

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

Análise de programas e ações em assistência farmacêutica para a disponibilidade de medicamentos essenciais no programa saúde da família.

LUIZ ANTÔNIO MARINHO PEREIRA

PORTO ALEGRE, 2005

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

Análise de programas e ações em assistência farmacêutica para a disponibilidade de medicamentos essenciais no programa saúde da família.

Dissertação apresentada por **Luiz Antônio Marinho Pereira** para obtenção do GRAU DE MESTRE em Ciências Farmacêuticas

Orientador: Prof. Dr. Paulo Eduardo Mayorga Borges

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, em nível de Mestrado Profissionalizante – Gestão da Assistência Farmacêutica, em 17 de junho de 2005, da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Edson Perini
Universidade Federal de Minas Gerais

Dr. Geraldo Lucchesi
Câmara dos Deputados

Prof. Dra. Isabela Heineck
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Ronaldo Bordin
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

FICHA CATALOGRÁFICA

Dedicatória

*“Quem me dera, ao menos uma vez,
Provar que quem tem mais do que precisa ter
Quase sempre se convence que não tem o bastante
E fala demais por não ter nada a dizer.”
Índios - Renato Russo*

*“Tenho andado distraído
Impaciente e indeciso,
E ainda estou confuso.
Só que agora é diferente:
Estou tão tranquilo
E tão contente.”
Quase Sem Querer- Renato Russo*

*“Todos os dias quando acordo,
Não tenho mais o tempo que passou
Mas tenho muito tempo:
Temos todo o tempo do mundo.”
Tempo Perdido- Renato Russo*

Dedico este trabalho à:

Viviane Vargas, minha mulher, companheira e fiel amiga. Luísa, minha filha que é tudo de bom. Marisa Moreira, minha eterna mãe. Meus irmãos, Fernando, Paulo e Margareth que sempre vão estar comigo. Memória de meu pai, Antônio Marinho, por tudo que nos deixou de herança: Solidariedade e Compreensão. Todos os meus companheiros de vida.

Agradecimentos

Aos amigos Edson Perini e o Bob (Josiano Gomes Chaves) co-autores do projeto “Farmácia 2000”, que lutam por uma Assistência Farmacêutica de qualidade.

À Wilson Benício Siqueira, que me propiciou demonstrar meus conhecimentos, na gestão do prefeito Patrus Ananias à frente da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Aos companheiros de trabalho do Serviço de Apoio Terapêutico da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte pelo aprendizado e em especial, Vicencina Maria da Costa Val.

Ao Carlos Alberto Pereira Gomes, o Beto, pelas grandes oportunidades e todo o conhecimento repassado.

Aos meus amigos e colegas de gestão da Secretaria Municipal de Contagem, no período de 1999/2000, em especial Luis Fernando Rolim Sampaio e Maria Cristina Drumond.

À todos os amigos e colegas da Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica(GTAF) do Ministério da Saúde, no período 2000/2002.

À Heloísa Machado de Souza pelo incentivo e a disponibilização do banco dados utilizados neste estudo.

Aos colaboradores mais próximos da GTAF pela amizade: Maria Helena, Fafá, Mirtes, Geraldo Lucchesi, Aroldo e Verlanda.

Agradeço à Simone Alves do Vale, Érica Miranda, Regiane Araújo e Ana Paula Capra pela presteza e colaboração neste trabalho.

Ao amigo Wenderson Walla Andrade que em todos estes anos tem sempre demonstrado confiança, solidariedade e dedicação.

Aos amigos Augusto Guerra, Sérgio Gomes, César Luz e Francisco Acúrcio que de diferentes formas contribuíram e têm contribuído para a minha formação profissional.

À todos os colegas de mestrado pela convivência e aprendizado mútuo.

Agradeço, em especial, ao meu amigo e nesta ocasião, orientador, Prof. Dr. Paulo Mayorga que assim como eu não só sonha com um mundo melhor, mas luta, realiza, empreende e conquista vitórias que permitem mudanças (ainda que pequenas) na academia e nos serviços públicos de saúde.

Resumo

A estratégia do Programa de Saúde da Família (PSF) vem sendo utilizada, no Brasil, na consolidação da atenção primária à saúde. Segundo a OMS, um dos elementos fundamentais no fortalecimento da atenção básica é o acesso a medicamentos essenciais. Neste contexto, o presente trabalho consiste em uma análise da disponibilidade de medicamentos essenciais junto às equipes do PSF. Para o desenvolvimento do trabalho foi utilizada a base de dados da “Avaliação Normativa do PSF”, realizada pelo Ministério da Saúde nos anos de 2001 e 2002. Também foram analisados os elencos pactuados pelas Unidades da Federação para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, o Kit do PSF, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e o Elenco Mínimo e Obrigatório, no contexto da Política Nacional de Medicamentos (PNM). Assim, os dados disponíveis permitiram analisar, a partir da presença de 13 medicamentos essenciais nas equipes do PSF, o desempenho das mesmas quanto à disponibilidade dos medicamentos estudados, resultando em categorias de desempenho no país e nas respectivas regiões geográficas. As categorias estabelecidas neste estudo em relação à disponibilidade de medicamentos essenciais foram C e D para um pior desempenho e, A e B para um melhor desempenho. Desta forma, 3,8% das equipes do PSF foram classificadas na categoria D, 19,50% das equipes na categoria C, 47,6% categoria B e 29% das equipes na categoria A. Os resultados da análise dos elencos pactuados para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica sugerem uma revisão ampla nestes elencos, que propiciem uma qualificação no atendimento às necessidades terapêuticas dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Finalmente, conclui-se que a qualidade dos elencos pactuados e a disponibilidade de medicamentos essenciais encontradas na avaliação das equipes do PSF, enquanto um dos indicadores da atenção básica, possibilita uma revisão nas competências estabelecidas para os gestores na PNM, na hierarquização do SUS e na organização da Assistência Farmacêutica Básica levando a uma necessidade de ações que garantam uma reorientação efetiva do modelo assistencial.

Palavras- chave

Programa de Saúde da Família, Atenção Básica, Medicamentos Essenciais, Política Nacional de Medicamentos, Assistência Farmacêutica.

Abstract

Analysis of programs and actions in Pharmaceutical Assistance for the essential medicine availability in the Health Family Program

The Health Family Program (*Programa de Saúde da Família* - PSF) strategy has been adopted in Brazil in the consolidation of the primary health care. According to World Health Organization, one of the key aspects for empowering the primary health care is access to essential medicines. In these sense, this work consists in an availability study of essential medicines in PSF teams. The "PSF Normative Evaluation" data base accomplished by the Ministry of Health in the years 2001 and 2002 was the main source used in this work. The drug lists established by agreements with the Union, the States and the Federal District to incentive the Primary Pharmaceutical Services, the PSF Kit, the National Essential Drug List, the Minimum and Compulsory Drug List, all of them were also analyzed in the National Drug Policy (*Política Nacional de Medicamentos* - PNM) context. With these data and considering the availability of 13 essential medicines in PSF teams, the performance of these teams with respect to availability of the studied drugs and a national and regional geographic performance classification per category were established. According to availability of essential drugs, the categories established were C and D for the worst performances and A and B for the better performances. So, 3,8% of PSF teams were classified in D category, 19,50% in C category, 47,6% in B category and 29,0 % in A category. The results of the drug lists established by agreements to incentive the Primary Pharmaceutical Services analysis suggest a wide revision in these lists, for their better qualification, in order to meet the SUS-Br¹ user's therapeutics needs. To conclude, the drug lists established by agreements quality and the availability of essential medicines in the PSF team, while primary health care indicators, makes possible a revision in the responsibilities of the National Drug Policy managers, in the SUS-Br hierarchy structure and in the Primary Pharmaceutical Services organization, which in turns calls for actions that guarantee an effective model assistance reorientation.

Keywords

National Drug Policy, Pharmaceutical Services, Health Family Program, Essential Medicines, Primary Health Care.

Sumário

Resumo	v
Abstract	vii
Lista de Tabelas	xi
Lista de Figuras	xii
1 Introdução.....	1
2 Objetivos.....	7
2.1 Objetivo Geral.....	7
2.2 Objetivos Específicos	7
3 Revisão Bibliográfica	9
3.1 A Estratégia do Programa Saúde da Família	8
3.2 Medicamentos Essenciais na Atenção Primária à Saúde.....	20
3.3 Políticas de Medicamentos no Período CEME – um breve histórico.....	22
3.4 Política Nacional de Medicamentos e os Programas de Saúde na Atenção Básica.....	24
3.5 Formas de pactuação para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica	288
3.6 Acesso e Disponibilidade de Medicamentos Essenciais enquanto Indicadores da Atenção Primária à Saúde.....	34
4 Metodologia	39
5 Resultados e Discussão	43
5.1 Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil – Monitoramento das Equipes de Saúde da Família – 2001/2002	43
6 Resultados e Discussão (Parte I)	47
6.1 Estudo de Disponibilidade de 13 Medicamentos Essenciais nas equipes do Programa Saúde da família	47
6.2 Média da Presença dos 13 Medicamentos Essenciais nas equipes do PSF.....	48
6.3 O desempenho das equipes do PSF quanto ao número de medicamentos presentes.....	51
6.4 Desempenho das equipes do PSF por região	53
6.5 Desempenho das equipes do PSF por unidades da federação de acordo com os critérios definidos.....	54
6.6 A Relação entre as pactuações para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e a disponibilidade de medicamentos nas equipes do PSF.....	58

6.7 A Disponibilidade de Medicamentos no PSF e atenção básica: suas possíveis causas e alternativas de resolução	60
6.8 Algumas alternativas para a promoção do acesso a medicamentos na atenção básica.....	61
7 Resultados e Discussão (Parte II)	65
7.1 Os elencos estaduais do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e a presença da Rename	65
7.2 A Presença do Elenco Mínimo e Obrigatório (EM) nos elencos estaduais do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica.....	67
7.3 A Origem do Kit PSF e sua presença nos elencos estaduais do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica	72
8 Conclusões.....	77
9 Perspectivas.....	82
10 Referências	83
11 Anexos.....	89

Lista de Tabelas

Tabela 1: Programa de Saúde da Família: número de equipes, população assistida e distribuição regional em junho de 2004	15
Tabela 2: Momentos relevantes na história do Programa Saúde da Família no Brasil	16
Tabela 3: Principais programas de saúde com financiamento de medicamentos pelo Ministério da Saúde	29
Tabela 4: Gastos com Medicamentos pelo Ministério da Saúde no ano de 2003	32
Tabela 5: Comportamento Estatístico dos 13 Medicamentos Essenciais nas Equipes	47
Tabela 6: Número e percentual de equipes do PSF para os critérios de classificação estabelecidos.....	51
Tabela 7: Unidades Federadas e suas formas de pactuação ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica	59
Tabela 8: Relação entre os elencos pactuados nas unidades federadas para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e a RENAME 2002.....	66
Tabela 9: Relação entre os elencos pactuados nas unidades federadas no ano de 2001 para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e o Elenco Mínimo e Obrigatório.....	68
Tabela 10: Relação entre os elencos pactuados nas unidades federadas no ano de 2002 para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e o Elenco Mínimo e Obrigatório.....	70
Tabela 11: Relação entre os elencos pactuados nas unidades federadas no ano de 2002 para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e o elenco de medicamentos do Kit PSF	74

Lista de Figuras

Figura 1: Evolução do número de equipes do PSF: 1994-.2004(Jun.)	18
Figura 2: Evolução dos Recursos do MS (em milhões) aplicados no PACS/PSF e o percentual sobre os recursos da Atenção Básica.....	18
Figura 3: Evolução dos Gastos Federais (em milhões de reais) com Atenção Básica à Saúde	19
Figura 4: Gastos com Medicamentos na Atenção Básica em relação aos demais Programas.....	33
Figura 5: Percentual médio da presença dos 13 medicamentos essenciais nas equipes do PSF	49
Figura 6: Número de equipes para cada critério de classificação	52
Figura 7: Percentual de equipes do PSF para os critérios definidos por região geográfica.....	54
Figura 8: Percentual de equipes do PSF para a categoria D por unidade da federação.....	55
Figura 9: Percentual de equipes do PSF para a categoria C por unidade da federação.....	56
Figura 10: Percentual de equipes do PSF para a categoria B por unidade da federação.....	57
Figura 11: Percentual de equipes do PSF para a categoria A por unidade da federação.....	58

1 Introdução

Durante a década de 60, em várias partes do mundo, o amplo debate que realçou a determinação econômica e social da saúde abriu caminho para a busca de uma abordagem positiva nesse campo, visando superar a orientação centrada predominantemente no controle da enfermidade (Brasil, 2001a). Modelos de saúde adotados na China e no Canadá estabeleceram bases importantes para movimentos de convergência na conformação de um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata (OMS/UNICEF, 1978) com a proposta de Saúde para Todos no Ano 2000 e a estratégia de Atenção Primária à Saúde.

O Brasil, marcado na década de 70 por grandes investimentos pelo poder público no modelo hospitalocêntrico, também foi influenciado por estes movimentos que contribuíram sobremaneira para maiores discussões e formulações no campo da saúde e em especial, na atenção primária à saúde.

Conceitualmente, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem três distintas concepções que fundamentam as políticas e práticas de saúde no Brasil (Paim, 2003): (i) enquanto programa de medicina simplificada ou “atenção primitiva de saúde” (Testa, 1992), (ii) enquanto nível de atenção, atendimento de primeira linha ou “atenção primeira e básica” (Schraiber; Mendes-Gonçalves, 1996) e (iii) enquanto componente estratégico da proposta de Saúde para Todos no Ano 2000.

Internacionalmente, Starfield (2002) já considera a atenção primária à saúde como “aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas”.

Considerando esses aspectos conceituais com relação à APS, importante é ressaltar que o modelo adotado no Brasil, na década de 90, engloba um conjunto de princípios (participação, descentralização, ação multisetorial e tecnologia apropriada) que a constituem como uma estratégia definitiva na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (Paim, 2003).

O Ministério da Saúde (MS) tem adotado a expressão Atenção Básica de Saúde (ABS) tentando talvez evitar a confusão com a concepção de APS correspondente à “atenção primitiva de saúde” (Paim, 2003) e, possivelmente, para se distanciar de grandes discussões filosóficas acerca do tema.

Portanto, a Atenção Básica de Saúde (ABS), segundo o próprio MS, constitui:

“um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (Brasil, 1998a).

A organização da Atenção Básica em programas e ações de saúde está definida na Lei nº8080/90 (Brasil, 1990) e tem como fundamento os princípios do SUS, a seguir referidos:

Saúde como direito - a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.

Integralidade da assistência – entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

Universalidade – acesso garantido aos serviços de saúde para toda a população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.

Equidade – igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco, das condições de vida e da saúde de determinados indivíduos e grupos da população.

Resolutividade – eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à

população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais está exposta essa população.

Intersetorialidade – desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos.

Humanização do atendimento – responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população.

Participação – democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social do sistema (Brasil, 1998a).

No decorrer da década de 80 observou-se no Brasil uma rápida expansão de centros e postos de saúde. Centros e postos de saúde são unidades de saúde destinadas a prestar atenção básica, ou seja, atenção primária à saúde. As equipes de saúde desses serviços são constituídas por quatro especialidades médicas (clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia) e por equipe de enfermagem de apoio. Ainda hoje, as equipes de saúde na atenção básica têm essa estrutura predominante, com a inclusão em muitos municípios de outros profissionais da área da saúde e também da área social. Essa composição da equipe de saúde, nesse modelo de serviço, é denominada de “tradicional”, pela sua origem e como forma de diferenciá-lo de outros modelos de atenção à saúde que por ventura venham a ser criados, como no caso do Programa de Saúde da Família (PSF).

