade Econômica** – são variáveis que identificam o custo dos serviços. Estabelece que independentemente da forma de pagamento adotada, o custo financeiro dos serviços deve estar ao alcance dos usuários e do sistema adotado no país.

**Acessibilidade Cultural** – são variáveis que indicam a adequação das normas técnicas do serviço aos hábitos e costumes da população usuária.

**Acessibilidade Funcional** – são variáveis que se relacionam com a disponibilidade contínua do tipo certo de cuidado pela oferta de serviços oportunos e compatíveis com as necessidades da população (Guerra Jr., 2002).

Essa definição apresentada pela OMS encontra similaridades com diversas outras propostas de conceito sobre o acesso. Porém, existem outros modelos como o de Penchansky e Thomas (1981) que conceituam o acesso considerando, especificamente, a relação entre usuários e os serviços de saúde. Para tanto, cinco dimensões foram utilizadas:

**Disponibilidade:** relação estabelecida entre o tipo de serviços e volume de recursos existentes em função das necessidades e volume de usuários.

**Acessibilidade:** relação estabelecida entre a localização do serviço e a dos usuários, levando em conta os recursos dos usuários de transporte, tempo de viagem, distância e custo.

**Acomodação:** relação estabelecida entre a maneira na qual os serviços são organizados para aceitar usuários, em termos de sistemas de marcação de consultas, horário de funcionamento, instalações apropriadas e do relacionamento paciente/provedor existente, devido à capacidade e percepção dos usuários em aceitar como apropriados o conjunto desses fatores.

**Capacidade de pagamento:** relação estabelecida entre o custo dos serviços e a capacidade de pagamento do usuário ou cliente.

**Aceitabilidade:** relação estabelecida pelas atitudes dos usuários frente às práticas que caracterizam um serviço, tendo como referência outros serviços existentes aceitáveis para esses usuários (Guerra Jr., 2002).

As abordagens sobre o acesso tanto da OMS quanto de Penchansky e Thomas (1981) demonstram que por abranger situações tão distintas, o acesso não pode ser avaliado de forma unidimensional (Hortale *et al.*, 2000). As necessidades da população referentes a serviços de saúde e/ou insumos devem ser supridas englobando um conjunto de

dimensões complementares entre si, ou seja, as políticas de saúde devem compreender, em perfeita harmonia, a relação usuário/ambiente/cidadania.

O processo de implementação e organização da atenção primária no Brasil com o crescente volume de investimentos para o desenvolvimento de suas ações tem resultado numa maior cobertura populacional para esse nível de atenção à saúde, principalmente a partir do SUS. O PSF, como estratégia da atenção primária, tem contribuído para o alcance de percentuais cada vez maiores de cobertura da ABS.

Os dados do MS apresentados neste estudo nos confirmam a ampliação da cobertura populacional pelos serviços de saúde na ABS. As dimensões apresentadas pela OMS e por Penchansky e Thomas para as definições sobre acesso a serviços, excetuando-se acessibilidade econômica e capacidade de pagamento, respectivamente, aplicam-se para medir o acesso da população aos serviços do SUS.

Com relação especificamente ao acesso a medicamentos na ABS, vários fatores ou dimensões também estão relacionados. Como já visto, os gastos em medicamentos para a ABS somados (governos federal, estaduais e municipais) estão estimados em torno de R\$3,00 per capita/ano, em média. Sabe-se que esses valores estão aquém das necessidades, porém tem crescido ao longo dos últimos anos, disperso em diversos programas de saúde.

O PSF tem sido um programa de saúde priorizado no país com investimentos consideráveis e crescentes para sua implementação, daí sua defesa como estratégia. Para maior garantia de acesso aos medicamentos por seus usuários, o PSF conta com um incremento financeiro que garante, à sua população coberta, um valor *per capita* anual de R\$ 1,40 (Hum real e quarenta centavos) que se soma a todos os demais recursos financeiros destinados para os medicamentos na ABS.

Alguns estudos de disponibilidade de medicamentos na ABS têm apontado para o redirecionamento de algumas ações na implementação da Assistência Farmacêutica no país. A otimização dos recursos existentes, a necessidade de se avaliar o incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, a utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e o real conhecimento das necessidades do SUS para ampliar o acesso e promover o uso racional de medicamentos são decisivos para o alcance da eficiência da PNM. (Brasil, 2002a).

Podemos conferir à disponibilidade, como sendo um dos componentes do acesso a medicamentos, a possibilidade de avaliar algumas políticas de saúde, dentre elas a PNM. Entender que a PNM abrange todos os níveis de atenção à saúde, de grande interesse para o SUS, é poder diagnosticá-la como fator considerável na implementação do conjunto de ações e programas que integra a ABS, especificamente o PSF. Por intermédio de um estudo da disponibilidade de medicamentos nas equipes do PSF, feito nos anos de 2001 e 2002 pelo MS, pretende-se nesta dissertação verificar a contribuição da PNM para as ações do PSF e, ao mesmo tempo, de que modo a implantação do PSF está contribuindo para a promoção do acesso a medicamentos essenciais.

## Metodologia

### Natureza do estudo:

O estudo desenvolvido contempla metodologia descritiva do tipo documental e *ex post facto*, tendo como unidades de análise 13 medicamentos essenciais e a respectiva frequência de disponibilidade nas equipes do programa saúde da família.

### Coleta de dados:

As informações necessárias à realização deste estudo foram obtidas em diversas fontes, as quais são enumeradas a seguir:

Documentos ministeriais, instrumentos legais, documentos técnicos e a base de dados da Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil.

Foram visitadas mais de 13 mil equipes de saúde da família. Como o tempo de coleta foi longo, ocorreram variações no número de equipes passando de 13.800 (junho de 2001) a 16.195 (agosto de 2002). A base de dados disponibilizada pelo MS para a questão de medicamentos continha resposta válida para 13.365 equipes. Especificamente, para a questão da avaliação normativa que abordava sobre disponibilidade de medicamentos, foram utilizadas as informações de presença ou ausência de 17 medicamentos.

O instrumento de coleta de dados permitiu avaliação da presença ou não no local de dispensação dos marcadores estabelecidos no momento da entrevista, independentemente da quantidade disponível. Não foi considerada a dispensação em farmácias privadas e residências de autoridades locais. Também não foram consideradas amostras grátis de medicamentos.

### Análise Descritiva:

As informações da base de dados da avaliação normativa do PSF, no que se refere à distribuição das equipes e à disponibilidade de medicamentos, foram tabuladas com o auxílio do programa de *software* SPSS.

Inicialmente, analisou-se a frequência dos 13 medicamentos essenciais no conjunto das equipes do PSF. Em seguida, analisou-se os 13 medicamentos essenciais na população de equipes e sua distribuição por região e estado. As equipes foram classificadas quanto à disponibilidade desses 13 medicamentos de acordo com o número de itens disponíveis no momento da visita e considerando quatro categorias de desempenho categoria D (0 a 2 itens presentes), categoria C (3 a 6), categoria B (7 a 10) e categoria A (11 a 13).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### MONITORAMENTO DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA – 2001/2002

A análise que se propõe este estudo é sobre a abordagem proposta no questionário da Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil em relação à questão dos medicamentos, que constituiu uma das principais fontes de informação para o presente trabalho.

Algumas limitações metodológicas foram identificadas pelo próprio MS neste estudo. O longo tempo de coleta dos dados limitou significativamente as comparações dos dados entre os estados, investigados em momentos muito distintos, e a interpretação dos resultados para cada estado, uma vez que a situação que se apresentava em 2001 no conjunto das equipes investigadas poderia estar completamente diferente ao final da coleta em agosto de 2002. Com certeza, essa limitação somada a outras, como a verificação da carga horária dos profissionais e a inclusão de equipes que estavam em funcionamento e não cadastradas no sistema de informação da atenção básica, podem ter influenciado em alguns objetivos do estudo, porém não invalidam os resultados obtidos, mas devem orientar uma leitura mais cuidadosa.

