

Assistência Farmacêutica: um desafio para o SUS

Maria Helena Braga, Farmacêutica, Professora Adjunto IV da UFJF desde 1978, atualmente coordena pela segunda vez o Curso de Farmácia e Bioquímica da UFJF. Mestre em saúde coletiva, acompanha os trabalhos que buscam articular políticas públicas voltadas à assistência farmacêutica com a reforma curricular dos cursos de Farmácia, trabalho que lhe rendeu, em 2005, a Medalha de Mérito Farmacêutico outorgada, a nível nacional, aos relevantes trabalhos na área farmacêutica no Brasil.

Revista APS: O que é assistência farmacêutica -AF?

Recentemente, vários conceitos para Assistência Farmacêutica vêm sendo discutidos. Em 2002, o Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica propôs e o Conselho Nacional de Saúde, em sua resolução 338 de maio 2004, definiu assistência farmacêutica como sendo o *“conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população”*.

Assim, a Assistência Farmacêutica é parte fundamental dos serviços de atenção à saúde do cidadão e do direito constitucional à saúde assegurado à população brasileira e só se materializa em sua plenitude mediante acesso ao medicamento com garantia do uso racional e da atenção farmacêutica.

Revista APS: Você poderia historiar a AF no Brasil?

Até o início do ano 1970, com a criação da Central de Medicamentos (CEME), o Brasil caracterizou-se pela ausência de uma política que marcasse a presença do Estado como articulador da produção e do consumo de medicamentos.

Essa ausência do Estado não significou, no entanto, uma total desarticulação do setor de medicamentos na sociedade. Esta se organizou por meio das atividades controladas através das classes profissionais, no exercício de suas atividades liberais, o domínio da técnica e do conhecimento em cada época distinta de nossa história. Dos jesuítas até o final do século XIX, o processo terapêutico era rico em medicamentos de base natural. Apesar de serem produtos sem as bases de eficácia atuais, não apresentavam diferenças marcantes em sua produção para o restante do mundo.

Ainda nas primeiras décadas do século XX, antes da II Guerra Mundial, quando se inicia a introdução de produtos quimicamente puros no setor, a relação da farmácia com a busca de condições adequadas para a saúde da população era observada de forma bastante marcante. A participação da classe farmacêutica parece ter se dado mais pela sua forte

presença junto à comunidade, prestando serviços básicos de saúde de forma isolada, como também pela sua participação na criação de laboratórios produtores de insumos e vacinas.

A grande fenda que afasta a assistência farmacêutica do padrão vinculado ao setor em caráter mundial e que passa a caracterizar o medicamento como um produto de consumo explorado pelo mercado, começa a se formatar com o início da revolução tecnológica. A partir do ano de 1950, observou-se a substituição dos produtos de origem natural pelos produtos de síntese e o avanço dos grandes complexos industriais farmacêuticos.

A criação da Central de Medicamentos (CEME), que ocorreu em 1971, representou o primeiro esforço do estado brasileiro em direção à articulação de uma política de medicamentos com o sistema de saúde vigente. Dada à complexidade das ações interinstitucionais necessárias e o interesse estratégico a ela atribuída, a proposta adquiriu um grande peso político, centralizada no poder central que estabelecia as diretrizes e participava decididamente das suas execuções. Na década de 1980, desenvolveu importante papel na produção de medicamentos essenciais tanto pelos laboratórios Oficiais como pelas empresas privadas de capital nacional.

Nessa época, o Brasil sabiamente não reconhecia patentes no setor farmacêutico e a pressão sobre o comércio internacional ainda não atingira o nível atual de dependência observada após as definições da Organização Mundial do Comércio (OMC), o que garantia um ambiente de perspectivas para o desenvolvimento do parque industrial no setor farmacêutico, fato que infelizmente não se concretizou.

Em 1972, o governo lançou o Plano Diretor de Medicamentos na perspectiva de resolver o problema do abastecimento de medicamentos essenciais e o acesso pela população atendida nos serviços públicos de saúde.

Cria-se, também, a Relação de Medicamentos Básicos (RMB), posteriormente denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Diagnóstico realizado em 1997 demonstrou a pouca utilização da RENAME pelos prescritores.