A década de 90 foi marcada por grandes investimentos do MS na universalização da atenção básica. Paralelamente, houve avanço no processo de municipalização, ou seja, os municípios passam a adquirir maior autonomia para efetuar as ações de saúde. Estabelecem-se também novas sistemáticas para o financiamento das ações

e serviços de saúde, especialmente em nível da atenção básica (Marques e Mendes, 2002).

De fato, a década de 90 testemunha a passagem de um sistema extremamente centralizado do ponto de vista político, administrativo e financeiro para um cenário em que milhares de gestores passam a se constituir atores fundamentais no campo da saúde (Levcovitz *et al.*, 2001). Ressalta-se aqui, que toda essa transformação é oriunda do Movimento Sanitário¹, originário da década de 70 e, que foi o grande responsável pelas conquistas obtidas na Constituição de 1988 onde se estabeleceu o Sistema Único de Saúde.

A inversão do modelo assistencial se fortalece, de fato, com a edição da Norma Operacional Básica - NOB/96, onde se estabelece nova proposta de modelo de atenção à saúde, com destaque para o tópico a seguir:

“O modelo vigente, que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada entre o profissional e o paciente, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa) específica, deve ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários: as famílias”.(Brasil,1997).

Considerando então, essa nova realidade alcançada na última década, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, iniciado em 1991, e o Programa de Saúde da Família, instituído no ano de 1994, constituem uma estratégia decisiva para a inversão do modelo assistencial até então vigente. Esses dois programas se tornam peças fundamentais para a consolidação do modelo assistencial centrado na atenção básica, com ênfase nas ações de promoção e prevenção da saúde.

O objeto deste estudo concerne a contribuição dos programas e ações em assistência farmacêutica para a disponibilidade de medicamentos essenciais no programa saúde da família, considerando a evolução da atenção básica no Brasil com a implantação do PACS/PSF.

4
¹ O Movimento Sanitário, constituído por intelectuais, médicos e lideranças políticas ligadas à saúde, provenientes, em grande parte, do Partido Comunista Brasileiro (PCB), influenciou muito o âmbito acadêmico e pode ser considerado o mentor do processo de reforma. (Gerschman, 1995)

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 de Saúde da Família é abordada de modo a demonstrar seus marcos regulatórios onde 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, seja na totalidade do país ou por regiões geográficas.

A viabilidade desta 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 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 neste nível de atenção. Considerando a definição de medicamentos essenciais pela 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 neste 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 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 em dois momentos. No primeiro momento, discute-se a disponibilidade de medicamentos essenciais nas equipes do PSF a partir das informações obtidas na "Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil" realizada pelo MS no período de 2001/2002 (Brasil, 2004d). Esta avaliação investigou a presença de medicamentos essenciais

nestas equipes, permitindo uma classificação quanto ao seu desempenho, no país e em suas regiões geográficas. No segundo momento, os elencos de medicamentos pactuados pelas unidades da federação para a assistência farmacêutica básica foram comparados com RENAME(Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) e outros dois elencos para à atenção básica: o elenco mínimo e obrigatório e o Kit PSF.

Neste contexto, espera-se como principal fruto deste estudo o estímulo à análise e discussão sobre as competências estabelecidas para os 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.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Analisar o impacto de programas e ações em assistência farmacêutica no que se refere à disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção básica, especificamente no programa saúde da família.

2.2 Objetivos Específicos

Estudar a frequência de disponibilidade de 13 (treze) medicamentos essenciais no conjunto das equipes de saúde da família.

Analisar a disponibilidade destes treze medicamentos essenciais no país , regiões e unidades federadas.

Analisar a composição dos elencos pactuados para à assistência farmacêutica básica, elenco Mínimo e Obrigatório, Kit PSF e RENAME.

Contribuir para a reorientação das ações públicas na promoção do acesso à medicamentos essenciais na atenção básica.

3 Revisão Bibliográfica

3.1 A Estratégia do Programa Saúde da Família

A adoção, no início da década de 90, da estratégia de saúde da família, como complemento do esforço feito pela implantação do 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 onde 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 deste 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 edita-se a Portaria GM nº1882/97 (Brasil, 1997) que estabelece o Piso da Atenção Básica - PAB, onde 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 ações da assistência básica, de responsabilidade tipicamente 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 nº1886/97, que aprova as Normas e Diretrizes do PACS e PSF, foi editada no mesmo dia que a portaria que instituiu o PAB, sendo

que em seu anexo II trata das competências do MS, estados e municípios para o Programa de Saúde da Família. Cabe aqui destaque, na íntegra, dos seguintes tópicos:

"Requisitos para a inserção do município no programa

5. O município é o espaço de execução da estratégia de saúde da família enquanto projeto estruturante da atenção básica, portanto cabe a este nível definir os meios e condições operacionais para sua implantação.

6. O município deve cumprir os seguintes REQUISITOS para sua inserção ao Programa de Saúde da Família:

6.1 Estar habilitado em alguma forma de gestão segundo a NOB/SUS 01/96;

6.2 Apresentar ata de reunião do Conselho Municipal de Saúde onde aprova-se a implantação do programa;

7. A adesão ao PSF deve ser solicitada, pelo município, à Secretaria Estadual de Saúde.

Prerrogativas

8. São prerrogativas do município:

8.1. O Ministério da Saúde repassará recursos financeiros de incentivo, proporcionais à população assistida pelas unidades de saúde da família, de acordo com critérios e prioridades definidos e pactuados na Comissão Intergestores Tripartite.

8.2 As Secretarias Estaduais de Saúde definirão a forma de apoio no âmbito de suas competências.

Diretrizes operacionais do Programa de Saúde da Família

9. Aspectos que caracterizam a reorganização das práticas de trabalho nas unidades de saúde da família:

9.1 *Caráter substitutivo das práticas tradicionais das unidades básicas de saúde, complementariedade e hierarquização.*

9.2 *Adscrição de população /territorialização*

9.3 *Programação e planejamento descentralizados.*

9.4 *Integralidade da assistência.*

9.5 *Abordagem multiprofissional.*

9.6 *Estímulo à ação intersetorial.*

9.7 *Estímulo à participação e controle social.*

9.8 *Educação permanente dos profissionais das equipes de saúde da família.*

9.9 *Adoção de instrumentos permanentes de acompanhamento e avaliação.*

10. *Caracterização das unidades de saúde da família:*

10.1 *Consiste em uma unidade ambulatorial pública de saúde destinada a realizar assistência contínua nas especialidades básicas, através de equipe multiprofissional. Nela são desenvolvidas ações de promoção, prevenção, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, características do nível primário de atenção, tendo como campos de intervenção o indivíduo, a família, o ambulatório, a comunidade e o meio ambiente.*

10.2 *Configura-se como o primeiro contato da população com o serviço local de saúde, onde se garanta resolutividade na sua complexidade tecnológica, assegurando-se a referência e contra-referência com os diferentes níveis do sistema quando é requerida maior complexidade para resolução dos problemas identificados.*

10.3 *Trabalha com definição de território de abrangência, que significa a área que está sob sua responsabilidade.*

10.4 *Pode atuar com um a ou mais equipes de profissionais, a depender da área de abrangência e do número de habitantes vinculados a esta unidade.*

10.5 *As equipes devem realizar o cadastramento das famílias, com visitas aos domicílios, segundo a definição territorial pré-estabelecida;*

11. *Caracterização das equipes de saúde da família:*

11.1 *Uma equipe de profissionais de saúde da família pode ser responsável, no âmbito de abrangência de uma unidade de saúde da família, por uma área onde residam no máximo 1000 (mil) famílias ou 4500 (quatro mil e quinhentas) pessoas.*

11.2 Recomenda-se que uma equipe de saúde da família deva ser composta minimamente pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de um agente para, no máximo 150 famílias ou 750 pessoas).

11.3 Para efeito de incorporação dos incentivos financeiros do Ministério da Saúde, as equipes deverão atender aos seguintes parâmetros mínimos de composição:

11.3.1 Médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde (na proporção de um agente para, no máximo 150 famílias ou 750 pessoas) ou

11.3.2 Médico enfermeiro e auxiliares de enfermagem."

O que se verifica nesse trecho extraído da Portaria GM nº1886/97 é a grande responsabilidade do município, enquanto gestor, na execução do programa de 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 equipe. 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 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, porém com maior determinação nas definições de cobertura populacional e área de abrangência.

A responsabilidade dos gestores estaduais na implantação do PSF, à primeira vista, se comporta de maneira cartorial. Mas, o que tem se verificado em vários estados é a incorporação da estratégia do PSF como prioridade na gestão da saúde, seja 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 por intermédio do

cadastro proveniente da área de cobertura de cada equipe. A formação de generalista do profissional médico, sem a necessidade de especialização e, 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.

Recentemente, no ano de 2000, a odontologia é incorporada ao PSF com financiamento garantido pelo MS. A equipe mínima de saúde bucal se constitui de um profissional de nível superior de odontologia e dois auxiliares de cirurgia dentista. Atualmente existem aproximadamente 4000 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 instrumental e equipamentos. Importante ressaltar que outros profissionais podem compor a equipe do PSF, o que depende 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 junto 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/01/2001² 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 pólos ou sedes de módulos no processo de regionalização proposto pela NOAS ainda se mantinha com baixa cobertura pelo PSF.

O Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – PROESF é lançado em 2002 por iniciativa do MS e com apoio do Banco Mundial – BIRD, com

2 O Ministério da Saúde editou, da década de 90, quatro Normas Operacionais Básicas (NOB SUS 01/91, NOB SUS 01/92, NOB SUS 01/93 e NOB SUS 01/96) que regulamentaram o processo de descentralização das ações de saúde. O avanço do processo da descentralização culminou no processo de regionalização da saúde, ora em curso, com criação das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS 01/01 e NOAS 01/02).

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 municípios com população superior a 100 mil habitantes, os outros dois componentes já são destinados à todos os municípios que possuem ou que ainda irão implementar o PSF. Verifica-se com o PROESF a grande preocupação do MS em urbanizar ou “metropolizar” a estratégia do saúde da família (Brasil, 2003).

O Programa de Saúde da Família em 2004 fez dez anos de existência, atingindo mais de 65 milhões de pessoas e contando com uma quantidade superior a vinte mil equipes (Brasil, 2004a). Ao longo deste 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.

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	Nº	% 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

Observa-se na tabela 1 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%). A região sudeste que apresenta o maior percentual da população brasileira (42,7%) tem o segundo maior número de equipes (6335) 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 dez 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 80	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".
1997	Reforsus - Implantação dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Recursos Humanos para Saúde da Família. Segundo documento oficial "PSF: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial", dirigido aos gestores e trabalhadores do SUS e instituições de ensino. O PACS e PSF são incluídos na agenda de prioridades da política de saúde. Publicação da Portaria MS/GM nº 1.882, criando o Piso de Atenção Básica (PAB). Publicação da Portaria MS/GM nº 1.886, com as normas de funcionamento do PSF e do PACS.
1998	O PSF passa a ser considerado estratégica estruturante da organização do sistema de saúde. Início da transferência dos incentivos financeiros ao PSF e ao PACS, do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais de Saúde. Primeiro grande evento: "I Seminários de Experiências Internacionais em Saúde da Família". Edição do "Manual para o Organização da Atenção Básica", importante respaldo organizacional para o PSF. Definição, pela primeira vez, de orçamento próprio para o PSF, estabelecido no Plano Plurianual.
1999	Realização do 1º Pacto da Atenção Básica. Segundo grande evento: "I Mostra Nacional de Produção em Saúde da Família - construindo um novo modelo". Lançamento do 1º número da "Revista Brasileira da Saúde da Família". Realização do estudo "Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família". Edição da Portaria nº 1.329 que estabelece as faixas de incentivo ao PSF por cobertura populacional.

Tabela 2: Momentos relevantes na história do Programa Saúde da Família no Brasil(conclusão)

Final década de 80	Início da experiência de Agentes Comunitários de Saúde pelo Ministério da Saúde (MS)
2000	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.
2001	Edição da "Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS/01", ênfase na qualificação da atenção básica. Terceiro evento: "II Seminário Internacional de Experiências em Atenção Básica/Saúde da Família (ESF). Apoio à disponibilização de medicamentos básicos para a Equipe de Saúde da Família (ESF). Incorporação das ações de saúde bucal no PSF. Primeira fase do estudo: "Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil".
2002	Quarto evento: "PSF - A saúde mais perto de 50 milhões de brasileiros". Segunda fase do estudo: "Monitoramento das equipes de Saúde da Família no Brasil".
2003	Início da execução do Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia de Saúde da Família (Proesf). Publicação dos indicadores 2000, 2001 e 2002 do Sistema de Informação da Atenção Básica.

Fonte: Ministério da Saúde/ Informe da Atenção Básica nº 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 neste 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 (Figura 1), quando uma nova sistemática para o cálculo dos incentivos financeiros, valorizando a cobertura populacional e reajustando os valores transferidos aos municípios, certamente foi um indutor para a expansão do número de equipes nos anos subseqüentes.

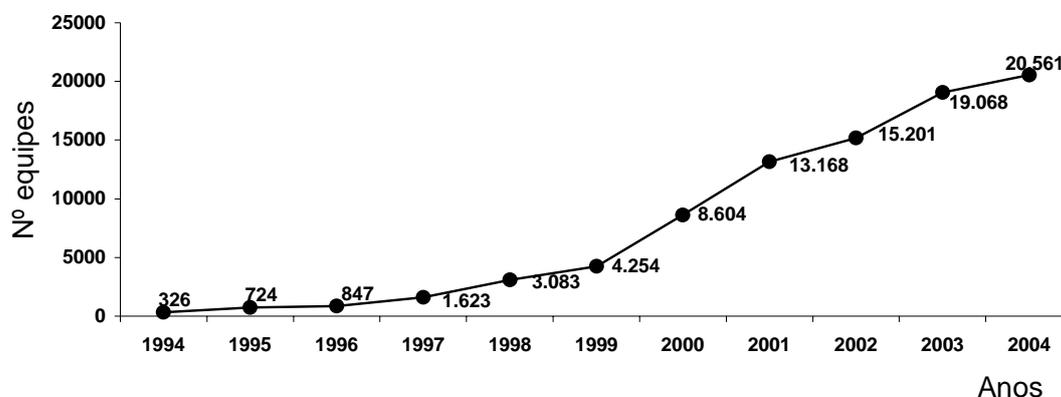


Figura 1: Evolução do número de equipes do PSF: 1994-.2004(Jun.)

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 estes valores representam de todo o montante destinado à atenção básica.

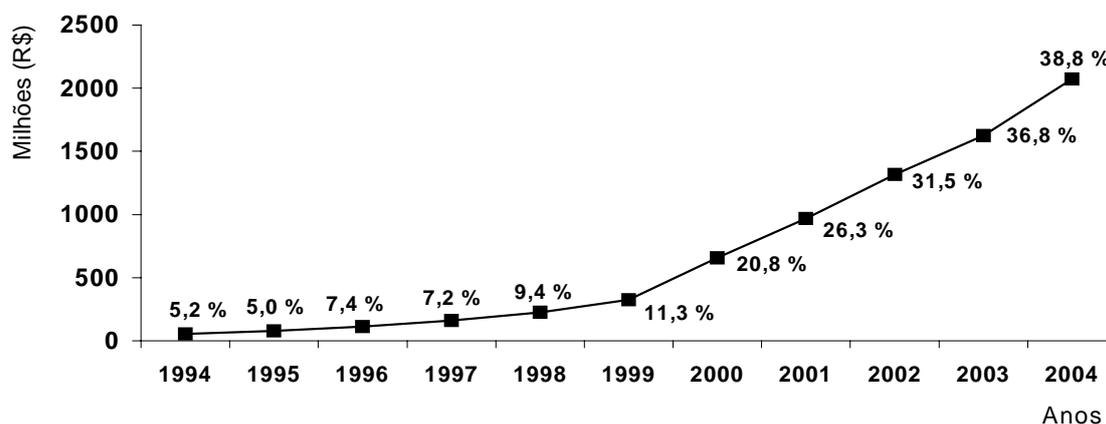


Figura 2: Evolução dos Recursos do MS (em milhões) aplicados no PACS/PSF e o percentual sobre os recursos da Atenção Básica

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 3700%.