Os fatores limitantes, especificamente com relação à questão colocada no questionário sobre a presença dos 17 medicamentos selecionados para a verificação de disponibilidade nas prateleiras das unidades de saúde da família e/ou farmácias municipais, não influenciaram nos resultados obtidos. Isso porque, durante o período do estudo censitário, não houve modificações na PNM praticada para a atenção básica. Nesse período, o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica já completava dois anos, com adesão de todos os estados e o Programa Farmácia Popular – Kit PSF– acabara de ser implementado em março de 2001, com sua primeira distribuição realizada em abril e maio deste mesmo ano, ou seja, dois meses antes do início do estudo.

Portanto, este estudo foi e continua até então como o primeiro censo, no caso do PSF, e com a maior amostragem já realizada no SUS de disponibilidade de medicamentos utilizados na atenção básica.

No entanto, torna-se importante ressaltar dois aspectos para uma análise crítica na abordagem da questão dos medicamentos colocada no estudo. O primeiro é com relação aos itens selecionados para o estudo. Como já mencionado na metodologia desta dissertação, 13 medicamentos essenciais foram selecionados para a análise das *performances* das equipes do PSF nos estados e regiões brasileiras. O estudo do MS selecionou 17 medicamentos que foram selecionados como *aqueles essenciais ao tratamento de problemas de saúde mais frequentes (Brasil, 2004d)*. Nota-se uma diferença de quatro itens que se refere aos medicamentos que não pertencem à Rename. Verifica-se aqui a utilização do termo essencial de forma equivocada seja pelo desconhecimento da Rename, seja ela familiarização dos organizadores do estudo com o termo essencialidade, aplicando-o de forma genérica.

O segundo aspecto, que de certa forma também não deixa de ser com relação aos itens de medicamentos selecionados no estudo, é porque os organizadores não aproveitaram a oportunidade para avaliar de uma forma mais direta os programas de medicamentos direcionados exclusivamente à atenção básica. O MS dispunha nessa época de dados dos elencos pactuados para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e poderia utilizar-se talvez do Elenco Mínimo e Obrigatório (EM), como um indicador da eficácia do incentivo, nas equipes do PSF. Outra questão mais intrigante é porque não teve como referência o elenco do *Kit* PSF, visto que foi criado exatamente para atender às equipes do programa e já havia sido distribuído nacionalmente. Talvez, com a avaliação de um desses elencos de medicamentos já citados, tivéssemos um retrato mais fiel da eficiência desses programas de medicamentos, em que elementos surgiriam para uma reorientação da Assistência Farmacêutica mais condizente às reais necessidades da atenção básica.

É possível concluir que o olhar do estudo para os medicamentos ocorreu a partir do ponto de vista de infraestrutura e não como um bem social ou um instrumento terapêutico de suma importância para as ações da atenção à saúde. Nesse caso, o medicamento é um item de grande custo e demanda para as ações da atenção básica, incluindo o estratégico Programa de Saúde da Família. De fato, esse estudo desenvolvido pelo MS, com a disponibilização de seu vasto banco dados, tem possibilitado diversas outras análises como este próprio estudo que tem como um de seus intuitos contribuir para o aprimoramento da organização da atenção básica no SUS.

Dessa forma, os resultados e a discussão serão apresentados a partir dos dados disponibilizados pelo PSF/DAB/MS da questão específica sobre medicamentos da Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil, em que gráficos e tabelas demonstrarão a *performance* das equipes do PSF para a disponibilidade dos 13 medicamentos essenciais selecionados.

#### ESTUDO DE DISPONIBILIDADE DE 13 MEDICAMENTOS ESSENCIAIS NAS EQUIPES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A Tabela 5 apresenta o comportamento estatístico da frequência dos 13 medicamentos essenciais selecionados em 13.973 equipes do PSF no período de junho de 2001 a setembro de 2002 pela Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil – Monitoramento das Equipes de Saúde da Família.

**Tabela 5:** Comportamento Estatístico dos 13 medicamentos Essenciais nas Equipes do PSF

Equipes		Medicamentos					
Válidas	Sem Resposta	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Moda	Desvio padrão
13.365	608	0	13	8,55	9,00	10,00	2,98

Para o estudo da questão de medicamentos abordada na Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil, foram visitadas, ao todo, 13.973 equipes, sendo que em 608 destas não foram obtidas respostas. Portanto, as respostas válidas referem-se a 13.365 equipes do PSF.

A média de medicamentos presentes nas equipes do PSF foi de 8,55 dos 13 medicamentos avaliados. A mediana apresenta um valor bem próximo à média, ou seja, nove medicamentos presentes. Isso representa o perfil censitário da avaliação. A moda foi de 10 medicamentos, em que logicamente se considerou o mínimo de zero e o máximo de 13 medicamentos.

#### MÉDIA DA PRESENÇA DOS 13 MEDICAMENTOS ESSENCIAIS NAS EQUIPES DO PSF

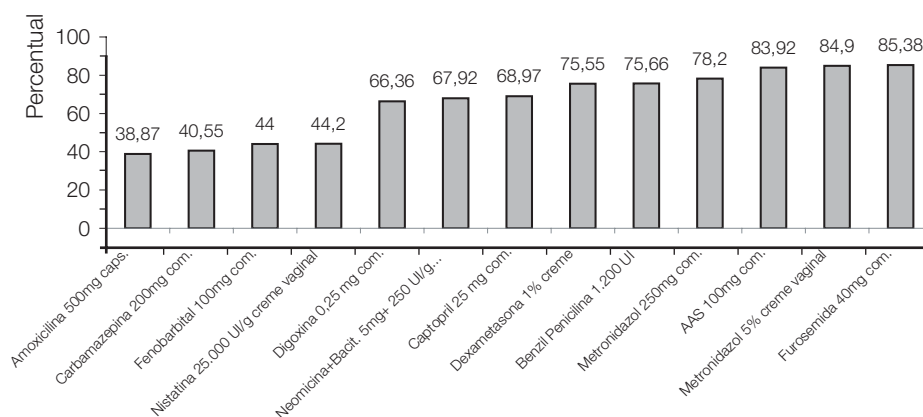
Como já relatado, os 13 medicamentos essenciais aqui avaliados constam do EM e/ou do Kit PSF. Assim, os medicamentos constantes no EM são em número de oito, sendo eles: Amoxicilina 500mg cápsulas, Captopril 25mg comprimido, Carbamazepina 200mg comprimido, Digoxina 0,25mg comprimido, Fenobarbital 100mg comprimido, Metronidazol 250mg comprimido, Nistatina creme vaginal e Penicilina 1.200.000UI. Da mesma forma, aqueles pertencentes ao elenco do Kit PSF também são em número de oito, sendo: AAS 100mg comprimido, Captopril 25mg comprimido, Dexametasona creme, Furosemida 40mg comprimido, Metronidazol 250mg comprimido, Metronidazol geleia vaginal, Neomicina+Bacitracina pomada e Penicilina 1.200.000UI. Portanto, dos 13 medicamentos avaliados, três medicamentos (Neomicina+Bacitracina pomada, Metronidazol 250mg comprimido e Penicilina 1.200.000 UI) pertencem aos elencos do EM e Kit PSF. Assim, a disponibilidade desses 13 medicamentos deveria estar assegurada, pelo menos teoricamente, nas prateleiras das farmácias que atendem ao PSF.

Importante também é que os 13 medicamentos essenciais avaliados atendem a diversas necessidades da atenção básica, como medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão, saúde mental, antibióticos e antiparasitários. Logo, são bastante representativos, o que ratifica os objetivos iniciais do MS na avaliação das equipes do PSF. Ressalta-se aqui, que os elencos de medicamentos utilizados pelos municípios brasileiros para atender às necessidades da atenção básica variam em quantitativo de itens e qualidade, de unidade federada para unidade federada, como será visto mais adiante.

Antes de discutir a frequência média nacional dos 13 medicamentos essenciais, é importante salientar que os dados trabalhados neste estudo não foram estratificados para o âmbito municipal, ficando, portanto, com abrangência para regiões e unidades federadas, o que não invalida as análises. Esse comentário faz-se necessário, visto que o PSF é um programa sob gerência municipal. Quanto à aquisição de medicamentos para a atenção básica, cabe aos gestores municipais o complemento das necessidades. Por isso, as análises que serão feitas devem considerar que, além do incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e do Kit PSF, os municípios podem estar adquirindo medicamentos de forma

complementar. Logicamente, essa complementaridade está sujeita aos interesses do gestor municipal no sucesso de implantação do PSF e em suas condições financeiras para arcar com esses gastos.