Embora estas ações tivessem sido consideradas ousadas, o país não conseguiu dar continuidade e consequência prática à sua implantação e, em 1997, a CEME - não tendo conseguido a articulação entre o medicamento, a Assistência Farmacêutica e o sistema de saúde - é extinta.

A responsabilidade da manutenção das atividades de aquisição e distribuição de medicamentos dos Programas estratégicos para as Secretarias Estaduais de Saúde fica, neste período de transição (1997-1998), a cargo da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde.

Paralelamente, a Secretaria de Políticas de Saúde-SPS coordenou o processo de elaboração e construção de uma nova política Nacional de Medicamentos, que se efetiva com a edição da Portaria GM nº. 3916, de 30 de outubro de 1998.

Nesse período, foi reforçado o programa Farmácia Básica, criado ainda na vigência da CEME para tentar resolver os problemas de disponibilidade de medicamentos para o atendimento primário de saúde na rede pública. Esse programa previa o fornecimento de um rol de medicamentos básicos, com todas as etapas coordenadas pelo Ministério da Saúde.

A Lei 8078/90, que estabelece o Código de Defesa do Consumidor, e o decreto 793 que, no Governo Itamar Franco, tornou obrigatório o destaque do nome genérico nas embalagens e sua utilização nas prescrições emitidas pelo SUS, e a Portaria Ministerial 1565/94 instituíram o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Posteriormente, uma série

de instrumentos legais foi conformando um novo cenário para a reestruturação do consumo de medicamentos no Brasil, destacando-se a Lei 9782/99, que criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e a Lei 9787/99, que estabeleceu as normas para a produção.

A edição da NOB 01/96 define orientações para a organização da Assistência Farmacêutica, estabelecendo como linhas gerais de atuação para o gestor federal a orientação e a implementação de uma política nacional de assistência farmacêutica. Para as esferas estaduais e municipais, a edição da NOB 01/96 reservou o papel de estruturar e operacionalizar as atividades de Assistência Farmacêutica, além de organizar e prestar os serviços diretamente à população.

A NOAS 2001 traz uma tentativa de responsabilização real com pactuação de compromissos e metas entre gestores, representando o fim de um período de gestão centralizada do medicamento, abrindo possibilidades de uma nova realidade da Assistência Farmacêutica.

Ainda em 2001 é instituído o Programa de Farmácia Popular e, em 2002, cria-se o programa de Assistência aos Portadores de Hipertensão e Diabetes.

Assim, com este breve histórico da assistência farmacêutica no Brasil, podemos demonstrar que ainda há grandes carências nessa área, principalmente no que refere ao acesso e à organização de serviços farmacêuticos qualificados, que venham, efetivamente, promover a sua reorientação com bases nos princípios e diretrizes do SUS.

Revista APS:– Como você avalia a AF no contexto do SUS?

Esta pergunta pode servir para esclarecer a complexidade do processo de universalização da saúde como um direito de cidadania preconizado na Carta Constitucional.

Em primeiro lugar, o grande desenvolvimento do complexo médico-industrial, em que se vincula a Indústria Farmacêutica, garante a quem pode pagar o acesso a medicamentos de primeira linha em uma ampla rede de estabelecimentos, onde o comércio do medicamento é difundido. Assim, o acesso ao medicamento ocorre via comercialização sem um acompanhamento da atenção farmacêutica, o que tem causado sérios riscos à saúde dos usuários. Com base em dados internacionais, sabe-se que 40% dos casos de internações por intoxicações são devido ao uso irracional dos medicamentos.

Quanto à assistência farmacêutica sob responsabilidade do Estado muitas foram as discussões e propostas contidas no processo da Reforma Sanitária Brasileira que culminaram no SUS. O ambiente adverso instalado no País, com o avanço das propostas de Estado mínimo iniciado por Collor de Melo e consolidado no governo de FHC, impediram o avanço e a esperada consolidação do SUS em toda a sua amplitude, durante toda a década de 90. Por sua ligação mais direta com o complexo médico-industrial e mais recentemente com o complexo médico-financeiro, a Assistência Farmacêutica foi uma das áreas mais atingidas por essa política neoliberal, que privilegia o capital em detrimento do bem estar social. Desta forma, a AF entendida como a busca de uma estratégia de organização lógica das diversas atividades que envolvem o uso de medicamentos no processo de atenção à saúde é ainda pouco difundida nas unidades formadoras e, em conseqüência, nas práticas profissionais, é pouco compreendida entre os gestores da saúde nas diferentes instâncias decisórias e longe de ser disponibilizada aos usuários do Sistema. Esta situação é claramente identificada em se tratando do medicamento de uso ambulatorial continuado,