Na figura 2 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, bem próxima dos 2,137 bilhões de reais destinados ao PAB fixo.

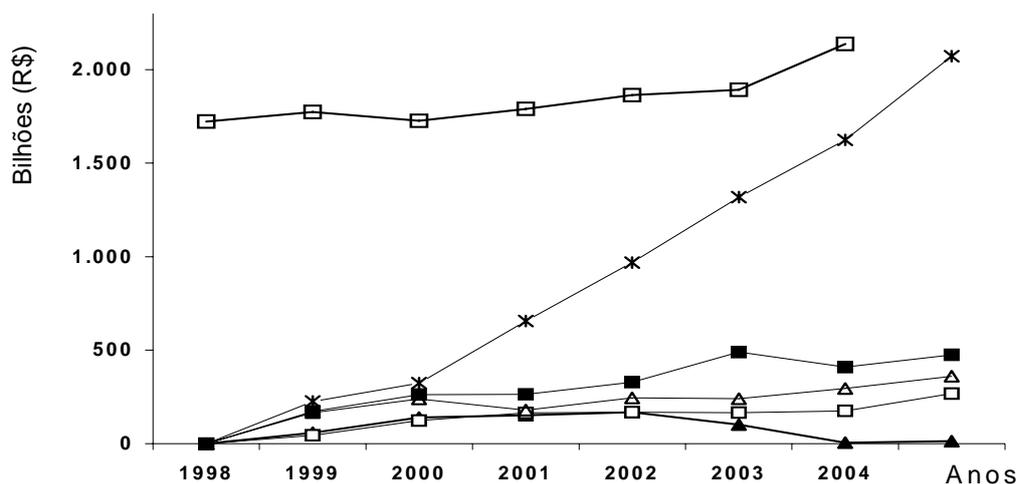


Figura 3: Evolução dos Gastos Federais com Atenção Básica à Saúde

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 dez secretarias estaduais de saúde, em estudo realizado pelo MS no ano de 2001, proporcionaram incentivos financeiros para a implantação do PSF, ainda que 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) papel fundamental na busca da equidade do gasto do PSF.

3.2 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 Art.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. Segundo 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 Assembléia 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 se tornando cada vez mais necessária face à evolução e surgimento de novas doenças, como a AIDS, por exemplo, 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, onde no Art. 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, através da 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 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 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 infra-estrutura técnico-administrativa própria. Como resultado, constitui-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 possuem 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, neste sentido, são selecionados para satisfazer as necessidades fundamentais de saúde de todos os segmentos da população. Por este motivo devem estar continuamente disponíveis, em quantidade, dosagens e formas farmacêuticas adequadas (Guerra Jr., 2002).

3.3 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 à 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). Estes 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 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 distribuição levando à entrega de medicamentos às unidades de saúde próxima do vencimento, aumentando ainda mais as perdas.

Com certeza estes 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 aumento da

capacidade técnica de produção de medicamentos, bem como as ações da CEME de distribuição do programa Farmácia Básica passam a ser severamente comprometidas em virtude da reforma do estado implementada e com a abertura econômica irrestrita do país ao capital internacional (Lisboa *et al.* 2001). Neste 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 reduções orçamentárias e um sistema político-administrativo ineficiente, sempre sujeito às acomodações do jogo político partidário. Isto 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 nº 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 municípios de até 21.000 habitantes. Neste período, a Secretaria de Políticas de Saúde do MS coordena um processo de elaboração de uma nova Política Nacional de Medicamentos, sendo seu texto submetido à aprovação do Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite, resultando na edição da Portaria Ministerial nº 3916 de 30/10/98 (Brasil, 1998b).

3.4 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 deste 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 se encontra desprovido de regras claras e objetivas que permeiam este tema tão importante. Pelo contrário, a Portaria nº3916/98 se encontra 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 nº 338 de 06/05/2004 (Brasil, 2004c) que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Esta política traz , em seu bojo, 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 possuem uma legislação específica sobre política de medicamentos. O estado de Minas Gerais, por exemplo, por meio da Lei nº14133 de 21/12/2001(Minas Gerais, 2001), que estabelece a Política Estadual de Medicamentos, possui talvez uma das legislações mais abrangentes e atualizadas neste campo da saúde. Cabe aqui ressaltar o pioneirismo deste 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 nº 176/99 (Brasil, 1999) que estabelece critérios e requisitos para a qualificação de estados e municípios ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. Esta portaria faz parte do processo de regulamentação da PNM e foi editada após dois anos da criação do PAB, onde em sua parte variável já era estabelecido 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 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 destes 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 irá 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 nº16/00. A Portaria SPS nº16/00 (Brasil, 2001c) estabelece o Elenco Mínimo e Obrigatório (EM) de medicamentos para Pactuação na Atenção Básica (**Anexo I**), de que trata a Portaria nº176/99. Estas 27 listas se desdobram em mais de cinco mil listas quando se constata que cada município tem a autonomia para garantir uma complementariedade à estes elencos pactuados.

3.5 Formas de pactuação para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica

a) Totalmente centralizada no estado (TCE)

Nesta 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, e os repassa aos municípios nos prazos previamente definidos.

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

O Ministério da Saúde ainda mantém de forma centralizada, ou seja, adquire e distribui diversos medicamentos destinados para a atenção básica. Estes medicamentos estão incluídos em diversos programas de saúde que compõem a atenção básica. A tabela 3 apresenta estes programas e 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 intra-uterino) 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 tenham aderido ao PHPN, além de possuírem unidades de saúde aptas a lidar com este 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 nº 16, de 03/01/2002, estabeleceu a necessidade de reorganização da assistência, prevenção e promoção à saúde, a vinculação dos usuários à rede, a implementação de programas de educação permanente em hipertensão arterial, diabetes mellitus e demais fatores de risco para doenças cardiovasculares.
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. Segunda 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	Medicamentos adquiridos pelo Ministério da Saúde e distribuídos às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, a fim de atender demandas terapêuticas referentes a morbidades específicas, seja em 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</i> (Dots), 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.

Tabela 3: Principais programas de saúde com financiamento de medicamentos pelo Ministério da Saúde (conclusão)

Programa	Características
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 cerca de 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.
Produtos do Programa de “Medicamentos Essenciais” para a área de Saúde Mental	Medicamentos que são financiados pela União e pelos Estados, adquiridos pelos Estados ou municípios e distribuídos apenas nas unidades da rede pública de atenção ambulatorial de saúde mental.
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. Isto 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. Neste sentido foi desenvolvido um “Kit de Medicamentos da Farmácia Penitenciária”.
Endemias Focais	Medicamentos financiados pelo MS para atender à diversas doenças prevalentes como: Malária, Esquistossomose, Doença de Chagas, Leishmaniose dentre outras.
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.
Programa da AIDS	Medicamentos Antiretrovirais 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 possuem 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 possui uma coordenação e corpo técnico específico que são responsáveis pela elaboração dos elencos de medicamentos, programação das necessidades e acompanhamento das distribuições. O MS não possui um comitê ou comissão única para a definição de todos os medicamentos ofertados pelos diversos programas. Deste 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 também uma deficiência na complementariedade entre os diversos programas. Outro fator de destaque é que desta forma o MS tem gastos vultuosos com toda a logística que envolve cada um destes programas.

Especificamente para o PSF, no ano de 2001, o MS criou o Programa Farmácia Popular ou Kit PSF, por meio das Portarias GM nºs 343/01 e 786/02 (**Anexo II**). Isto 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 de um elenco de 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 esta 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 co-gestão. Nesta 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 segundo estimativas representam mais que R\$1bilhão 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 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
Total	1.787.044.059,41	469.789.491,31

Fonte: Ministério da Saúde/ Sub-Secretaria de Assuntos Administrativos

Analisando-se a Figura 4 verifica-se que apenas 26,29% do total dos recursos financeiros foram aplicados na aquisição de medicamentos para a atenção básica. Os demais 73,71% foram gastos com medicamentos para os demais programas de saúde.

Cabe destacar 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.

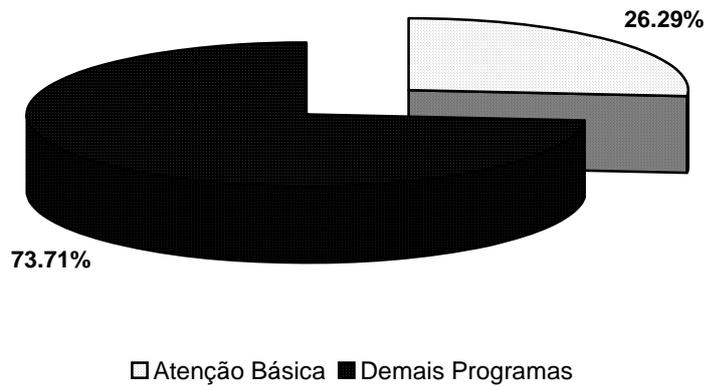


Figura 4: Gastos em percentual com medicamentos na Atenção Básica em relação aos demais Programas

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 deste sistema, os gastos com medicamentos para todos os programas de saúde foram superiores à 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 esta cifra.

Segundo 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.

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, de forma a garantir os princípios constituídos no SUS.

3.6 Acesso e Disponibilidade de Medicamentos Essenciais enquanto 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, onde 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 quaisquer que sejam as formas de pagamento adotadas, 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, através da oferta de serviços oportunos e compatíveis com as necessidades da população (Guerra Jr., 2002).

Esta 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 localização 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, em função da capacidade e percepção dos usuários em aceitar como apropriados o conjunto desses fatores;

Capacidade de pagamento: relação estabelecida entre o custo dos serviços e 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 estes 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 este nível de atenção à saúde, principalmente a partir do SUS. O PSF, enquanto estratégia da atenção primária, tem contribuído para o alcance de percentuais cada vez maiores de cobertura da ABS.

De certo, 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 à serviços, excetuando-se acessibilidade econômica e capacidade de pagamento, respectivamente, se aplicam 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 visto anteriormente, 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 estes 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 enquanto 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 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. Entendendo 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 integram 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.

4 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 freqüência 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: livros, boletins, manuais técnicos.
- Instrumentos legais: portarias, leis, decretos.
- Documentos técnicos: pesquisa Nescon/MS, boletins OMS.
- Base de dados da Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil, no que se refere ao estudo de disponibilidade de medicamentos nas equipes. Esta avaliação verificou a implantação e funcionamento do PSF, segundo os princípios e diretrizes estabelecidos pelo Ministério da Saúde. O projeto de monitoramento das equipes do PSF iniciou-se em junho de 2001, estendendo-se até agosto de 2002. Foi um estudo censitário realizado em todas as unidades federativas por profissionais de nível superior, devidamente treinados. A coleta de dados foi feita por intermédio de um questionário dividido em seis partes: (a) identificação da equipe; (b) implantação da equipe: tempo de funcionamento, cobertura populacional, adscrição de população, responsabilidade territorial; (c) infra-estrutura da unidade básica de saúde da

família: área física, equipamentos, medicamentos, outros insumos; (d) gestão do trabalho dos profissionais das equipes: carga horária, vínculo contratual, acesso a capacitações e publicações; (e) processo de trabalho das equipes: atividades e ações desenvolvidas pelos profissionais que compõem a equipe, utilização do sistema de informação da atenção básica, participação nos conselhos de saúde; (f) acesso aos serviços e procedimentos de referência: apoio diagnóstico, serviços ambulatoriais, pronto-atendimento, internação hospitalar (Brasil, 2004d).

Este estudo foi de extrema relevância, ao identificar avanços, distorções e problemas na implementação dos princípios e diretrizes do PSF, contribuindo para o crescimento e sustentabilidade do programa a partir do enfrentamento dos problemas pelas três esferas de gestão do SUS.

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 13800(junho de 2001) a 16195(agosto de 2002). A base de dados disponibilizada pelo MS para a questão de medicamentos continha resposta válida para 13365 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 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.

Considerando o conceito de essencialidade e os medicamentos constantes da RENAME, foram selecionados treze dos dezessete medicamentos investigados na avaliação, conforme descrição a seguir:

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

Finalmente, buscou-se analisar a contribuição de ações públicas como a do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (Portaria GM nº 176/99), do Elenco Mínimo e Obrigatório (Portaria GM nº 16/00) e do Programa Farmácia Popular Kit PSF (Portarias GM nº 343/00 e 786/02) na promoção do acesso a medicamentos essenciais na atenção básica. Para isto, foram analisados os elencos de medicamentos pactuados nos estados relacionando-os com os elencos definidos no kit PSF e do elenco mínimo e obrigatório (EM), além da interface destes elencos com a RENAME.

5 Resultados e Discussão

5.1 Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil – Monitoramento das Equipes de Saúde da Família – 2001/2002

A primeira análise que se propõe este estudo é sobre a abordagem proposta no questionário da Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil sobre a questão dos medicamentos, a qual 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 esta limitação somada a outras como a checagem 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. Isto porque durante o período do estudo censitário não houve modificações na PNM praticada para a atenção básica. Neste 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 *àqueles essenciais ao tratamento de problemas de saúde mais freqüentes (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 ou pela 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 nesta 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 então, não teve como referência o elenco do KIT PSF, que foi criado exatamente para atender às equipes do programa e já havia sido distribuído nacionalmente. Talvez com a avaliação de um destes elencos de medicamentos citados acima tivéssemos um retrato mais fiel da eficiência destes programas de medicamentos, onde elementos surgiriam para uma reorientação da assistência farmacêutica mais condizente às reais necessidades da atenção básica.

O que se conclui é que o olhar do estudo para os medicamentos se deu do ponto de vista de infra-estrutura e não como um bem social, instrumento terapêutico de suma importância para as ações da atenção à saúde. E neste 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, este 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.

Desta forma, a seqüência dos resultados e discussão que serão apresentados se dividirão em duas partes, quais sejam: Na primeira parte com os dados disponibilizados pelo PSF/DAB/MS da questão específica sobre medicamentos da Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil, serão apresentados gráficos e tabelas da performance das equipes do PSF para a disponibilidade dos 13 medicamentos essenciais selecionados. Na segunda parte serão apresentados todos os elencos estaduais pactuados para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e suas interfaces com a Rename, EM e o Kit PSF.

6 Resultados e Discussão (Parte I)

6.1 Estudo de Disponibilidade de 13 Medicamentos Essenciais nas equipes do Programa Saúde da família

A tabela 5 apresenta o comportamento estatístico da freqüência dos 13 medicamentos essenciais selecionados em 13973 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, 13973 equipes, sendo que em 608 destas não foram obtidas respostas. Portanto as respostas válidas se referem 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, 9 medicamentos presentes. Isto representa o perfil censitário da avaliação. A moda foi de 10 medicamentos, onde logicamente se considerou o mínimo de zero medicamentos e o máximo de 13 medicamentos.

6.2 Média da Presença dos 13 Medicamentos Essenciais nas equipes do PSF

No anexo III encontram-se os 13 medicamentos essenciais com a frequência de suas presenças no conjunto das equipes do PSF de cada unidade da federação e a média nacional.