A Figura 5 apresenta a média da presença de cada medicamento na totalidade das equipes do PSF no país. Nenhum dos itens estava disponível em 100% nas prateleiras. O item que apresenta menor disponibilidade é a Amoxicilina 500mg cápsulas, um dos antibióticos mais utilizados no país, com um percentual de 38,87%.



**Figura 5:** Percentual médio da presença dos 13 medicamentos essenciais nas equipes do PSF

Ainda com índices inferiores a 50%, encontram-se a Nistatina creme vaginal (44,20%) e os itens Carbamazepina 200mg comprimido (40,55%) e Fenobarbital 100mg comprimido (44,00%), estes dois últimos destinados à saúde mental. Entre 60 e 70% encontram-se Digoxina 0,25mg comprimido (66,36%), Neomicina+ Bacitracina pomada (67,92%) e Captopril 25mg comprimido (68,97%), este chama a atenção por estar tanto no elenco do *Kit* PSF como no EM, além de ser distribuído em todo o território nacional pelo programa Hiperdia. Entre 70 e 80% se encontram Dexametasona creme (75,55%), Metronidazol 250mg comprimido (78,20%) e Penicilina I.200.000UI (75,66%), sendo que os dois últimos pertencem aos elencos do *Kit* PSF e EM. Acima de 80%, encontram-se três itens: AAS 100mg comprimido (83,92%), Metronidazol geleia vaginal (84,90%) e Furosemida 40mg comprimido (85,38%). Nota-se que nenhum dos 13 medicamentos atingiu patamares na casa dos 90%.

Pesquisa realizada pela GTAF/DAB/MS em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva – NESCON – da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), entre os meses de setembro e novembro de 2001, com o objetivo de avaliar a organização da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros, identificou a disponibilidade e utilização de medicamentos no SUS, com ênfase na atenção básica.

Dentre os itens avaliados nesta pesquisa, apenas Metronidazol geleia vaginal não consta dos 13 medicamentos essenciais descritos anteriormente (Brasil, 2002a).

A pesquisa realizada pelo MS e NESCON identificou os 10 itens mais consumidos pelos municípios nos seis meses anteriores à sua realização, propiciando um elenco de 42 itens mais citados. Destaca-se que Captopril 25mg comprimido foi citado por 60,7% dos municípios pesquisados, ocupando o segundo lugar, e a Amoxicilina 500mg cápsulas, com 58,2% de citação pelos municípios, ocupando o terceiro lugar. Com 38,3% de citação aparece Penicilina 1.200.000 UI, ocupando o sexto lugar, e AAS 100mg comprimido na sétima colocação com 36,9% de citação pelos municípios. Os demais itens apresentam um percentual de citação pelos municípios que variam de 3,6 a 27,0%, ocupando posições entre o décimo quarto até a trigésima nona posição.

O importante no comparativo entre essas duas pesquisas é que foram realizadas pelo mesmo departamento do MS e no mesmo período. Além disso, os dados obtidos pela pesquisa MS e NESCON demonstram a representatividade, em termos de consumo e presença em elencos municipais, dos 13 medicamentos essenciais avaliados.

#### O DESEMPENHO DAS EQUIPES DO PSF QUANTO AO NÚMERO DE MEDICAMENTOS PRESENTES

Considerando que as equipes de saúde da família foram avaliadas de forma censitária, foram criadas categorias para uma melhor avaliação do desempenho quanto à presença dos 13 medicamentos essenciais avaliados.

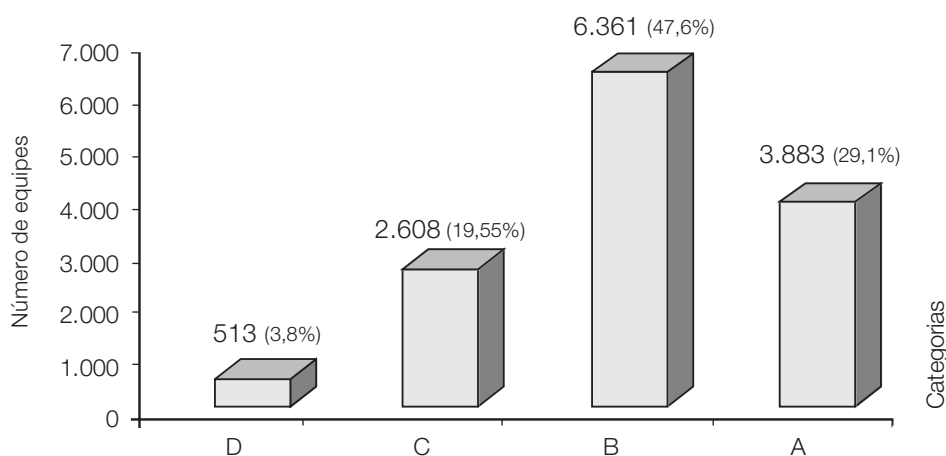
Sendo assim, a Tabela 6 apresenta a distribuição das equipes do PSF de acordo com a presença dos 13 medicamentos essenciais, o percentual para cada faixa e o acumulado percentual. Foram criadas quatro categorias: D para a faixa de 0 a 2 medicamentos presentes; C para a faixa de 3 a 6 medicamentos presentes; B para a faixa de 7 a 10 medicamentos presentes e A para a faixa de 11 a 13 medicamentos presentes.

**Tabela 6:** Número e percentual de equipes do PSF para as categorias estabelecidas

	Frequência	Percentual	Percentual Válido	Acumulado e Percentual
D (0 a 2 medicamentos)	513	3,7%	3,8%	3,8%
C (3 a 6 medicamentos)	2608	18,7%	19,5%	23,4%
B (7 a 10 medicamentos)	6.361	45,5%	47,6%	70,9%
A (11 a 13 medicamentos)	3.883	27,8%	29,1%	100,0%
Total	13.365	95,6%	100,0%	-
Sem resposta	608	4,4%	-	-
Total	13.973	100,0%		

Na Figura 6, apresenta-se o quantitativo de equipes do PSF para cada categoria e o percentual correspondente.





**Figura 6:** Número de equipes para cada categoria de classificação

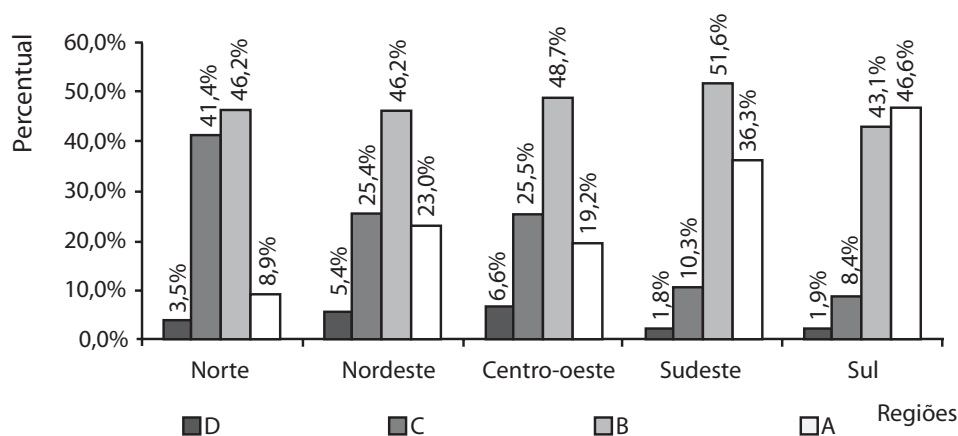
Verifica-se que a grande maioria das equipes do PSF (6.361), o que representa 47,6%, se enquadram na categoria B. Já 29,1% das equipes (3.883) se encontram na categoria A. Porém, 23,3% das equipes do PSF (3.121) estão nas categorias C (19,5%) e D (3,8%).