quando o tratamento de doenças crônicas, muitas vezes de duração por toda a vida, se torna inacessível para a maioria da população. Teoricamente, a medicação já está disponível, mas na prática o seu acesso e o seu uso racional ainda não é uma realidade nas práticas de saúde no Brasil. O acesso, ainda que sem uma prática de atenção farmacêutica, é reservado apenas a uma pequena parcela de nossa população.

Revista APS: Então não são identificados avanços?

Ainda que, na prática, a Assistência Farmacêutica seja pouco reconhecida como parte integrante da atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), podemos considerar que avanços importantes já podem ser contabilizados. A publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), em 1999 (BRASIL, 1998), constitui-se um marco importante no processo de sua reestruturação. Contudo ainda é uma das áreas em que mais se identificam deficiências estruturais, limitação de recursos e uma crônica desorganização dos processos de trabalho. As conseqüências mais óbvias dessa desorganização são prejuízos econômicos para o sistema de saúde, para a sociedade e para a saúde dos cidadãos. Isso se observa porque ainda se confunde AF com acesso ao medicamento. Na realidade, apenas a aquisição do medicamento sem um gerenciamento adequado dos recursos destinados a esta aquisição, distribuição e dispensação tem refletido negativamente na qualidade dos serviços, restringindo o acesso da população aos medicamentos e prejudicando a racionalidade do seu uso. As manchetes dos jornais denunciando desperdício acontecem rotineiramente tanto em nível nacional quanto local, e demonstram que apenas a aquisição descontrolada de medicamentos tem servido somente para garantir o lucro para as grandes empresas farmacêuticas internacionais. Por outro lado, demonstram também que a Assistência Farmacêutica já é um componente da agenda da saúde do Estado o que constitui um significativo avanço, como também uma esperança de luz no fundo do túnel.

Revista APS: Que estrutura é necessária para implementar a Assistência Farmacêutica na APS?

Alguns aspectos devem ser considerados. Em primeiro lugar, a vontade política do gestor local, acompanhada do seu grau de governabilidade, constitui-se em um passo fundamental para a implementação de uma política de medicamentos, não só na atenção básica, como em quaisquer níveis. Em segundo lugar, cabe considerar que qualquer atividade fundada no saber técnico não pode prescindir do profissional com competências e habilidades para o seu exercício. Assim é, sob a orientação do profissional farmacêutico, que a implementação da Assistência Farmacêutica deve ser estruturada.

Este profissional organizará o processo tendo como base o ciclo do medicamento, definirá sua organização considerando o nível de exigência e a complexidade e contraste nos diferentes municípios brasileiros. O processo não pode prescindir de uma completa provisão responsável da farmacoterapia com o propósito de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente.

E, finalmente, outro fato a ser considerado é que as atividades devem ser desenvolvidas de forma articulada com as atividades de toda a equipe de saúde, do médico ao ACS. Através da atenção farmacêutica, o usuário participará ativamente do seu processo terapêutico. Este processo se completa.

Claro que esta é uma situação ideal para garantia da integralidade do atendimento ao usuário. Atingi-la em sua plenitude é considerar, por atores estratégicos, utópica ou desnecessária.

Revista APS: Você tem algo mais a dizer que julgue importante para nossos leitores?

Por dever de ofício, é fundamental destacar que a formação dos recursos humanos com perfil adequado à assistência farmacêutica tem se constituído em um grande obstáculo a ser superado. A tarefa torna-se ainda mais árdua no sentido de que ainda precisamos criar, nas unidades formadoras, um contexto favorável para esta tarefa. A formação continuada do profissional já no seu campo de atividade também é uma tarefa a ser atacada com urgência e de forma contínua. O desafio é grande e a esperança ainda maior. Mas este é um assunto para uma outra ocasião.