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

Importante também é que os treze medicamentos essenciais avaliados atendem a diversas necessidades da atenção básica, como exemplo: medicamentos indicados para o tratamento da hipertensão, saúde mental, antibióticos, antiparasitários. Logo, são bastante representativos, o que ratifica os objetivos iniciais do MS quando da 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 se verá mais adiante.

Antes de discutir a frequência média nacional dos treze 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 entretanto não invalida as análises. Este comentário se faz necessário visto que o PSF é um programa sob gerência municipal e

especificamente 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 que esta complementariedade está sujeita aos interesses do gestor municipal no sucesso de implantação do PSF e em suas condições financeiras para arcar com estes gastos.

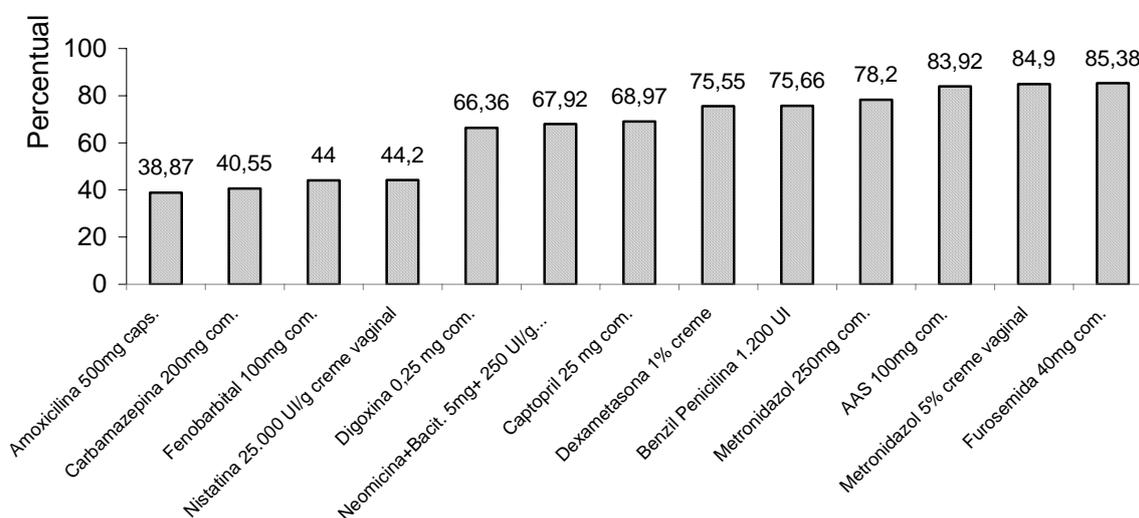


Figura 5: Percentual médio da presença dos 13 medicamentos essenciais nas equipes do PSF

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%.

Ainda com índices inferiores a 50%, encontram-se a Nistatina creme vaginal (44,20%) e os itens Carbamazepina 200mg com.(40,55%) e Fenobarbital 100mg com.(44,00%), estes dois últimos destinados à saúde mental. Entre 60 e 70% encontram-se Digoxina 0,25mg com. (66,36%), Neomicina+Bacitracina pomada

(67,92%) e Captopril 25 mg com. (68,97%), este último 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 com. (78,20%) e Penicilina 1.200.000 UI (75,66%), sendo que estes dois últimos pertencem aos elencos do Kit PSF e EM. Acima de 80% encontram-se três itens, AAS 100mg com. (83,92%), Metronidazol geléia vaginal (84,90%) e Furosemida 40mg com. (85,38%). Nota-se que nenhum dos treze 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 geléia vaginal não consta dos treze medicamentos essenciais descritos acima (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 25 mg com. 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 com. 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 estas duas pesquisas é que foram realizadas pelo mesmo departamento do MS e dentro do 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 treze medicamentos essenciais avaliados.

6.3 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 treze medicamentos essenciais avaliados.

Sendo assim, a tabela 6 apresenta a distribuição das equipes do PSF de acordo com a presença dos treze 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

	Freqüência	Percentual	Percentual Válida	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.

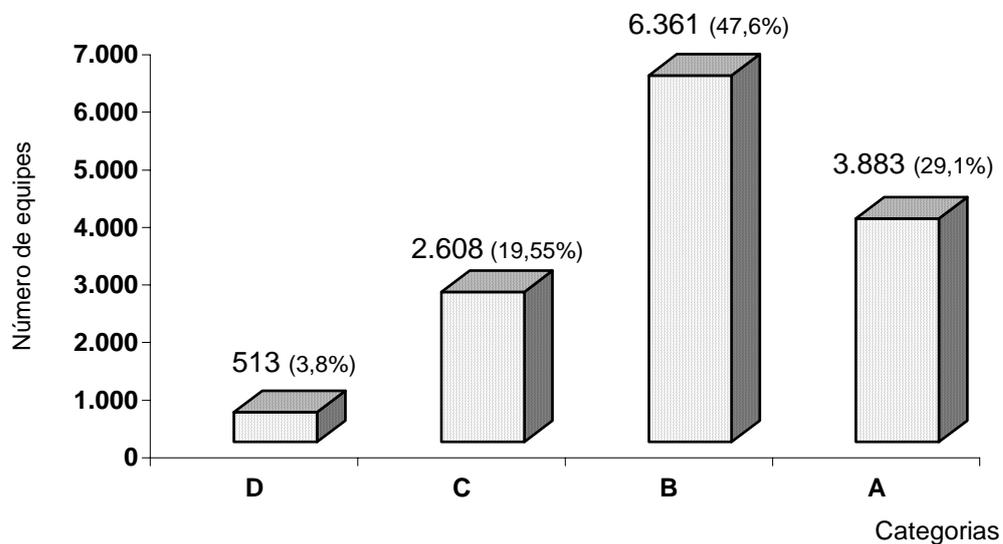


Figura 6: Número de equipes para cada categoria de classificação

Verifica-se que a grande maioria das equipes do PSF (6361), o que representa 47,6%, se enquadram na categoria B. Já 29,1% das equipes (3883) se encontram na categoria A. Porém 23,3% das equipes do PSF (3121) se encontram nas categorias C (19,5%) e D (3,8%).

O que chama a atenção é que aproximadamente um quarto das equipes do PSF (23,3%), o somatório das categorias C e D, tem uma disponibilidade para os treze medicamentos essenciais em situação bastante crítica. E a grande maioria que apresenta a categoria B, ou seja, quase a metade das equipes do PSF não atingiu patamares superiores a mais que dez medicamentos disponíveis dentre os treze avaliados. Portanto, menos que um terço das equipes (29,1%) com a categoria A poderiam ser consideradas em condições menos desfavorecidas.

6.4 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 destas categorias somado atinge 44,9% das equipes, sendo para a D 3,6% e 41,3% para a C. As regiões Centro-Oeste e Nordeste apresentam para a soma destas duas categorias índices semelhantes 32,1% e 30,9%, respectivamente. O que se verifica nestas regiões são índices preocupantes para estas 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 destas categorias, bem abaixo das demais regiões. Para a categoria D, especificamente, estas duas regiões apresentam índices inferiores a 2% das equipes.

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 esta categoria, e 43,1% para a categoria B, a região Sul praticamente atinge cerca de 90% das equipes para estas 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 destas categorias, respectivamente. A região Nordeste apresenta 23% das equipes para a categoria A, um pouco superior aos 19,2% apresentados pela região Centro-Oeste. E, como era presumível, a região Norte apresenta 55,1% de suas equipes para a soma destas categorias, sendo que apenas 8,9% das equipes apresentam a categoria A.

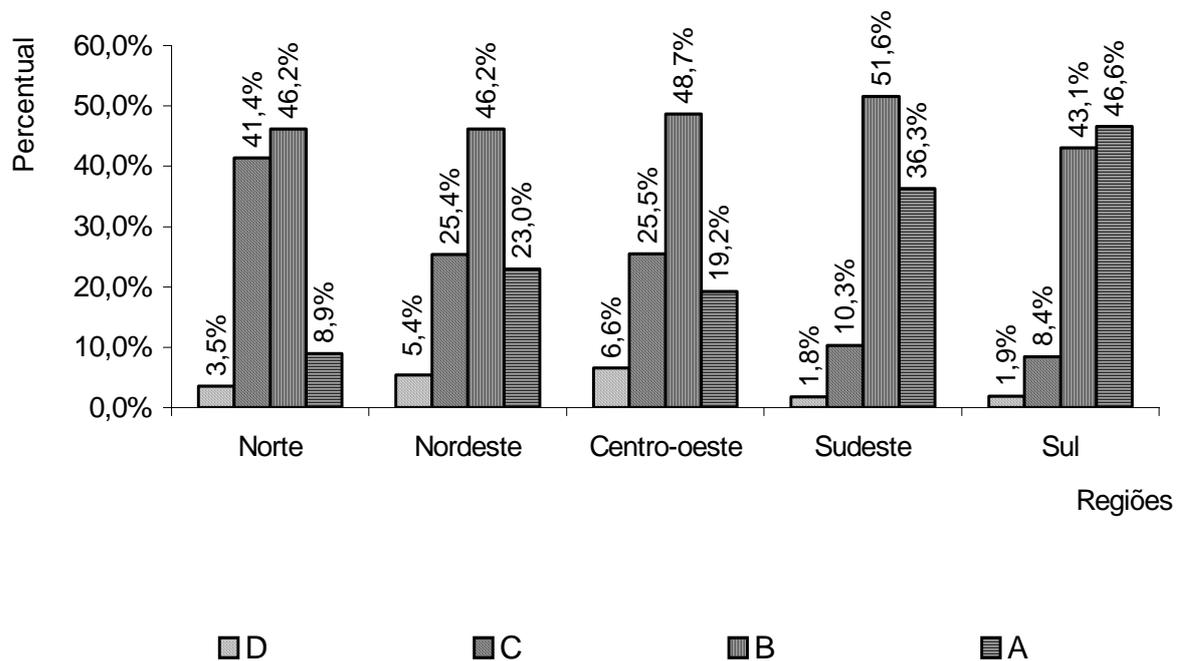


Figura 7: Percentual de equipes do PSF para as categorias definidas por região geográfica

6.5 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 esta 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 à 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 este critério sendo que onze estados tiveram valores superiores à média, incluindo o estado do PA que obteve valor igual ao da média. Destes onze 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.

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 1,0% onde se destaca a presença de dois estados da região Sul.

CATEGORIA D

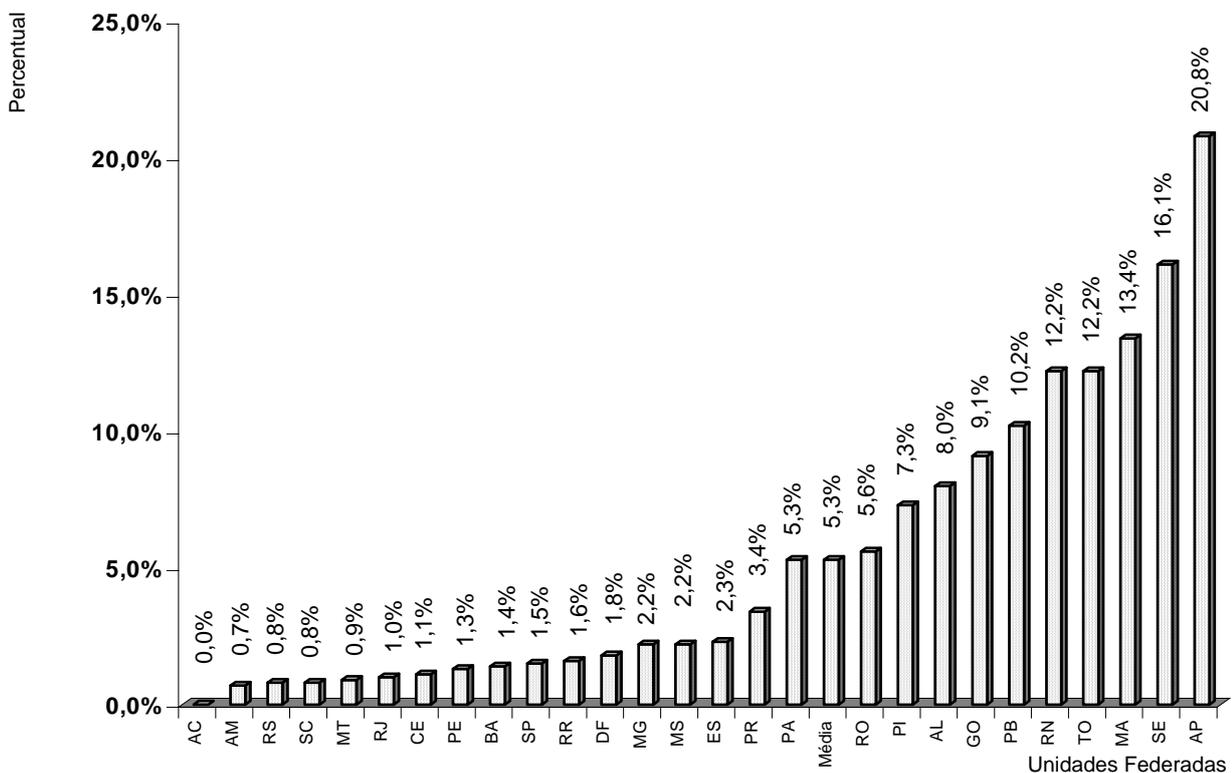


Figura 8: Percentual de equipes do PSF para a categoria D por unidade da federação

A figura 9 apresenta a categoria C. Nenhum estado apresentou percentual zero para esta categoria. O percentual de equipes para esta categoria variou de 3,2% no RS até a impressionante marca de 53,9% das equipes do estado do MA. A média para esta categoria também deve ser considerada alta atingindo 29,5% das equipes. Para esta categoria, treze 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 décimo terceiro estado, Goiás, pertence à região centro-oeste. Os estados com percentuais abaixo da média são em número de quatorze, sendo que apenas dois destes 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 esta 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.