Outro ponto a ser destacado é que aproximadamente um quarto das equipes do PSF (23,3%), o somatório das categorias C e D, tem uma disponibilidade para os 13 medicamentos essenciais em situação bastante crítica. Ademais, a grande maioria que apresenta a categoria B, ou seja, quase a metade das equipes do PSF, não atingiu patamares superiores a mais que 10 medicamentos disponíveis dentre os 13 avaliados. Portanto, menos de um terço das equipes (29,1%) com a categoria A poderia ser considerada em condições menos desfavorecidas.

#### DESEMPENHO DAS EQUIPES DO PSF POR REGIÃO

A Figura 7 apresenta, para cada região do país, o percentual das equipes do PSF para as categorias definidas.

A região norte é a que apresenta o pior desempenho dentre as regiões quando se soma os percentuais das equipes com as categorias C e D. O valor somado dessas categorias atinge 44,9% das equipes, sendo 3,6% para a D e 41,3% para a C. As regiões centro-oeste e nordeste apresentam para a soma dessas duas categorias índices semelhantes 32,1% e 30,9%, respectivamente. A partir disso, verifica-se nessas regiões índices preocupantes para essas categorias, sendo que as regiões centro-oeste e nordeste apresentam valores próximos, porém superiores a 5% das equipes para a categoria D. Já as regiões sudeste e sul apresentam respectivamente 12,1% e 10,3% para a soma dessas categorias, bem abaixo das demais regiões. Para a categoria D, especificamente, essas duas regiões apresentam índices inferiores a 2% das equipes.



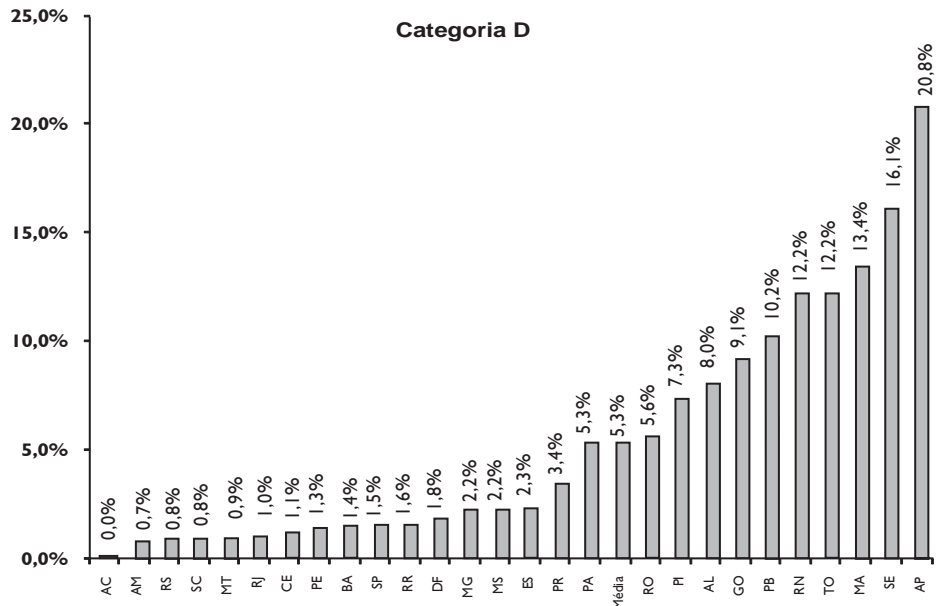
**Figura 7:** Percentual de equipes do PSF para as categorias definidas por região geográfica

Quando se analisa a soma das categorias A e B o destaque é a região sul, a qual apresenta o melhor desempenho dentre todas as regiões. Com 46,6% das equipes para a categoria A, o único índice superior a 40% para essa categoria, e 43,1% para a categoria B, a região sul praticamente atinge cerca de 90% das equipes para essas duas categorias. A região sudeste vem a seguir com 87,9% das equipes para as mesmas categorias somadas. As regiões centro-oeste e nordeste novamente apresentam um desempenho semelhante com 67,9% e 69,1% para a soma dessas categorias, respectivamente. A região nordeste apresenta 23% das equipes para a categoria A, um pouco superior aos 19,2% apresentados pela região centro-oeste. Por fim, como era presumível, a região norte apresenta 55,1% de suas equipes para a soma dessas categorias, sendo que apenas 8,9% das equipes apresentam a categoria A.

#### DESEMPENHO DAS EQUIPES DO PSF POR UNIDADES DA FEDERAÇÃO DE ACORDO COM AS CATEGORIAS DEFINIDAS

A seguir, serão apresentados os gráficos referentes à participação de cada unidade da federação, em ordem crescente de percentual de equipes, para cada categoria estabelecida.

A Figura 8 apresenta a categoria D. O índice de equipes do PSF para essa categoria variou de zero percentual no estado do Acre até 20,8% das equipes do estado do Amapá. Destaca-se que o estado do Amapá, com 26 equipes na época, apresentava o menor número de equipes do PSF no país, seguido pelo DF com 56 equipes e pelo AC com 71 equipes. A média foi de 5,3% das equipes para esse critério, sendo que 11 estados tiveram valores superiores à média, incluindo o estado do PA que obteve valor igual ao da média. Desses 11 estados, seis pertencem à região nordeste (PI, AL, PB, RN, MA, SE), quatro estados pertencem à região norte (PA, RO, TO e AP) e o último é o estado de GO da região centro-oeste.



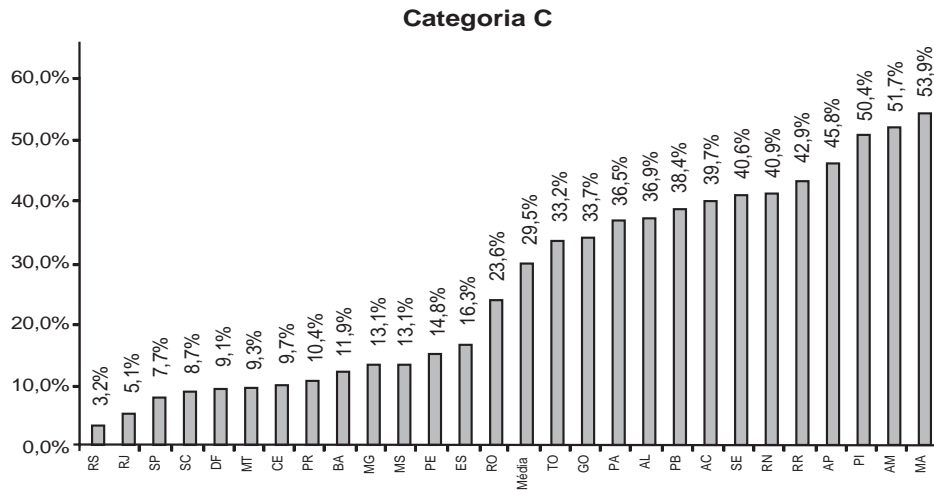
**Figura 8:** Percentual de equipes do PSF para a categoria D por unidade da federação

Quando se analisa os percentuais abaixo da média, todos os estados das regiões sul e sudeste se encontram dentre os índices encontrados. Todos os índices, no entanto, são inferiores a 3,5%. Sendo que os estados do AC, AM, RS, SC, MT e RJ apresentaram índices inferiores a 1% em que se destaca a presença de dois estados da região sul.

A Figura 9 apresenta a categoria C. Nenhum estado apresentou percentual zero para essa categoria. O percentual de equipes para essa categoria variou de 3,2% no RS até a impressionante marca de 53,9% das equipes do estado do MA. A média para essa categoria também deve ser considerada alta atingindo 29,5% das equipes. Para esta categoria, 13 estados apresentaram percentuais acima da média. Todos os estados da região norte estão aí incluídos, com exceção do estado de Rondônia com 23,6% das equipes. Da região nordeste as exceções são os estados do CE, BA e PE, coincidentemente os mais desenvolvidos. O 13º estado, Goiás, pertence à região centro-oeste. Os estados com percentuais abaixo da média são em número de 14, sendo que apenas dois desses estados têm percentuais acima dos 15% (ES e RO).