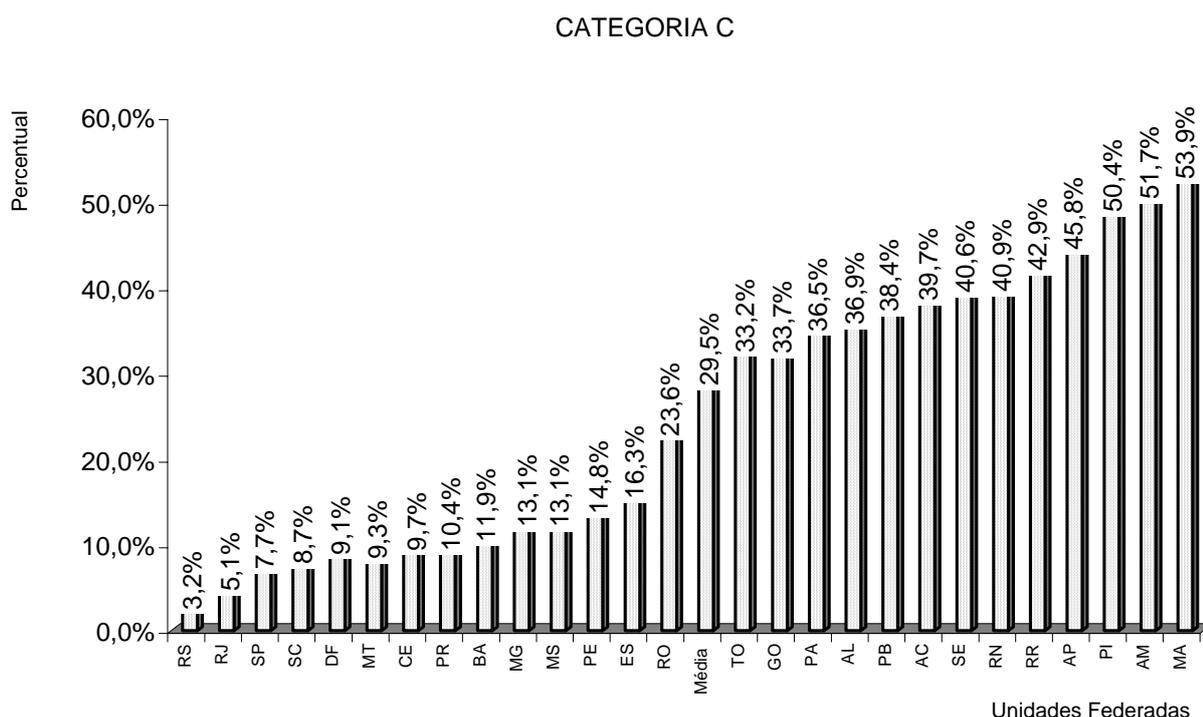


Figura 9: Percentual de equipes do PSF para a categoria C por unidade da federação

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

o que retrata ser a categoria mais presente nas equipes do PSF para a maioria dos estados. Abaixo desta média se encontram dez 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 dezessete, sendo que nove estados apresentam percentuais igual ou acima de 50% das equipes para esta categoria, onde 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

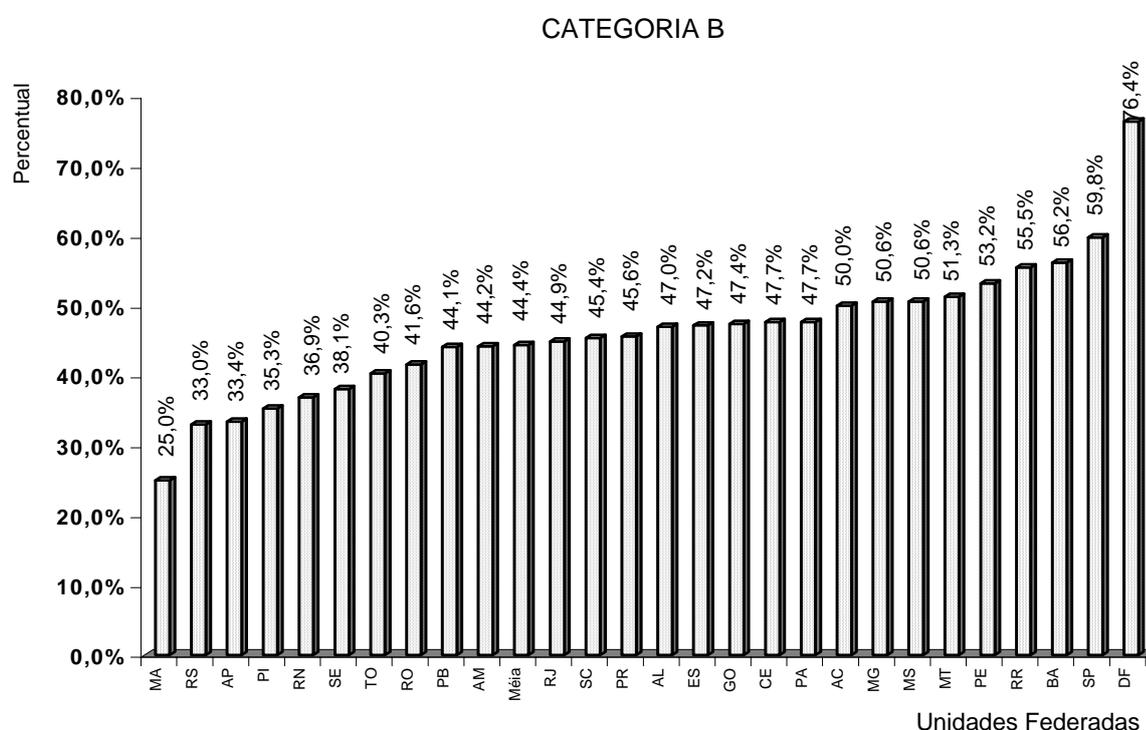


Figura 10: Percentual de equipes do PSF para a categoria B por unidade da federação

A figura 11 apresenta a categoria A. O percentual de equipes para esta categoria variou de 0,0% (AP e RR) a 63% no estado do Rio Grande do Sul. A média para esta categoria alcançou 22,5% das equipes. Quatorze estados se encontram abaixo do percentual da média, sendo que todos com percentuais inferiores a 15%. Dentre estes estados, 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 quatorze, onde 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 esta categoria.

CATEGORIA A

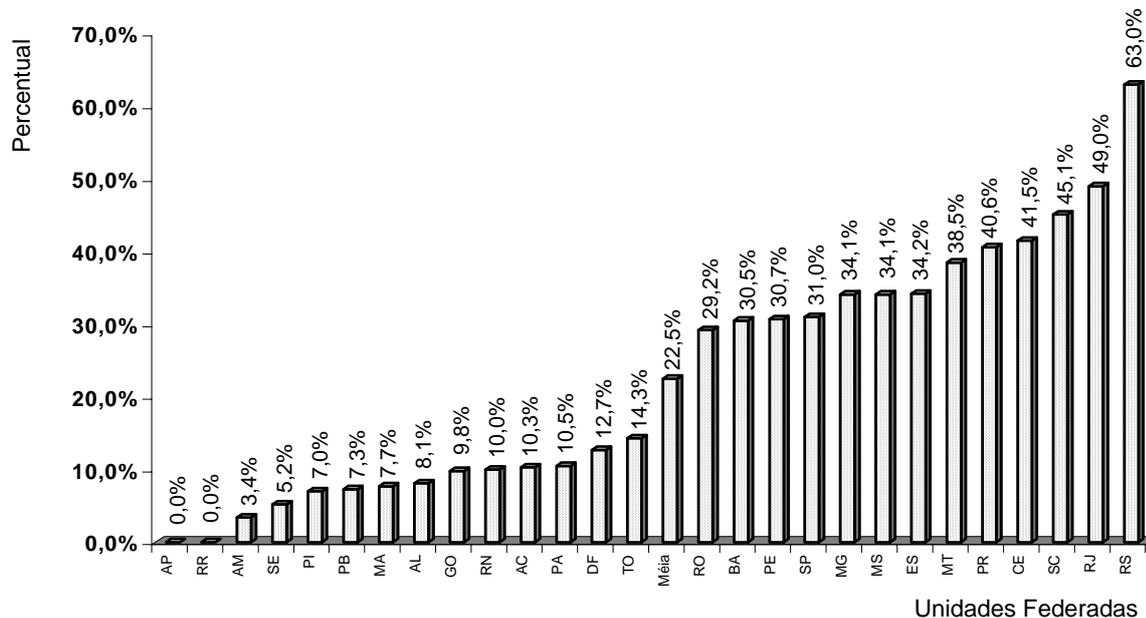


Figura 11: Percentual de equipes do PSF para a categoria A por unidade da federação

6.6 A 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 quatros 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. E na região norte, Rondônia é o estado com o desempenho mais razoável.

Considerando os desempenhos obtidos pelas unidades da federação para a disponibilidade dos treze medicamentos essenciais poderia tentar se fazer uma análise, se as formas de pactuação para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica se associam com estes 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, dezesseis estados apresentam uma pactuação mista. A forma de pactuação predominante é a Parcialmente Descentralizada no Município (PDM), a qual está presente em dezesseis estados. Em seguida aparece a Parcialmente Centralizada no Estado (PCE) presente em doze 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 detém 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 à melhores conclusões sobre disponibilidade de medicamentos.

O que se pretendeu aqui neste tópico foi elucidar as formas de pactuação entre estados e municípios nas suas diversidades.

Sendo assim, para se 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.

6.7 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 complementariedade de aquisição de medicamentos para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica;
- A assistência farmacêutica, enquanto serviço, não está constituída em grande parte dos municípios brasileiros. Desta 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. Isto além de aumentar os custos de logística dificultam o gerenciamento pelos municípios, pois não existe um cronograma de distribuição devidamente articulado que permita um atendimento integral ao usuário do SUS;
- A prescrição irracional. 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 este 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 acesso da população aos mesmos. Desta forma o conjunto de ações da atenção básica também pode estar comprometido.

6.8 Algumas alternativas para a promoção do acesso a medicamentos na atenção básica

Tratando especificamente da promoção do acesso a medicamentos no SUS algumas alternativas vem sendo implementadas por gestores de saúde. Recentemente, o MS criou o programa Farmácias Populares que nada mais é que

um co-pagamento em que a população paga a preços subsidiados um elenco de medicamentos que atendem quase que exclusivamente à atenção básica. Este programa tem atendido à população de grandes aglomerados urbanos. Neste caso não se pode admitir que seja uma política no âmbito do SUS, pois este programa infringe alguns princípios precípuos do SUS (universalidade, equidade e integralidade). Sendo assim, não se evidencia aqui uma promoção do acesso a medicamentos, talvez na melhor das hipóteses um maior equilíbrio no orçamento doméstico dos que podem adquirir medicamentos. Lembrando que o elenco ofertado é restrito.

Alguns municípios têm criado alternativas como a abertura de farmácias de manipulação. Estas farmácias manipulam alguns medicamentos que atendem à atenção básica. Estes medicamentos são disponibilizados gratuitamente à população. O que se evidencia aqui é que grande parte destas 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. Estas farmácias produzem grandes quantidades de medicamentos funcionando como semi-indústrias. Esta 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 quanto a definição de serviço farmacêutico no SUS. A grande maioria das ações adotadas pelo SUS, aqui reafirmando os três níveis de gestão, na PNM se resumem quase que exclusivamente para o insumo e de forma ineficaz. Ou seja, as deliberações dos fóruns de gestores se preocupam 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 têm que constar na agenda do Sistema Único de Saúde. Ou seja, é preciso ampliar o foco para as necessidades dos usuários com investimentos em

serviços que garantam não só um bom gerenciamento do insumo como 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 este arcabouço compõe um diagrama complexo no sistema de saúde onde se interage com as ações de vigilância sanitária.

O setor privado farmacêutico atua no contexto da PNM como produtor e distribuidor. Este setor só não participa diretamente na dispensação de medicamentos, ou seja, 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 conveniada 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 desta 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, principalmente ao governo federal, pautar a discussão sobre uma política de medicamentos que propicie não só a ampliação da oferta, mas que também defina melhor o seu financiamento e qualifique (e conceitue) os serviços de assistência farmacêutica.

7 Resultados e Discussão (Parte II)

7.1 Os elencos estaduais do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e a presença na Rename

A Rename passou por duas revisões recentes. A primeira no ano de 1999 com a edição no ano de 2000 e a segunda revisão ocorreu no ano de 2002. Estas duas revisões foram feitas por profissionais altamente qualificados e oriundos de instituições de grande prestígio e renome nacional. Na Tabela 8 temos os elencos pactuados para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica no ano de 2002, quando foi feita a última revisão, para todas as unidades federadas e o quantitativo de itens que pertencem à Rename edição 2002.

O primeiro olhar que se faz sobre a Tabela 8 é com relação aos elencos pactuados nas unidades federadas. Constata-se que existe uma grande variedade no número de medicamentos constantes em cada elenco. Existem elencos superiores a mais de 4 vezes no número de medicamentos de uma unidade federada para outra. As necessidades da atenção básica não mudam muito no aspecto qualitativo entre as unidades federadas, mas sim talvez em ordem quantitativa. Desta forma, torna-se necessário harmonizar os elencos das unidades federadas para que haja um atendimento mais integral às demandas farmacoterapêuticas dos usuários do SUS.

Analisando-se propriamente a Rename, o estado do Amapá é o único em que todos os seus itens estão inclusos na Rename. Já o Distrito Federal ostenta o pior índice (64,00%) de presença de medicamentos que pertencem à Rename. Na faixa de 70% aparecem os estados de São Paulo e Roraima. Acima de 80% estão os outros 23 estados sendo que 11 estados apresentam índice de presença dos itens da Rename acima dos 90%.

Esperava-se que todos os elencos de medicamentos dos estados fossem extraídos da Rename. Pois, na apresentação da última edição da Rename (Brasil, 2002b) consta que ... *entrega-se à sociedade um instrumento importante da PNM... com acréscimos do número de medicamentos para o tratamento das doenças em todo o sistema de saúde, em especial o SUS. E na sua introdução enfatiza que a Rename representa, ainda, medida indispensável à promoção do uso racional de medicamentos, uma vez que aqueles selecionados representam as opções mais adequadas e seguras para as nosologias mais prevalentes, respeitadas as diferenças regionais* .

O fato é que a PNM estabelece que a Rename é um instrumento de referência para a elaboração de listas de medicamentos. No caso da atenção básica o elenco da Rename com 327 fármacos, em 520 apresentações é mais do que suficiente para atender às necessidades desse nível de atenção. O MS deveria tornar a Rename instrumento compulsório pelo menos para a elaboração dos elencos de medicamentos destinados à atenção básica. Mas como veremos mais adiante o próprio MS não tem este entendimento sobre a Rename quando disponibiliza medicamentos para o SUS.

Tabela 8: Relação entre os elencos pactuados nas unidades federadas para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e a RENAME 2002

Unidade Federada	Nº Medicamentos do Elenco Pactuado	Nº de Medicamentos pactuados presentes na RENAME	% de Medicamentos presentes na RENAME
AC	40	38	95,00%
AL	39	38	97,44%
AM	63	53	84,13%
AP	29	29	100,00%
BA	66	57	86,36%
CE	67	55	82,09%
DF	75	48	64,00%
ES	50	45	90,00%
GO	46	39	84,78%
MA	46	44	95,65%
MG	42	38	90,48%
MS	56	54	96,43%
MT	48	39	81,25%
PA	40	38	95,00%
PB	54	44	81,48%
PE	75	62	82,67%

Tabela 8: Relação entre os elencos pactuados nas unidades federadas para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e a RENAME 2002(conclusão)

Unidade Federada	Nº Medicamentos do Elenco Pactuado	Nº de Medicamentos pactuados presentes na RENAME	% de Medicamentos presentes na RENAME
PI	40	35	87,50%
PR	113	91	80,53%
RJ	46	42	91,30%
RN	37	33	89,19%
RO	41	38	92,68%
RR	121	96	79,34%
RS	135	109	80,74%
SC	71	70	98,59%
SE	46	45	97,83%
SP	79	58	73,42%
TO	64	55	85,94%

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

7.2 A Presença do Elenco Mínimo e Obrigatório (EM) nos elencos estaduais do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica

Uma avaliação realizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2001), no ano de 2000, para diagnosticar a implementação da Portaria nº 176/99 que criou o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, identificou necessidades de se criar alguns instrumentos gerenciais que possibilitassem ao MS, estados e municípios reais condições de cumprir com maior eficiência as responsabilidades determinadas por este incentivo.

Dentre as necessidades diagnosticadas pela avaliação ministerial destacaram-se: maior controle dos recursos financeiros alocados e executados pelos três gestores, revisão dos elencos pactuados por estados e municípios, investimentos em política de desenvolvimento de recursos humanos e uma maior organização da assistência farmacêutica.

Algumas ações do Departamento de Atenção Básica (DAB) do MS no ano de 2001, nesta época vinculado à Secretaria de Políticas de Saúde (SPS), foram executadas para sanar as necessidades identificadas. O DAB por meio da recém criada Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica (GTAF), com status de coordenação, estabeleceu um plano de ação que atendesse a tais necessidades.

No conjunto das propostas do plano apresentado pela GTAF, a elaboração do elenco mínimo e obrigatório (EM), pactuado pelos três gestores do SUS, ocorreu porque identificou-se que no universo de todos os elencos de medicamentos destinados ao Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, pactuados pelas 27 unidades federadas, apenas três medicamentos eram comuns à todas as listas . Mais uma vez, o SUS utilizou uma portaria ministerial, no caso a Portaria Nº 16/00 que estabeleceu um elenco de 29 medicamentos, todos pertencentes à Rename, contemplando oito grupos farmacológicos que obrigatoriamente deveriam ser inclusos nos elencos pactuados nos Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica Básica, a partir do ano de 2001 (Brasil, 2002c).

Os elencos de medicamentos básicos pactuados por meio da Portaria nº 176/99 de todos os estados passaram por duas revisões de 1999 a 2004, mais precisamente nos anos de 2001 e 2002. A tabela 9 apresenta o número total de medicamentos constantes no elenco de cada estado no ano de 2001 e os medicamentos do EM presentes nestes elencos.

Tabela 9: Relação entre os elencos pactuados nas unidades federadas no ano de 2001 para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e o Elenco Mínimo e Obrigatório

Unidade Federada	Nº de Medicamentos do Elenco Pactuado	Nº de Medicamentos pactuados presentes no EM	Percentual de Medicamentos do EM em relação ao número total de Medicamentos Pactuados	Percentual de Medicamentos presentes no EM
AC	40	25	62,50%	86,21%
AL	39	29	74,36%	100,00%
AM	40	25	62,50%	86,21%
AP	29	27	93,10%	93,10%
BA	62	28	45,16%	96,55%
CE	59	26	44,07%	89,66%
DF	122	24	19,67%	82,76%
ES	41	27	65,85%	93,10%
GO	46	28	60,87%	96,55%
MA	46	28	60,87%	96,55%
MG	42	23	54,76%	79,31%
MS	56	25	44,64%	86,21%
MT	52	21	40,38%	72,41%
PA	40	28	70,00%	96,55%
PB	54	23	42,59%	79,31%
PE	61	26	42,62%	89,66%

Tabela 9: Relação entre os elencos pactuados nas unidades federadas no ano de 2001 para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e o Elenco Mínimo e Obrigatório (conclusão)

Unidade Federada	Nº de Medicamentos do Elenco Pactuado	Nº de Medicamentos pactuados presentes no EM	Percentual de Medicamentos do EM em relação ao número total de Medicamentos Pactuados	Percentual de Medicamentos presentes no EM
PI	40	22	55,00%	75,86%
PR	110	29	26,36%	100,00%
RJ	46	26	56,52%	89,66%
RN	37	25	67,57%	86,21%
RO	41	23	56,10%	79,31%
RR	121	27	22,31%	93,10%
RS	135	26	19,26%	89,66%
SC	92	27	29,35%	93,10%
SE	45	28	62,22%	96,55%
SP	44	26	59,09%	89,66%
TO	64	26	40,63%	89,66%

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

Analisando os dados da tabela 9 verifica-se que nenhum dos estados brasileiros, no ano de 2001, apresentava um elenco de medicamentos para a atenção básica com um número inferior a 29 itens, número apresentado pelo estado do Amapá e que mesmo assim tinha 93,10% dos itens do EM. Quase 50% dos estados apresentavam elencos com um quantitativo superior a 50 medicamentos, ou seja, a possibilidade de incluir a totalidade dos itens do EM era imensa. Somente dois estados brasileiros, Alagoas e Paraná, cumpriram integralmente a determinação da Portaria nº 16/00, ou seja, tinham em seus elencos os 29 medicamentos constantes do EM. Os estados de Minas Gerais, Paraíba, Piauí e Rondônia tinham menos que 80% de presença em seus elencos dos itens do EM. Dez estados apresentaram um percentual de presença dos itens do EM entre 80 e 90% e os demais estados percentuais superiores a 90%.

A tabela 10 se diferencia da tabela 9 por apresentar os elencos pactuados pelos estados no ano de 2002, quando sofreram a última alteração. De um modo geral, o número de medicamentos presentes nos elencos dos estados apresentou pequenas alterações. O estado do Amapá continua apresentando o menor elenco com 29

medicamentos. As alterações nos elencos de medicamentos básicos que ocorreram de 2001 para o ano de 2002, quando se compara a tabela 10 com a tabela 9, foram em 11 estados (AM, BA, CE, DF, ES, MT, PE, PR, SC, SE e SP), logo 16 estados permaneceram com seus elencos inalterados. Apenas os estados de Alagoas e Paraná continuam cumprindo integralmente a Portaria nº16/00. Em 8 destes 11 estados que alteraram os seus elencos houve um aumento no número de itens, enquanto nos outros três ocorreu diminuição no número de medicamentos que compõem os elencos.

Analisando a variação dos medicamentos do EM verifica-se que os estados do AM, MT, SC e SP aumentaram em seus elencos um item do EM. O estado do CE e o DF diminuíram um e sete itens, respectivamente, do EM de seus elencos pactuados. Já os estados da BA, ES, PE e SE, apesar de aumentarem o número de medicamentos em seus elencos, não incorporaram nenhum item do EM.

Tabela 10: Relação entre os elencos pactuados nas unidades federadas no ano de 2002 para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e o Elenco Mínimo e Obrigatório

Unidade Federada	Nº de Medicamentos do Elenco Pactuado	Nº de Medicamentos pactuados presentes no EM	Percentual de Medicamentos do EM em relação ao número total de Medicamentos Pactuados	Percentual de Medicamentos presentes no EM
AC	40	25	62,50%	86,21%
AL	39	29	74,36%	100,00%
AM	63	26	41,27%	89,66%
AP	29	27	93,10%	93,10%
BA	66	28	42,42%	96,55%
CE	67	25	37,31%	86,21%
DF	75	17	22,67%	58,62%
ES	50	27	54,00%	93,10%
GO	46	28	60,87%	96,55%
MA	46	28	60,87%	96,55%
MG	42	23	54,76%	79,31%
MS	56	25	44,64%	86,21%
MT	48	22	45,83%	75,86%
PA	40	23	57,50%	79,31%
PB	54	23	42,59%	79,31%
PE	75	26	34,67%	89,66%
PI	40	22	55,00%	75,86%
PR	113	29	25,66%	100,00%
RJ	46	26	56,52%	89,66%

Tabela 10: Relação entre os elencos pactuados nas unidades federadas no ano de 2002 para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e o Elenco Mínimo e Obrigatório (conclusão)

Unidade Federada	Nº de Medicamentos do Elenco Pactuado	Nº de Medicamentos pactuados presentes no EM	Percentual de Medicamentos do EM em relação ao número total de Medicamentos Pactuados	Percentual de Medicamentos presentes no EM
RN	37	25	67,57%	86,21%
RO	41	23	56,10%	79,31%
RR	121	27	22,31%	93,10%
RS	135	26	19,26%	89,66%
SC	71	28	39,44%	96,55%
SE	46	28	60,87%	96,55%
SP	79	27	34,18%	93,10%
TO	64	26	40,63%	89,66%

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

A Portaria SPS nº16/00 estabelece a necessidade de um elenco de medicamentos básicos que atende ao quadro de doenças prevalentes no âmbito regional e nacional, fundamentado na Rename (Brasil, 2001c). Esta mesma portaria foi aprovada pela comissão intergestores tripartite (união, estados e municípios). Pode-se concluir que a obrigatoriedade de inclusão dos itens do EM não foi assimilada pela grande maioria dos estados brasileiros e o descumprimento da portaria ocorre sem nenhuma medida de correção por parte do MS. Assim sendo, se o MS repassa mensalmente os recursos do incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, o mesmo poderia adotar alguma medida condicionante para efetuar o repasse, no caso o cumprimento da Portaria nº16/00. Da mesma forma, as secretarias estaduais de saúde (SES) na pactuação dos elencos que ocorre nas Comissões Intergestores Bipartites (estados e municípios), quando da formulação dos Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica, têm papel decisivo na condução desta política.

O papel das SES não deve ser meramente cartorial e sim, de coordenação da política de medicamentos em seu âmbito e nesta situação específica, conforme as competências definidas na PNM, “definir a relação estadual de medicamentos ...”. Também cabe lembrar as competências das secretarias municipais de saúde na elaboração dos elencos pactuados, que do mesmo modo que as SES são responsáveis pelas listas de medicamentos definidas.

Contudo, não podemos deixar de relatar que a Portaria SPS nº16/00 talvez necessite de uma ampla revisão de seu elenco de forma qualitativa e quantitativa, ou

seja, um aumento no número de medicamentos que compõem o EM que permita uma ampliação da cobertura terapêutica medicamentosa para o atendimento das necessidades do conjunto das ações da atenção básica à saúde. Esta revisão forçaria que vários estados ampliassem os seus elencos atuais, pois como visto anteriormente, existem elencos estaduais com um número de medicamentos que não correspondem às mínimas necessidades da população atendida no SUS.

7.3 A Origem do Kit PSF e sua presença nos elencos estaduais do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica

O Programa Farmácia Popular- Kit PSF se originou da constatação de dirigentes do MS, principalmente na região nordeste, de que diversas equipes de saúde da família ou talvez a grande maioria não dispunha de um mínimo de medicamentos básicos para disponibilizar aos seus usuários. Isto estava comprometendo não só a resolutividade das ações do PSF como sua credibilidade.

Diante desta situação, o próprio gabinete ministerial se encarregou juntamente com a Secretaria Executiva, por intermédio do Departamento de Programas Estratégicos, de elaborar um elenco e definir a logística de implantação do Programa Farmácia Popular. O laboratório farmacêutico de Far-Manguinhos, pertencente ao próprio MS, ficou encarregado de todo o processo de montagem e distribuição dos kits. Os medicamentos que não são produzidos por Far-Manguinhos são adquiridos de outros laboratórios oficiais e enviados a Far-Manguinhos para a montagem dos kits. Os kits inicialmente tinham 31 medicamentos e atualmente contam com 33 medicamentos, com um quantitativo para atender uma equipe de saúde da família por um período de três meses. A distribuição é feita diretamente aos municípios sem nenhuma participação das secretarias estaduais de saúde.

A definição do Programa Farmácia Popular ou como ficou conhecido, kit PSF, ocorreu à revelia da Secretaria de Políticas de Saúde, o que implica dizer sem a opinião do Departamento de Atenção Básica e suas coordenações do PSF e Assistência Farmacêutica. Porém, no processo de revisão do elenco realizado no ano de 2002, a GTAF, ligada à SPS, participou ativamente com sugestões de

inclusões ou exclusões de alguns itens. Não necessariamente todas as sugestões da GTAF foram acatadas pela Secretaria Executiva do MS. Como resultado, o novo elenco do Kit PSF alterado pela Portaria GM nº 786 de 19 de Abril de 2002 trouxe poucas novidades em relação ao primeiro elenco, quais sejam: inclusão do Captopril com. 25mg e a Penicilina G Benzatina 1.200.000 UI; alteração da apresentação da Hidroclorotiazida de 50mg para 25mg; acréscimos de 100% nos quantitativos de Hidroclorotiazida e Propranolol.

Analisando qualitativamente, a princípio, o elenco de medicamentos do kit PSF revisado pela Portaria GM nº 786/02, verifica-se que 5 medicamentos (Aminofilina com. 100mg, Ampicilina com. 500mg, Cimetidina com. 200mg, Diclofenaco Potássico com. 50mg e Metildopa com. 500mg) não constam da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), editada no ano de 2000, pelos mesmos dirigentes que criaram o kit PSF. Isto talvez represente que a Rename seja uma relação de medicamentos, para o próprio MS, de referência e não compulsória. O importante é salientar que estes medicamentos que não constam na Rename têm substitutos mais eficazes e modernos, inclusive nas linhas de produção dos laboratórios oficiais.

Cada Kit PSF tem um valor aproximado de R\$ 1.200,00 (Hum mil e Duzentos Reais) e estes cinco itens que não pertencem à Rename tem um valor aproximado de R\$ 240,00 (Duzentos e Quarenta Reais), o que representa 20% do valor de cada Kit PSF. Ressalta-se o valor que é repassado à Far- Manguinhos para a montagem e distribuição dos Kits, o que agrega mais valor ao custo unitário de cada Kit.

Procedendo uma análise do Kit PSF quanto à superposição dos medicamentos de seu elenco com os medicamentos pactuados no Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, a tabela 11 apresenta os elencos pactuados em 2002, ano da última revisão, e os itens do Kit PSF presentes nestes elencos.

Tabela 11: Relação entre os elencos pactuados nas unidades federadas no ano de 2002 para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e o elenco de medicamentos do Kit PSF

Unidade Federada	Nº de Medicamentos do Elenco Pactuado	Nº de Medicamentos Pactuados presentes no Kit PSF	Percentual de Medicamentos do Kit PSF em relação ao número total de Medicamentos Pactuados	Percentual de Medicamentos presentes no Kit PSF
AC	40	21	52,50%	63,63%
AL	39	24	61,54%	72,72%
AM	63	26	41,27%	78,78%
AP	29	19	65,52%	57,57%
BA	66	29	43,94%	87,87%
CE	67	26	38,81%	78,78%
DF	75	21	28,00%	63,63%
ES	50	27	54,00%	81,81%
GO	46	28	60,87%	84,84%
MA	46	22	47,83%	66,66%
MG	42	25	59,52%	75,75%
MS	56	25	44,64%	75,75%
MT	48	26	54,17%	78,78%
PA	40	21	52,50%	63,63%
PB	54	28	51,85%	84,84%
PE	75	31	41,33%	93,93%
PI	40	29	72,50%	87,87%
PR	113	31	27,43%	93,93%
RJ	46	26	56,52%	78,78%
RN	37	29	78,38%	87,87%
RO	41	24	58,54%	72,72%
RR	121	29	23,97%	87,87%
RS	135	28	20,74%	84,84%
SC	71	27	38,03%	81,81%
SE	46	30	65,22%	90,90%
SP	79	29	36,71%	87,87%
TO	64	27	42,19%	81,81%

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

Em relação ao percentual de medicamentos do Kit PSF ao número total de medicamentos de cada elenco pactuado nos estados encontra-se que em 14 unidades da federação este percentual atinge uma marca superior a 50%, sendo em 6 estados superior a 60% dos itens dos elencos pactuados. Os estados da região sul não se encontram entre estes 14 estados pelo fato de possuírem elencos com um número elevado de itens. Dentre as demais regiões a sudeste tem 3 dos seus 4 estados nesta relação, excetuando-se São Paulo. A região centro-oeste aparece com 2 estados, a norte com 4 estados e a nordeste com 5 estados. Nota-se que as regiões norte e nordeste possuem mais da metade de seus estados nesta situação.

Analisando o percentual em relação ao número total de medicamentos do Kit PSF verifica-se que apenas o estado do Amapá com 19 itens obteve um percentual inferior a 60% atingindo 57,57% do elenco do Kit PSF, lembrando que o Kit PSF no ano de 2002 já se encontrava com os atuais 33 medicamentos. Entre 60 e 80% dos medicamentos do Kit PSF estão presentes nos elencos dos estados do Acre, Maranhão, Pará, Rondônia, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Ceará, Amazonas, Alagoas e no Distrito Federal. E em mais da metade, 14, dos estados brasileiros, mais de 80% dos medicamentos do Kit PSF estão presentes nos elencos pactuados para a atenção básica, sendo que nos estados do Paraná, Sergipe e Pernambuco estes valores superam a marca de 90%.