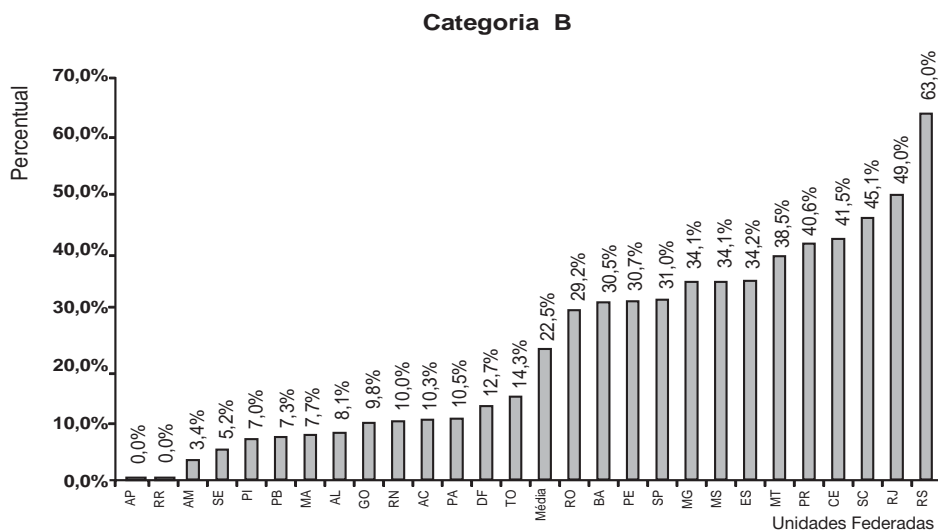
Destacam-se as regiões sul e sudeste com todos os seus estados com percentuais abaixo da média. Abaixo da casa dos 10% de equipes para essa categoria, encontram-se sete estados, sendo dois da região sul (RS e SC), dois da sudeste (RJ e SP), o Ceará na região nordeste, o Mato Grosso na região centro-oeste e o Distrito Federal.

A Figura 10 apresenta a categoria B. O percentual de equipes para essa categoria variou de 25% no estado do MA a 76,4% das equipes no Distrito Federal. A média para essa categoria (44,4%) é a mais alta dentre as quatro categorias estabelecidas, o que retrata



**Figura 9:** Percentual de equipes do PSF para a categoria C por unidade da federação

ser a mais presente nas equipes do PSF para a maioria dos estados. Abaixo dessa média, encontram-se 10 estados, sendo quatro estados da região norte (AP, TO, AM e RO), cinco estados do nordeste (MA, PI, RN, SE e PB) e um estado da região sul, o Rio Grande do Sul. A presença do RS abaixo da média é explicada pelos baixos percentuais para as categorias anteriores e o alto percentual para a categoria A, como veremos adiante. Os estados com percentuais acima da média são 17, sendo que nove estados apresentam percentuais igual ou acima de 50% das equipes para essa categoria, em que apenas o DF apresenta um percentual acima dos 60%. Destaca-se que acima da média encontram-se todos os estados das regiões sudeste e centro-oeste.



**Figura 10:** Percentual de equipes do PSF para a categoria B por unidade da federação

A Figura II apresenta a categoria A. O percentual de equipes para essa categoria variou de 0% (AP e RR) a 63% no estado do Rio Grande do Sul. A média para essa categoria alcançou 22,5% das equipes. Quatorze estados estão abaixo do percentual da média, sendo que todos com percentuais inferiores a 15%. Dentre estes, seis são da região norte (AP, RR, AM, TO, PA e AC), seis da região nordeste (SE, PI, PB, AL, MA e RN) e dois da região centro-oeste (GO e DF).

Os estados com percentuais acima da média são 14, em que estão presentes todos os estados das regiões sudeste e sul. Destaca-se que os três estados da região sul apresentam percentuais superiores a 40%, sendo que o RS é o único a apresentar percentual acima de 50% das equipes para essa categoria.

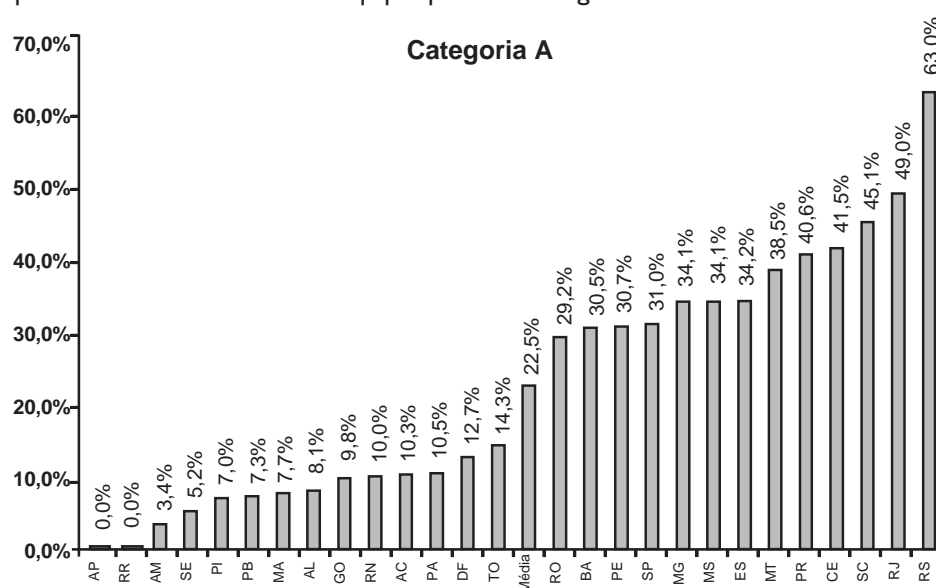


Figura II: Percentual de equipes do PSF para a categoria A por unidade da federação

#### RELAÇÃO ENTRE AS PACTUAÇÕES PARA O INCENTIVO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA E A DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS NAS EQUIPES DO PSF

Analisando-se o desempenho das unidades da federação para as categorias definidas, apresentadas nos quatro gráficos anteriores, destacamos que para a região sul, que é a de melhor desempenho, quando se leva em conta o somatório das categorias A e B, os estados do RS e SC se sobressaem com os melhores resultados. Na região sudeste, destaca-se o desempenho dos estados do RJ e SP. Na região nordeste, o destaque para os melhores resultados ficam para os estados do CE, PE e BA. Na região centro-oeste, os destaques são o DF e os estados do MT e MS. Na região norte, Rondônia é o estado com o desempenho mais razoável.

Considerando os desempenhos obtidos pelas unidades da federação para a disponibilidade dos 13 medicamentos essenciais, seria possível fazer uma análise, já que as formas de pactuação para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica se associam com esses resultados. A Tabela 7 apresenta as unidades da federação e suas respectivas formas de pactuação (válida para os anos de 2002/2003). Nota-se que alguns estados apresentam pactuações mistas.

**Tabela 7:** Unidades Federadas e suas formas de pactuação ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica

Unidades Federadas	Pactuações
Acre	PCE/TDM
Alagoas	PCE
Amapá	TCE/TDM
Amazonas	PCE
Bahia	PCE/PDM
Ceará	TCE/PDM
Distrito Federal	TCE
Espírito Santo	TCE
Goiás	TCE/PDM
Maranhão	PDM
Mato Grosso	PDM
Mato Grosso do Sul	TDM
Minas Gerais	TCE/PDM
Pará	PCE/PDM
Paraíba	TCE/TDM
Paraná	PCE/PDM
Pernambuco	PDM
Piauí	TCE/TDM
Rio de Janeiro	PDM
Rio Grande do Norte	TCE/TDM
Rio Grande do Sul	PCE/PDM
Rondônia	PDM
Roraima	PCE/PDM
Santa Catarina	PCE/PDM
São Paulo	PCE
Sergipe	PCE/PDM
Tocantins	PCE/PDM

Fonte: Ministério da Saúde/Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

De forma sucinta, 16 estados apresentam uma pactuação mista. A forma de pactuação predominante é a Parcialmente Descentralizada no Município (PDM), a qual está presente em 16 estados. Em seguida, aparece a Parcialmente Centralizada no Estado (PCE) presente em 12 estados e no DF. As formas de pactuação Totalmente Centralizada no Estado (TCE) e Totalmente Descentralizada no Município (TDM) estão presentes em nove e seis estados, respectivamente.

As formas de pactuação envolvem diretamente estados e municípios no processo de aquisição de medicamentos, mas não detêm a exclusividade para se determinar uma maior ou menor disponibilidade de medicamentos. Fatores como tamanho do elenco, preço de aquisição e fornecedores dentre outros, também são consideráveis para se chegar a melhores conclusões sobre disponibilidade de medicamentos.

O propósito neste tópico foi elucidar as formas de pactuação entre estados e municípios nas suas diversidades.

Sendo assim, para estabelecer uma correlação entre as formas de pactuação e a disponibilidade de medicamentos nas equipes do PSF, seria necessário estratificar os dados também no âmbito municipal, além de se aprofundar sobre o processo de aquisição por estados e municípios.

#### ASPECTOS CRÍTICOS PARA A DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS NO PSF E ATENÇÃO BÁSICA

Os índices percentuais para a disponibilidade dos medicamentos obtidos nas equipes do PSF, no momento da avaliação, podem estar relacionados a diversos aspectos, dentre os quais destacam-se:

- O quantitativo de medicamentos disponibilizados para compor o *Kit* PSF( que teve como base de cálculo uma população definida) pode estar aquém das necessidades de cada equipe, não atendendo à demanda presente.
- As farmácias que atendem às equipes do PSF podem, em muitos municípios (vários municípios tem cobertura parcial do PSF), suprir necessidades de outras clientelas da atenção básica ainda não cobertas pelo PSF.
- Os municípios, muitas vezes, não cumprem suas responsabilidades estabelecidas na PNM, como a complementaridade de aquisição de medicamentos para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica.
- A Assistência Farmacêutica, como serviço, não está constituída em grande parte dos municípios brasileiros. Dessa forma, ações elementares, como cadastro de pacientes, dispensação racionalizada, armazenagem e controle de estoque inexistem ou são ineficientes.
- A pulverização de medicamentos em diversos programas de saúde, por parte do MS. Isso, além de aumentar os custos de logística, dificulta o gerenciamento pelos municípios, pois não existe um cronograma de distribuição devidamente articulado que permita um atendimento integral ao usuário do SUS.

- As pressões do mercado farmacêutico sobre os prescritores e usuários, a pouca importância conferida ao ato da prescrição na formação acadêmica dos profissionais de saúde e a ausência de diretrizes para o processo terapêutico no SUS são alguns dos fatores que contribuem para esse tipo de prescrição.

Diante dos aspectos apresentados, o PSF, e por que não dizer toda a rede de atenção básica no país, apresenta sérios problemas de disponibilidade de medicamentos essenciais que comprometem o seu acesso à população. Assim, o conjunto de ações da atenção básica também pode estar comprometido.

#### ALGUMAS ALTERNATIVAS PARA A PROMOÇÃO DO ACESSO A MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Tratando especificamente da promoção do acesso a medicamentos no SUS, algumas alternativas vêm sendo implementadas por gestores de saúde. Recentemente, o MS criou o programa Farmácias Populares, em que a população adquire, a preços subsidiados, um elenco de medicamentos que atendem, quase que exclusivamente, à atenção básica, contribuindo para um maior equilíbrio no orçamento doméstico dos que podem adquirir medicamentos.

Alguns municípios têm criado alternativas como a abertura de farmácias de manipulação. Essas farmácias manipulam alguns medicamentos que atendem à atenção básica e esses medicamentos são disponibilizados gratuitamente à população. Isto é, grande parte dessas farmácias manipulam diversos medicamentos num mesmo espaço comprometendo, assim, a qualidade, além de fugir do caráter magistral de atender a receitas médicas para cada formulação manipulada. Essas farmácias produzem grandes quantidades de medicamentos funcionando como semi-indústrias. Essa iniciativa dos municípios desobedece a legislação sanitária e transforma municípios em pequenos produtores com investimentos de recursos que poderiam ser destinados à organização da Assistência Farmacêutica de forma mais integral.

Uma outra questão que merece ser abordada é a definição de serviço farmacêutico no SUS. A grande maioria das ações adotadas pelo SUS, aqui reafirmando os três níveis de gestão na PNM, resume-se quase que exclusivamente ao insumo e de forma ineficaz. Ou seja, as deliberações dos fóruns de gestores preocupam-se com a definição de elencos e quantitativos, logicamente vinculados ao financiamento. A organização e qualificação das ações de Assistência Farmacêutica estabelecidas na PNM que resultem na institucionalização de um serviço específico ainda estão longe de ocorrer. A política do “dar o pão a quem tem fome” ainda prevalece. A discussão em torno de um serviço farmacêutico organizado com ações definidas para atendimento ao usuário do medicamento tem que constar na agenda do Sistema Único de Saúde. Em outras palavras, é preciso ampliar o foco para as necessidades dos usuários com investimentos em serviços que garantam não só um bom gerenciamento do insumo, mas também a humanização do atendimento.



A política de medicamentos e Assistência Farmacêutica no país, sob um enfoque mais ampliado, engloba ainda o controle de preços, os investimentos no parque industrial farmacêutico público e privado, os distribuidores e a rede privada de farmácias e drogarias (aí incluídas as farmácias de manipulação). Todo esse arcabouço compõe um diagrama complexo no sistema de saúde em que se interage com as ações de vigilância sanitária.

O setor privado farmacêutico atua no contexto da PNM como produtor e distribuidor. Esse setor só não participa diretamente na dispensação de medicamentos, isto é, na prestação de serviços aos usuários do SUS. A grande rede de estabelecimentos (farmácias e drogarias) com uma logística extremamente funcional está presente em todas as regiões do país, porém à margem das políticas públicas de saúde. Talvez, seja uma alternativa viável complementar os serviços já existentes ou até mesmo em muitos municípios substituí-los pela rede privada de farmácias e drogarias, de forma conveniente ao SUS. Vale lembrar que diversos serviços privados de saúde na área de diagnóstico, pronto atendimento e tantos outros já estão incorporados ao SUS como prestadores devidamente regulados. A participação dessa rede de estabelecimentos farmacêuticos na Política Nacional de Medicamentos, com a qualificação de seus serviços e a devida regulação sanitária, poderia contribuir de forma significativa para avançarmos na promoção do acesso aos medicamentos essenciais.

Cabe, então, aos gestores do SUS e, principalmente, ao governo federal pautarem a discussão sobre uma política de medicamentos que propicie a ampliação da oferta, defina melhor o seu financiamento e qualifique (e conceitue) os serviços de Assistência Farmacêutica.

## CONCLUSÕES

De acordo com o objetivo proposto neste trabalho de se analisar o impacto de programas e ações em Assistência Farmacêutica no que se refere à disponibilidade de medicamentos essenciais no PSF, concluí-se que:

A evolução dos gastos do Ministério da Saúde, ao longo dos anos, principalmente a partir de 1999, confirma a priorização pela a atenção básica e em especial o PSF/PACS. A cobertura populacional do PSF já supera os 65 milhões de pessoas, o que representa mais de um terço da população brasileira.

Os gastos diretos do Ministério da Saúde, no ano de 2003, com a atenção básica (aqui excluindo o Programa DST/AIDS) foram de 26,29% do total gasto com medicamentos. Ou seja, quase 75% do total gasto com medicamentos foram destinados para outros níveis de atenção à saúde com uma cobertura populacional que não atinge um total estimado de um milhão de pessoas. Os orçamentos do MS para os anos de 2004 e 2005 não apresentam mudanças significativas. Portanto, os gastos vultuosos para o PSF/PACS e toda a atenção básica não são compatibilizados com os gastos com medicamentos para esse nível de atenção. Existem inúmeros programas e ações de saúde na atenção básica com investimentos

em medicamentos que não possibilitam uma disponibilidade de medicamentos regular e contínua nos serviços de saúde, consequentemente nas equipes do PSF.