Pode-se constatar que é bastante representativa a presença dos itens do Kit PSF nos elencos pactuados para a atenção básica nos estados brasileiros. Com certeza isto deveria propiciar às equipes do PSF uma maior disponibilidade de grande parte destes itens, já que existem duas fontes de financiamento e conseqüentemente abastecimento das unidades de saúde da família. Também pode ocorrer, em muitos casos, superabastecimento de alguns destes itens ocasionando perdas com desperdício de recursos públicos.

Uma questão muito importante a ser destacada é que o elenco do Kit PSF mesmo com as falhas já apontadas anteriormente, apresenta uma qualidade razoável visto que os elencos dos estados o englobam em grande parte. Porém, o PSF fica bastante privilegiado pelas superposições ou bastante comprometido para o caso de perdas por excesso de estoque de alguns itens.

Mais uma vez, as responsabilidades do MS, das secretarias estaduais e municipais de saúde ficam questionadas. O MS, mesmo tendo a proposição de lançar o Kit PSF para sanar o desabastecimento das unidades de saúde do PSF, contribui, em muito, para a desorganização da assistência farmacêutica nos municípios mais estruturados causando transtornos e manifestação contrária por parte de alguns gestores municipais. Esta política verticalizada do MS onde as SES ficam como meros espectadores infringe alguns princípios do SUS como a descentralização das ações de saúde e a hierarquização do sistema.

Sendo o Kit PSF destinado à atenção básica, seus recursos financeiros poderiam se somar aos do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, permitindo assim que estados e municípios ampliassem os seus elencos ou aumentassem o quantitativo adquirido para os já existentes. Outra opção seria a adesão voluntária ao Kit PSF pelos municípios, onde os que não fizessem esta opção receberiam os recursos financeiros correspondentes no fundo municipal de saúde. As secretarias estaduais e municipais de saúde apesar de manifestarem sua insatisfação com a política de programas e Kits de forma verticalizada pelo MS, por meio de seus conselhos de secretários (Connass e Conasems, respectivamente), têm demonstrado pouco interesse ou poder na mudança desta ação ministerial.

Quanto ao governo federal e especificamente o MS, vale lembrar que o Kit PSF assim como a condução da PNM para a atenção básica continua a mesma desde a era de Fernando Henrique Cardoso até o governo Lula, ou seja, pulverizada em diversos programas de saúde com o foco apenas no insumo e um financiamento aquém das necessidades.

Com a criação da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, no início do governo Lula, onde foi criado um departamento somente para as ações de assistência farmacêutica esperava-se um “comando único ministerial”, fato que não ocorreu. O que ainda acontece em relação especificamente para a atenção básica à saúde para a assistência farmacêutica é um discurso um tanto equivocado por parte da maioria dos gestores e também por uma grande maioria dos profissionais da saúde que insistem em reduzir a PNM apenas em elenco de medicamentos e sua disponibilidade. Talvez porque o país ainda padece de um aprofundamento por parte dos gestores e profissionais de saúde e porque não dizer, do próprio modelo assistencial de saúde no que tange ao acesso à medicamentos. Poucos são os estados e municípios brasileiros que investem de maneira mais ordenada e articulada em ações de assistência farmacêutica. O que mais se discute é um aumento do quantitativo de medicamentos e, conseqüentemente do aporte financeiro. A discussão também deve se passar pela organização dos serviços de assistência farmacêutica e pelo uso racional de medicamentos de forma a garantir não apenas o acesso aos serviços e insumos mas a resolutividade de todo o conjunto de ações de saúde na atenção básica.

8 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 1/3 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 Hum 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 este 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, conseqüentemente 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, o que se evidencia é a necessidade de uma maior articulação intra-ministerial, entre os seus diversos programas de saúde, para que um processo de avaliação que quantifique e qualifique da melhor maneira o conjunto de suas ações de saúde, neste caso o PSF.

A avaliação da disponibilidade dos 13 medicamentos essenciais nas equipes do PSF demonstrou uma grande variabilidade na presença destes itens. Esta variação, na média, foi de 38,87% para a Amoxicilina cápsulas a 85,38% para a Furosemida comprimidos, no total das equipes avaliadas. E 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, onde 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. Isto demonstra que a disponibilidade de medicamentos essenciais, enquanto indicador da atenção básica, encontra-se com valores preocupantes que podem comprometer as ações do PSF. E nas regiões Norte, Centro-Oeste e Nordeste quando se soma 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 destas 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, o 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 destas unidades da federação é significativa para uma maior disponibilidade de medicamentos essenciais. O que se conclui é que seria

necessário 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.

Os elencos pactuados, nas unidades da federação, para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica apresentam uma grande variabilidade no número de medicamentos. A maioria destes elencos apresenta um número de medicamentos insuficientes para atender às necessidades da atenção básica. A RENAME necessita de uma maior divulgação junto aos estados e municípios. O EM é restrito no seu número de itens e também necessita de uma revisão. O kit PSF ou qualquer outro kit de medicamentos que venha ser criado pelo MS deve ter um caráter complementar aos elencos pactuados para o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, além de serem distribuídos aos municípios, por adesão, respeitando assim a hierarquia dos SUS.

Finalmente, o que se evidencia é 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. Esta 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 num modelo de assistência farmacêutica com um financiamento e serviço ofertado que promova o acesso aos medicamentos essenciais.

9 Perspectivas

Possibilidade de aprofundar o estudo com foco no gestor municipal.

A criação de uma agenda nacional (Fóruns do SUS) que possibilite a discussão da concepção de um serviço farmacêutico.

Necessidade de uma integração entre os diversos estudos realizados neste mestrado profissionalizante.(Publicação única com o conjunto das dissertações)

Necessidade de consolidar a integração entre serviços públicos e instituições acadêmicas, em particular na capacitação de profissionais diretamente envolvidos na gestão. (Disseminar o mestrado profissionalizante em assistência farmacêutica).

10 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 nº 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 nº 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 nº 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 nº 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, 2002c. 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 nº 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. 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. ^a 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, Silvia. **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°08. 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 nº 14133, 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 nº 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.4, junio 2002. 6p.

OMS. Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos: Cómo desarrollar y aplicar una política farmacêutica nacional. Ginebra: OMS, n.6, 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 nº. 3)

PENCHANSKY, R. & THOMAS, J. W. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care, v.19, n.2, 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. Disponible em<<http://www.who.int/medicines/organization/par/edl/infedlmain.htm>>.

WHO. Policy Perspectives on Medicines: **Globalization, Trips and access to pharmaceuticals.** Geneva: WHO, n.3, mar. 2001. 6p.

11 Anexos

Anexo I

Portaria SPS nº 16 Elenco Mínimo e Obrigatório

de 14 de dezembro de 2000

Medicamento	Apresentação
Amoxicilina	Cápsula 500 mg
Benzilpenicilina Benzatina	Pó p/ suspensão oral g / ml
Benzilpenicilina Procaína+	Pó p/ Suspensão Inj. 1.200.000 U.I.
Benzilpenicilina Potássica	Pó Inj. 300.000 + 100.000 U.I.
Captopril	Comprimido 25 mg sulcado
Carbamazepina	Comprimido 200 mg
Digoxina	Comprimido 0,25 mg
Eritromicina	Sus. Oral 125mg (estearato ou etilsuccinato)/5 ml
Fenobarbital	Com. /cap. 500mg (estearato ou etilsuccinato)
Glibenclamida	Comprimido 100 mg
Hidroclorotiazida	Solução Oral gotas 40mg / ml
Mebendazol	Comprimido 5 mg
Metronidazol	Comprimido 25mg/50 mg
Nistatina	Comprimido 100 mg
Paracetamol	Suspensão Oral 100 mg/ 5 ml
Propranolol	Comprimido 250 mg
Sais para Reidratação Oral	Suspensão Oral 200 mg (benzoato)/5 ml
Salbutamol	Creme Vaginal 250.000 U.I.
Sulfametoxazol+Trimetoprima	Comprimido 500 mg
Sulfato Ferroso	Solução Oral gotas 100/200 mg / ml
	Comprimido 40 mg (cloridrato)
	Pó p/ Solução Oral env. P/1 L
	Comprimido 2 mg (sulfato) sulcado
	Xarope 2 mg (sulfato)/5 ml
	Comprimido 400 mg + 80 mg
	Suspensão Oral 200 mg + 40mg/5 ml
	Suspensão Oral 25 mg/ml Fe (II)
	Comprimido Revestido 40 mg Fe (II)

Anexo II

Portaria GM nº 343
KIT PSF

de 21 de março de 2001

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

Anexo II (continuação)

Portaria GM nº 786
KIT PSF

de 19 de abril 2002

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

Anexo III

Disponibilidade de instrumental para atendimento à população por estado

		Benzilpenicilina benzatina 1.200.000 ui				Total	
		Sim		Não		Frequência	%
		Frequência	%	Frequência	%		
Unidades da Federação Avaliadas	AC	47	69,1	21	30,9	68	100,0
	AL	255	61,9	157	38,1	412	100,0
	AM	243	91,7	22	8,3	265	100,0
	AP	15	62,5	9	37,5	24	100,0
	BA	560	85,8	93	14,2	653	100,0
	CE	1027	88,8	129	11,2	1156	100,0
	DF	33	60,0	22	40,0	55	100,0
	ES	225	73,3	82	26,7	307	100,0
	GO	394	59,3	270	40,7	664	100,0
	MA	127	54,7	105	45,3	232	100,0
	MG	1442	80,7	344	19,3	1786	100,0
	MS	126	75,9	40	24,1	166	100,0
	MT	288	89,7	33	10,3	321	100,0
	PA	205	63,5	118	36,5	323	100,0
	PB	283	51,5	267	48,5	550	100,0
	PE	897	81,4	205	18,6	1102	100,0
	PI	116	29,1	283	70,9	399	100,0
	PR	703	84,0	134	16,0	837	100,0
	RJ	630	88,7	80	11,3	710	100,0
	RN	231	56,6	177	43,4	408	100,0
	RO	71	79,8	18	20,2	89	100,0
	RR	40	63,5	23	36,5	63	100,0
	RS	365	96,3	14	3,7	379	100,0
	SC	671	90,8	68	9,2	739	100,0
	SE	156	54,9	128	45,1	284	100,0
	SP	705	67,7	336	32,3	1041	100,0
	TO	150	76,5	46	23,5	196	100,0
Total		10005	75,6	3224	24,4	13229	100,0

**Disponibilidade de instrumental para atendimento
à população por estado**

		Amoxicilina caps 500mg				Total	
		Sim		Não		Frequência	%
		Frequência	%	Frequência	%		
Unidades da Federação Avaliadas	AC	11	16,2	57	83,8	68	100,0
	AL	96	23,3	316	76,7	412	100,0
	AM	21	7,9	244	92,1	265	100,0
	AP	15	62,5	9	37,5	24	100,0
	BA	250	38,3	402	61,7	652	100,0
	CE	687	59,5	468	40,5	1155	100,0
	DF	9	16,4	46	83,6	55	100,0
	ES	166	54,1	141	45,9	307	100,0
	GO	153	23,1	510	76,9	663	100,0
	MA	64	27,6	168	72,4	232	100,0
	MG	895	50,1	890	49,9	1785	100,0
	MS	63	38,0	103	62,0	166	100,0
	MT	132	41,0	190	59,0	322	100,0
	PA	66	20,4	257	79,6	323	100,0
	PB	68	12,4	482	87,6	550	100,0
	PE	376	34,1	726	65,9	1102	100,0
	PI	70	17,5	329	82,5	399	100,0
	PR	401	47,9	437	52,1	838	100,0
	RJ	379	53,4	331	46,6	710	100,0
	RN	109	26,7	299	73,3	408	100,0
	RO	21	23,6	68	76,4	89	100,0
	RR	3	4,8	60	95,2	63	100,0
	RS	285	75,2	94	24,8	379	100,0
	SC	403	54,8	332	45,2	735	100,0
	SE	75	26,3	210	73,7	285	100,0
	SP	285	27,4	756	72,6	1041	100,0
	TO	41	20,9	155	79,1	196	100,0
Total		5144	38,9	8080	61,1	13224	100,0

**Disponibilidade de instrumental para atendimento
à população por estado**

		Captopril comp 25 mg				Total	
		Sim		Não		Frequência	%
		Frequência	%	Frequência	%		
Unidades da Federação Avaliadas	AC	63	92,6	5	7,4	68	100,0
	AL	193	46,7	220	53,3	413	100,0
	AM	201	75,8	64	24,2	265	100,0
	AP	3	12,5	21	87,5	24	100,0
	BA	549	84,1	104	15,9	653	100,0
	CE	1031	89,3	124	10,7	1155	100,0
	DF	31	56,4	24	43,6	55	100,0
	ES	237	77,2	70	22,8	307	100,0
	GO	172	25,9	492	74,1	664	100,0
	MA	76	32,8	156	67,2	232	100,0
	MG	1206	67,6	579	32,4	1785	100,0
	MS	137	82,5	29	17,5	166	100,0
	MT	298	92,5	24	7,5	322	100,0
	PA	217	67,2	106	32,8	323	100,0
	PB	121	22,0	428	78,0	549	100,0
	PE	946	85,6	159	14,4	1105	100,0
	PI	64	16,0	335	84,0	399	100,0
	PR	628	74,9	211	25,1	839	100,0
	RJ	579	81,7	130	18,3	709	100,0
	RN	180	44,0	229	56,0	409	100,0
	RO	73	82,0	16	18,0	89	100,0
	RR	55	87,3	8	12,7	63	100,0
	RS	339	89,7	39	10,3	378	100,0
	SC	679	92,0	59	8,0	738	100,0
	SE	106	37,3	178	62,7	284	100,0
	SP	804	77,0	240	23,0	1044	100,0
	TO	146	74,5	50	25,5	196	100,0
Total		9134	69,0	4100	31,0	13234	100,0

**Disponibilidade de instrumental para atendimento
à população por estado**

		Carbamazepina comp 200 mg				Total	
		Sim		Não		Frequência	%
		Frequência	%	Frequência	%		
Unidades da Federação Avaliadas	AC	23	33,8	45	66,2	68	100,0
	AL	69	16,7	344	83,3	413	100,0
	AM	17	6,4	248	93,6	265	100,0
	AP	2	8,3	22	91,7	24	100,0
	BA	261	40,1	390	59,9	651	100,0
	CE	680	58,9	475	41,1	1155	100,0
	DF	22	42,3	30	57,7	52	100,0
	ES	144	46,9	163	53,1	307	100,0
	GO	220	33,2	443	66,8	663	100,0
	MA	36	15,7	194	84,3	230	100,0
	MG	857	48,0	928	52,0	1785	100,0
	MS	59	35,5	107	64,5	166	100,0
	MT	169	52,5	153	47,5	322	100,0
	PA	161	49,8	162	50,2	323	100,0
	PB	88	16,0	462	84,0	550	100,0
	PE	608	55,2	493	44,8	1101	100,0
	PI	92	23,2	305	76,8	397	100,0
	PR	249	29,7	590	70,3	839	100,0
	RJ	432	60,9	277	39,1	709	100,0
	RN	70	17,1	339	82,9	409	100,0
	RO	41	46,1	48	53,9	89	100,0
	RR			63	100,0	63	100,0
	RS	236	62,3	143	37,7	379	100,0
	SC	387	52,7	348	47,3	735	100,0
	SE	22	7,7	262	92,3	284	100,0
	SP	340	32,7	699	67,3	1039	100,0
	TO	61	31,1	135	68,9	196	100,0
Total		5346	40,5	7868	59,5	13214	100,0