A “Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil”, realizada pelo MS, mesmo com todos os seus méritos poderia ter dado uma maior contribuição na avaliação da PNM, com enfoque para a atenção básica. Os medicamentos utilizados na avaliação poderiam estar relacionados mais diretamente aos programas de Assistência Farmacêutica Básica (Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, Kit PSF e EM), o que possibilitaria o alcance de resultados mais abrangentes. Porém, evidencia-se a necessidade de uma maior articulação intraministerial, entre os seus diversos programas e ações de saúde, para que um processo de avaliação que quantifique e qualifique da melhor maneira o conjunto de suas ações de saúde, nesse caso o PSF.

A avaliação da disponibilidade dos 13 medicamentos essenciais nas equipes do PSF demonstrou uma grande variabilidade na presença desses itens. Essa variação, na média, foi de 38,87% para a Amoxicilina cápsulas a 85,38% para a Furosemida comprimidos, no total das equipes avaliadas. A média de presença dos medicamentos essenciais atingiu apenas 8,55. Segundo a própria “Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil”, *seria esperado que a disponibilidade para as equipes fosse completa ou bastante elevada e não fossem observados baixos percentuais para nenhum dos itens.* (Brasil, 2004d).

Conforme as categorias estabelecidas neste estudo em relação à disponibilidade de medicamentos essenciais, em que as categorias C e D representam um desempenho pior que as categorias A e B, os resultados apontam que, 3,8% das equipes do PSF foram classificadas para a categoria D, 19,50% das equipes para a categoria C, 47,6% para a categoria B e 29% das equipes para a categoria A no panorama nacional. Isso demonstra que a disponibilidade de medicamentos essenciais, como indicador da atenção básica, encontra-se com valores preocupantes que podem comprometer as ações do PSF. Nas regiões norte, centro-oeste e nordeste quando soma-se os percentuais das equipes para as categorias C e D, os resultados obtidos foram de 44,9%, 32,1% e 30,9%, respectivamente. Os resultados dessas regiões contribuem significativamente para o panorama nacional, visto que as regiões sul e sudeste apresentam um melhor desempenho. Quando se analisa os resultados das unidades da federação, RS, SC, RJ, DF, SP e CE apresentam os melhores desempenhos. Como não se evidenciou uma relação direta entre as formas de pactuação para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e a disponibilidade de medicamentos essenciais, pode-se inferir que a participação dos municípios dessas unidades da federação é significativa para uma maior disponibilidade de medicamentos essenciais. A conclusão é que seria necessária a estratificação dos dados da “Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil” para o âmbito municipal, o que possibilitaria uma maior compreensão das ações de Assistência Farmacêutica neste nível de gestão.

Finalmente, fica claro que a disponibilidade de medicamentos essenciais nas equipes do PSF, apresentadas neste estudo, está sujeita não só a uma política de oferta de medicamentos, mas também na reorientação da Assistência Farmacêutica. Essa reorientação

passa por uma unificação das ações ministeriais, por um compromisso maior dos gestores nas competências estabelecidas na PNM, pelo respeito à hierarquização do SUS e, principalmente, por um modelo de Assistência Farmacêutica com um financiamento e serviço ofertado que promova o acesso aos medicamentos essenciais.

## REFERÊNCIAS

BERMUDEZ, J. **Indústria Farmacêutica, Estado e Sociedade: Crítica da Política de Medicamentos no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec/Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos – Sobravime, 1995.

BRASIL. DECRETO n.º 72.552 de 30 de julho de 1973. Dispõe sobre as Políticas e Diretrizes Gerais do Plano Diretor de Medicamentos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 jul. 1973. p.7483, col.2.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Diário Oficial da União - Anexos, Brasília, 05 out. 1988. p.1, col.1.

BRASIL. LEI n.º 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. p.18055, col.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB –SUS 96. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília, 1998a. 39p.

BRASIL. PORTARIA n.º 3.916 de 30 de outubro de 1998 do Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, out. 1998b.

BRASIL. PORTARIA n.º 176/GM de 08 de março de 1999 do Ministério da Saúde. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Brasília: MS. 1999. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/doc/Portarias/1999>>. Acesso em 03/10/2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Brasília, 2000. 102p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde - Textos básicos. Rio de Janeiro, 2001a. 344 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão Municipal de Saúde - Leis, normas e portarias. Rio de Janeiro, 2001b. 232 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica- O que é e como funciona. Brasília, 2001c. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde/Universidade Federal de Minas Gerais. Organização da Assistência Farmacêutica nos Municípios Brasileiros- Disponibilidade e utilização de medicamentos no SUS. Brasília, 2002a. 160p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Brasília, 2002b.96p.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde. Relatório de Gestão da Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica Nov/2000 a Nov/2002. Brasília, 2002. 72p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica n. 17, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Informe da Atenção Básica n. 21, 2004a

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Técnico - Economia da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Brasília, 2004b. 98p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a política nacional de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde. Brasília: MS. 2004c. Disponível em [http://conselho.saude.gov.br/deliberacoes\\_04.htm](http://conselho.saude.gov.br/deliberacoes_04.htm). Acesso em 11/05/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Avaliação Normativa do Programa Saúde da família no Brasil. Brasília, 2004d. 140p.

CAMPOS, F. E.; CHERCHIGLIA, M.; AGUIAR, R. T. **Reflexões sobre a Saúde da Família no Brasil: desafios e oportunidades**. Revista Brasileira de Saúde da Família, ano II, n. 5, maio 2002.

CEME - Núcleo de Comunicação Social, Janeiro de 1987.

COSENDEY, M. A. E.; BERMUDEZ, J. A. Z.; REIS, A. L. A. et al. **Assistência Farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.171-182, jan./mar 2000.

GERSCHMAN, Sílvia. **A Democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

GOULART, F. A. A. **Esculpindo o SUS a golpes de portaria... – considerações sobre o processo de formulação das NOBs**. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):292-318, 2001.

GUERRA Jr. A. A. **Medicamentos Essenciais - Estudo sobre a disponibilidade e acessibilidade econômica em duas regiões do Estado de Minas Gerais: o Norte de Minas e o Vale do Jequitinhonha (Dissertação de Mestrado)**. Belo Horizonte: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2002. 208p.

HORTALE, V. A.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. **Operacionalizando as categorias, acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.231-239, jan./mar. 2000

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

LISBOA, M.; FIÚZA, E.; VIEGAS, M.; FERRAZ, L.. Política Governamental e Regulação do Mercado de Medicamentos. SEAE/MF Documento de Trabalho n.º08. Abril, 2001. 118p. Disponível em <<http://www.fazenda.gov.br/seae/documentos/doctrabalho/doctrab08.pdf>>.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. **A política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade?** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v 18, p.163-171, 2002.

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

MINAS GERAIS. Lei n.º14133, de 21 de dezembro de 2001. Dispõe sobre a política estadual de medicamentos. Minas Gerais - Diário do Executivo, Belo Horizonte, 22 dez. 2001. p. 2 col. 2

OMS/UNICEF. Primary Health Care: Report of the International Conference on PHC, Alma-Ata, USSR, 6-12 set. 1978: WHO, Health for All Series n.º 1.

- OMS. **Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos: Estrategia sobre medicamentos de la OMS: 2000-2003**. Ginebra: OMS, n.1, Diciembre 2000. 6p.
- OMS. **Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos: Selección de medicamentos esenciales**. Ginebra: OMS, n.º4, junio 2002. 6p.
- OMS. **Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos: Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional**. Ginebra: OMS, n.º6, enero 2003. 6p.
- PAIM, J. S. **Gestão da Atenção Básica nas Cidades. In: Saúde nos Grandes Aglomerados Urbanos: Uma Visão Integrada**. BRASIL. Ministério da Saúde/OPAS/OMS. Brasília, 2003. p.183-212 (Série Técnica: Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde n.º3)
- PENCHANSKY, R. & THOMAS, J. W. **The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction**. Medical Care, v.19, n.º2, p.127-141, 1981.
- PEREIRA, A. A. **Produção Descentralizada de Medicamentos Essenciais no Instituto de Tecnologia em Fármacos do Estado do Rio de Janeiro: Um Diagnóstico Estratégico de sua Implementação (Dissertação de Mestrado)**. Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, 1995
- PERINI, E. **Assistência Farmacêutica: Fundamentos Teóricos e Conceituais. In: Acúrcio, F. A. (org.) Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Belo Horizonte: Editora Médica, 2003. 136p.
- SOUZA, H. M. **Análise das Práticas Assistenciais na Área de Saúde da Mulher nas Equipes do Programa de Saúde da Família: um Estudo de Caso em Estado Selecionado**. In: Gestão de Sistemas de Saúde. IMS/UERJ, Rio de Janeiro, 2003.
- SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. **Necessidades de saúde e atenção primária**. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org.) **Saúde do adulto: programas e ações da unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. 290p.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 725p.
- TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes médicas: ABRASCO, 1992. 226p.
- WHO. **Operational research in the action programme on essential drugs: Report of an informal consultation**. Geneva: WHO, 23-24 June. 1992. 14p.
- WHO. **Report of the WHO Expert Committee on national drug policies: Contribution to updating the WHO guidelines for developing national drug policies**. Geneva: WHO, 19-23 June, 1995. 78p.
- WHO. **The Rationale of Essential Drugs: Access, Quality and Rational Use of Medicines and Essential Drugs**. Geneva: WHO, 04 Jul. 2000. Disponível em <<http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/infedmain.htm>>.
- WHO. Policy Perspectives on Medicines: **Globalization, Trips and access to pharmaceuticals**. Geneva: WHO, n.º3, mar. 2001. 6p.

**Anexo I**  
**Portaria SPS n.º 16 de 14 de dezembro de 2000**

**Elenco Mínimo e Obrigatório**

<b>Medicamento</b>	<b>Apresentação</b>
Amoxicilina	Cápsula 500mg Pó p/ suspensão oral g/ml
Benzilpenicilina Benzatina	Pó p/ Suspensão Inj. 1.200.000 U.I.
Benzilpenicilina Procaína + Benzilpenicilina Potássica	Pó Inj. 300.000 + 100.000 U.I.
Captopril	Comprimido 25mg sulcado
Carbamazepina	Comprimido 200mg
Digoxina	Comprimido 0,25mg
Eritromicina	Suspensão Oral 125mg (estearato ou etilsuccinato)/5ml Comprimido./cápsula 500mg (estearato ou etilsuccinato)
Fenobarbital	Comprimido 100 mg Solução Oral gotas 40mg /ml
Glibenclamida	Comprimido 5 mg
Hidroclorotiazida	Comprimido 25mg/50 mg
Mebendazol	Comprimido 100 mg Suspensão Oral 100 mg/ 5ml
Metronidazol	Comprimido 250 mg Suspensão Oral 200 mg (benzoato)/5ml
Nistatina	Creme Vaginal 250.000U.I.
Paracetamol	Comprimido 500 mg Solução Oral gotas 100/200mg /ml
Propranolol	Comprimido 40 mg (cloridrato)
Sais para reidratação oral	Pó p/ Solução Oral envelope P/I L
Salbutamol	Comprimido mg (sulfato) sulcado Xarope 2mg (sulfato)/5ml
Sulfametoxazol + Trimetoprima	Comprimido 400mg + 8 mg Suspensão Oral 200mg + 40mg/5ml
Sulfato Ferroso	Suspensão Oral 25mg/ml Fe (II) Comprimido Revestido 40mg Fe (II)

**Anexo II**  
**Portaria n.º 343, Kit PSF**  
**de 21 de março de 2001**

<b>Elenco de Medicamentos</b>	<b>Indicação</b>	<b>Quantidade por Kit (unidade)</b>
Ácido Acetilsalicílico 100mg	Analgésico	1.000
Ácido Acetilsalicílico 500mg	Analgésico	1.000
Aminofilina (bi-hidratada) 100mg	Asma	500
Amoxicilina pó/suspensão oral 50mg/ml	Antibiótico	50
Ampicilina anidra 500mg	Antibiótico	500
Cimetidina 200mg	Úlcera gástrica	500
Dexametasona (acetato)	Dermatose	50
Diclofenaco Potássico	Anti-inflamatório	500
Eritromicina(estearato) suspensão 2,5%	Antibiótico	50
Eritromicina(estearato) comprimido 250mg	Antibiótico	500
Furosemida 40mg	Diurético	500
Glibenclamida 5mg	Diabetes	500
Hidroclorotiazida 50mg	Diurético	1.000
Mebendazol comprimido 100mg	Antiparasitário	300
Mebendazol suspensão 20 mg/ml	Antiparasitário	50
Metildopa (levo-alfa) 500mg	Anti-hipertensivo	500
Metoclopramida (monocloridrato) 10mg	Antiemético	500
Metronidazol comprimido 250mg	Antibacteriano	500
Metronidazol (benzoil) suspensão	Antibacteriano	50
Metronidazol geleia vaginal 500mg/5g	Antibacteriano	50
Neomicina+Bacitacina 0,5 % + 250UI g	Antibacteriano	50
Paracetamol solução oral 100mg/ml	Antitérmico	50
Paracetamol comprimido 500mg	Antitérmico	500
Penicilina G Procaina + Potássica 300.000 + 100.000U	Antibiótico	50
Propranolol (cloridrato) 40mg	Betabloqueador	500
Sais para reidratação oral	Reidratação	300
Salbutamol (sulfato) 0,4mg/ml	Asma	50
Sulfametoxazol + Trimetoprima comprimido 400mg+80mg	Antibiótico	1.000
Sulfametoxazol+Trimetoprima suspensão 4% + 0,8 %	Antibiótico	100
Sulfato Ferroso comprimido 40mg/Fe	Anemia	1.000
Sulfato Ferroso solução oral 25mg/Fe	Anemia	50

**Anexo II (continuação)**  
**Portaria n.º 786, Kit PSF**  
**de 19 de abril 2002**

<b>Elenco de Medicamentos</b>	<b>Indicação</b>	<b>Quantidade por</b>
Ácido Acetilsalicílico 100mg	Analgésico	1.000
Ácido Acetilsalicílico 500mg	Analgésico	1.000
Aminofilina (bi-hidratada) comprimido 100mg	Asma	500
Amoxicilina pó/susp.oral 50mg/ml	Antibiótico	50
Ampicilina 500mg	Antibiótico	500
Captopril comprimido 25mg	Anti-hipertensivo	
Cimetidina 200mg	Úlcera gástrica	500
Dexametasona creme 0,1 %	Dermatose	50
Diclofenaco Potássico comprimido 50mg	Anti-inflamatório	500
Eritromicina(estearato) susp. Oral 2,5%	Antibiótico	50
Eritromicina(estearato) comprimido 250mg	Antibiótico	500
Furosemida comprimido 40mg	Diurético	500
Glibenclamida comprimido 5,0mg	Diabetes	500
Hidroclorotiazida comprimido 25mg	Diurético	1.000
Mebendazol comprimido 100mg	Antiparasitário	300
Mebendazol susp. Oral 20mg/ml	Antiparasitário	50
Metildopa (levo-alfa) comprimido 500mg	Anti-hipertensivo	500
Metoclopramida (monocloridrato) comp. 10mg	Antiemético	500
Metronidazol comprimido 250mg	Antibacteriano	500
Metronidazol (benzoil) susp. Oral 4%	Antibacteriano	50
Metronidazol geleia vaginal 500mg/5g	Antibacteriano	50
Neomicina + Bacitacina 0,5 % + 250Ulg	Dermatites	50
Paracetamol sol oral 100 mg/ml	Antitérmico	50
Paracetamol comprimido 500mg	Antitérmico	500
Penicilina G Benzatina pó/sus. Inj. 1.200.000 U.I.	Antibiótico	
Penicilina G Procaina + Potássica 300.000 + 100.000U	Antibiótico	50
Propranolol (cloridrato) 40mg	Beta Bloqueador	500
Sais para reidratação oral	Reidratação	300
Salbutamol (sulfato) xarope 0,4mg/ml	Asma	50
Sulfametoxazol + Trimetoprima comprimido 400mg+80mg	Antibiótico	1.000
Sulfametoxazol + Trimetoprima susp. 4%+0,8 %	Antibiótico	100
Sulfato Ferroso comprimido 40 mg/Fe	Anemia	1.000
Sulfato Ferroso solução oral 25mg/Fe	Anemia	50