**Disponibilidade de instrumental para atendimento
à população por estado**

		Fenobarbital comp 100 mg				Total	
		Sim		Não		Frequência	%
		Frequência	%	Frequência	%		
Unidades da Federação Avaliadas	AC	16	23,5	52	76,5	68	100,0
	AL	63	15,4	345	84,6	408	100,0
	AM	21	7,9	244	92,1	265	100,0
	AP			24	100,0	24	100,0
	BA	275	42,3	375	57,7	650	100,0
	CE	711	61,7	442	38,3	1153	100,0
	DF	24	47,1	27	52,9	51	100,0
	ES	176	57,3	131	42,7	307	100,0
	GO	118	17,7	547	82,3	665	100,0
	MA	43	18,9	185	81,1	228	100,0
	MG	1018	57,1	765	42,9	1783	100,0
	MS	56	33,9	109	66,1	165	100,0
	MT	211	65,5	111	34,5	322	100,0
	PA	174	53,9	149	46,1	323	100,0
	PB	100	18,2	449	81,8	549	100,0
	PE	624	56,6	478	43,4	1102	100,0
	PI	117	29,5	280	70,5	397	100,0
	PR	350	41,7	489	58,3	839	100,0
	RJ	414	58,4	295	41,6	709	100,0
	RN	67	16,4	342	83,6	409	100,0
	RO	38	42,7	51	57,3	89	100,0
	RR			63	100,0	63	100,0
	RS	266	70,2	113	29,8	379	100,0
	SC	401	54,6	333	45,4	734	100,0
	SE	39	13,7	245	86,3	284	100,0
	SP	416	40,0	624	60,0	1040	100,0
TO	70	35,7	126	64,3	196	100,0	
Total		5808	44,0	7394	56,0	13202	100,0

**Disponibilidade de instrumental para atendimento
à população por estado**

		Digoxina comp 0,25 mg				Total	
		Sim		Não		Frequência	%
		Frequência	%	Frequência	%		
Unidades da Federação Avaliadas	AC	40	58,8	28	41,2	68	100,0
	AL	261	63,0	153	37,0	414	100,0
	AM	59	22,3	206	77,7	265	100,0
	AP	10	41,7	14	58,3	24	100,0
	BA	518	79,3	135	20,7	653	100,0
	CE	898	77,7	258	22,3	1156	100,0
	DF	45	81,8	10	18,2	55	100,0
	ES	211	68,7	96	31,3	307	100,0
	GO	380	57,1	285	42,9	665	100,0
	MA	101	43,7	130	56,3	231	100,0
	MG	1343	75,3	441	24,7	1784	100,0
	MS	130	79,3	34	20,7	164	100,0
	MT	266	82,6	56	17,4	322	100,0
	PA	112	34,7	211	65,3	323	100,0
	PB	381	69,3	169	30,7	550	100,0
	PE	534	48,4	570	51,6	1104	100,0
	PI	137	34,3	262	65,7	399	100,0
	PR	697	83,1	142	16,9	839	100,0
	RJ	338	47,7	371	52,3	709	100,0
	RN	187	45,7	222	54,3	409	100,0
	RO	46	51,7	43	48,3	89	100,0
	RR	7	11,1	56	88,9	63	100,0
	RS	304	80,2	75	19,8	379	100,0
	SC	640	86,7	98	13,3	738	100,0
	SE	151	53,2	133	46,8	284	100,0
	SP	904	86,7	139	13,3	1043	100,0
	TO	85	43,4	111	56,6	196	100,0
Total		8785	66,4	4448	33,6	13233	100,0

**Disponibilidade de instrumental para atendimento
à população por estado**

		Metronidazol comp 250 mg				Total	
		Sim		Não		Frequência	%
		Frequência	%	Frequência	%		
Unidades da Federação Avaliadas	AC	35	51,5	33	48,5	68	100,0
	AL	285	68,7	130	31,3	415	100,0
	AM	213	80,4	52	19,6	265	100,0
	AP	12	50,0	12	50,0	24	100,0
	BA	539	82,7	113	17,3	652	100,0
	CE	1012	87,5	144	12,5	1156	100,0
	DF	51	92,7	4	7,3	55	100,0
	ES	265	86,3	42	13,7	307	100,0
	GO	403	60,6	262	39,4	665	100,0
	MA	129	55,6	103	44,4	232	100,0
	MG	1535	86,0	249	14,0	1784	100,0
	MS	126	75,9	40	24,1	166	100,0
	MT	262	81,4	60	18,6	322	100,0
	PA	149	46,1	174	53,9	323	100,0
	PB	386	70,2	164	29,8	550	100,0
	PE	783	70,9	322	29,1	1105	100,0
	PI	225	56,4	174	43,6	399	100,0
	PR	734	87,6	104	12,4	838	100,0
	RJ	669	94,2	41	5,8	710	100,0
	RN	254	62,1	155	37,9	409	100,0
	RO	60	67,4	29	32,6	89	100,0
	RR	45	71,4	18	28,6	63	100,0
	RS	350	92,3	29	7,7	379	100,0
	SC	618	83,9	119	16,1	737	100,0
	SE	147	51,8	137	48,2	284	100,0
	SP	969	92,8	75	7,2	1044	100,0
	TO	85	43,4	111	56,6	196	100,0
Total		10341	78,1	2896	21,9	13237	100,0

**Disponibilidade de instrumental para atendimento
à população por estado**

		Nistatina creme vaginal				Total	
		Sim		Não		Frequência	%
		Frequência	%	Frequência	%		
Unidades da Federação Avaliadas	AC	18	26,5	50	73,5	68	100,0
	AL	174	42,1	239	57,9	413	100,0
	AM	47	17,7	218	82,3	265	100,0
	AP	10	41,7	14	58,3	24	100,0
	BA	326	50,1	325	49,9	651	100,0
	CE	331	28,7	821	71,3	1152	100,0
	DF	3	5,5	52	94,5	55	100,0
	ES	88	28,8	218	71,2	306	100,0
	GO	250	37,7	414	62,3	664	100,0
	MA	63	27,2	169	72,8	232	100,0
	MG	1010	56,6	775	43,4	1785	100,0
	MS	86	52,4	78	47,6	164	100,0
	MT	156	48,4	166	51,6	322	100,0
	PA	121	37,5	202	62,5	323	100,0
	PB	88	16,0	462	84,0	550	100,0
	PE	482	43,7	621	56,3	1103	100,0
	PI	88	22,1	311	77,9	399	100,0
	PR	553	66,0	285	34,0	838	100,0
	RJ	420	59,2	290	40,8	710	100,0
	RN	179	43,9	229	56,1	408	100,0
	RO	24	27,0	65	73,0	89	100,0
	RR	4	6,3	59	93,7	63	100,0
	RS	236	62,3	143	37,7	379	100,0
	SC	416	56,3	323	43,7	739	100,0
	SE	119	42,0	164	58,0	283	100,0
	SP	461	44,3	579	55,7	1040	100,0
	TO	104	53,1	92	46,9	196	100,0
Total		5857	44,3	7364	55,7	13221	100,0

**Disponibilidade de instrumental para atendimento
à população por estado**

		Metronidazol geléia vaginal				Total	
		Sim		Não		Frequência	%
		Frequência	%	Frequência	%		
Unidades da Federação Avaliadas	AC	55	80,9	13	19,1	68	100,0
	AL	308	74,4	106	25,6	414	100,0
	AM	234	88,3	31	11,7	265	100,0
	AP	18	75,0	6	25,0	24	100,0
	BA	611	93,6	42	6,4	653	100,0
	CE	1057	91,4	100	8,6	1157	100,0
	DF	51	92,7	4	7,3	55	100,0
	ES	278	90,6	29	9,4	307	100,0
	GO	515	77,4	150	22,6	665	100,0
	MA	112	48,5	119	51,5	231	100,0
	MG	1482	83,2	299	16,8	1781	100,0
	MS	152	92,1	13	7,9	165	100,0
	MT	295	91,9	26	8,1	321	100,0
	PA	213	65,9	110	34,1	323	100,0
	PB	446	81,2	103	18,8	549	100,0
	PE	969	87,8	135	12,2	1104	100,0
	PI	311	77,9	88	22,1	399	100,0
	PR	697	83,2	141	16,8	838	100,0
	RJ	658	92,7	52	7,3	710	100,0
	RN	321	78,7	87	21,3	408	100,0
	RO	76	85,4	13	14,6	89	100,0
	RR	48	76,2	15	23,8	63	100,0
	RS	354	93,4	25	6,6	379	100,0
	SC	664	89,9	75	10,1	739	100,0
	SE	194	68,1	91	31,9	285	100,0
	SP	986	94,5	57	5,5	1043	100,0
	TO	141	71,9	55	28,1	196	100,0
Total		11246	85,0	1985	15,0	13231	100,0

**Disponibilidade de instrumental para atendimento
à população por estado**

		Neomicina + bacitracina pomada				Total	
		Sim		Não		Frequência	%
		Frequência	%	Frequência	%		
Unidades da Federação Avaliadas	AC	32	47,1	36	52,9	68	100,0
	AL	223	53,7	192	46,3	415	100,0
	AM	72	27,2	193	72,8	265	100,0
	AP	7	29,2	17	70,8	24	100,0
	BA	367	56,3	285	43,7	652	100,0
	CE	662	57,2	495	42,8	1157	100,0
	DF	42	77,8	12	22,2	54	100,0
	ES	214	69,7	93	30,3	307	100,0
	GO	477	71,8	187	28,2	664	100,0
	MA	111	48,1	120	51,9	231	100,0
	MG	1356	76,0	428	24,0	1784	100,0
	MS	118	72,0	46	28,0	164	100,0
	MT	193	59,9	129	40,1	322	100,0
	PA	158	48,9	165	51,1	323	100,0
	PB	324	59,0	225	41,0	549	100,0
	PE	801	72,6	303	27,4	1104	100,0
	PI	326	81,7	73	18,3	399	100,0
	PR	641	76,5	197	23,5	838	100,0
	RJ	557	78,5	153	21,5	710	100,0
	RN	182	44,5	227	55,5	409	100,0
	RO	70	78,7	19	21,3	89	100,0
	RR	40	63,5	23	36,5	63	100,0
	RS	327	86,3	52	13,7	379	100,0
	SC	491	66,4	248	33,6	739	100,0
	SE	163	57,4	121	42,6	284	100,0
	SP	961	92,1	82	7,9	1043	100,0
	TO	80	40,8	116	59,2	196	100,0
Total		8995	68,0	4237	32,0	13232	100,0

**Disponibilidade de instrumental para atendimento
à população por estado**

		Dexametasona pomada				Total	
		Sim		Não		Frequência	%
		Frequência	%	Frequência	%		
Unidades da Federação Avaliadas	AC	38	55,9	30	44,1	68	100,0
	AL	253	61,0	162	39,0	415	100,0
	AM	158	59,6	107	40,4	265	100,0
	AP	2	8,3	22	91,7	24	100,0
	BA	526	80,6	127	19,4	653	100,0
	CE	912	78,8	245	21,2	1157	100,0
	DF	55	100,0			55	100,0
	ES	220	71,7	87	28,3	307	100,0
	GO	357	53,8	306	46,2	663	100,0
	MA	125	54,1	106	45,9	231	100,0
	MG	1442	80,8	342	19,2	1784	100,0
	MS	121	73,3	44	26,7	165	100,0
	MT	258	80,1	64	19,9	322	100,0
	PA	176	54,5	147	45,5	323	100,0
	PB	353	64,2	197	35,8	550	100,0
	PE	849	76,8	256	23,2	1105	100,0
	PI	314	78,9	84	21,1	398	100,0
	PR	704	84,1	133	15,9	837	100,0
	RJ	610	86,0	99	14,0	709	100,0
	RN	248	60,6	161	39,4	409	100,0
	RO	74	83,1	15	16,9	89	100,0
	RR	57	90,5	6	9,5	63	100,0
	RS	333	87,9	46	12,1	379	100,0
	SC	590	79,8	149	20,2	739	100,0
	SE	165	57,9	120	42,1	285	100,0
	SP	980	94,0	63	6,0	1043	100,0
	TO	89	45,4	107	54,6	196	100,0
Total		10009	75,6	3225	24,4	13234	100,0

**Disponibilidade de instrumental para atendimento
à população por estado**

		Ácido acetil salicílico comp 100 mg				Total	
		Sim		Não		Frequência	%
		Frequência	%	Frequência	%		
Unidades da Federação Avaliadas	AC	44	64,7	24	35,3	68	100,0
	AL	296	71,3	119	28,7	415	100,0
	AM	202	76,5	62	23,5	264	100,0
	AP	15	62,5	9	37,5	24	100,0
	BA	583	89,3	70	10,7	653	100,0
	CE	1073	92,8	83	7,2	1156	100,0
	DF	35	63,6	20	36,4	55	100,0
	ES	257	83,7	50	16,3	307	100,0
	GO	549	82,7	115	17,3	664	100,0
	MA	184	79,3	48	20,7	232	100,0
	MG	1398	78,3	387	21,7	1785	100,0
	MS	137	83,0	28	17,0	165	100,0
	MT	272	84,5	50	15,5	322	100,0
	PA	233	72,1	90	27,9	323	100,0
	PB	428	77,8	122	22,2	550	100,0
	PE	1011	91,7	91	8,3	1102	100,0
	PI	321	80,7	77	19,3	398	100,0
	PR	725	86,5	113	13,5	838	100,0
	RJ	655	92,3	55	7,7	710	100,0
	RN	283	69,7	123	30,3	406	100,0
	RO	71	79,8	18	20,2	89	100,0
	RR	61	96,8	2	3,2	63	100,0
	RS	335	88,4	44	11,6	379	100,0
	SC	658	89,2	80	10,8	738	100,0
	SE	222	77,9	63	22,1	285	100,0
	SP	954	91,4	90	8,6	1044	100,0
	TO	126	64,6	69	35,4	195	100,0
Total		11128	84,1	2102	15,9	13230	100,0

**Disponibilidade de instrumental para atendimento
à população por estado**

		Furosemida comp 40 mg				Total	
		Sim		Não		Frequência	%
		Frequência	%	Frequência	%		
Unidades da Federação Avaliadas	AC	64	94,1	4	5,9	68	100,0
	AL	295	71,3	119	28,7	414	100,0
	AM	243	91,7	22	8,3	265	100,0
	AP	14	58,3	10	41,7	24	100,0
	BA	610	93,6	42	6,4	652	100,0
	CE	1091	94,5	64	5,5	1155	100,0
	DF	37	67,3	18	32,7	55	100,0
	ES	257	83,7	50	16,3	307	100,0
	GO	534	80,5	129	19,5	663	100,0
	MA	145	62,5	87	37,5	232	100,0
	MG	1440	80,8	343	19,2	1783	100,0
	MS	145	87,9	20	12,1	165	100,0
	MT	291	90,4	31	9,6	322	100,0
	PA	279	86,4	44	13,6	323	100,0
	PB	393	71,6	156	28,4	549	100,0
	PE	981	88,8	124	11,2	1105	100,0
	PI	341	85,7	57	14,3	398	100,0
	PR	741	88,3	98	11,7	839	100,0
	RJ	670	94,5	39	5,5	709	100,0
	RN	294	72,4	112	27,6	406	100,0
	RO	74	83,1	15	16,9	89	100,0
	RR	60	95,2	3	4,8	63	100,0
	RS	350	92,3	29	7,7	379	100,0
	SC	654	88,5	85	11,5	739	100,0
	SE	175	61,4	110	38,6	285	100,0
	SP	983	94,2	60	5,8	1043	100,0
TO	148	75,9	47	24,1	195	100,0	
Total		11309	85,5	1918	14,5	13227	100,0