Revista de Ciências
Farmacêuticas
Básica e Aplicada
Journal of Basic and Applied Pharmaceutical Sciences

Rev Ciênc Farm Básica Apl., 2010;31(1):09-14
ISSN 1808-4532

Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios

Portela, A.S.[1]*; Leal, A.A.F.[2]; Werner, R.P.B.[2]; Simões, M.O.S.[1]; Medeiros, A.C.D.[1]

[1] Departamento de Farmácia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.
[2]Discente de Farmácia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB, Brasil.

Recebido 25/08/2009 / Aceito 24/04/2010

RESUMO

Por meio de um levantamento bibliográfico sobre as políticas públicas no setor de medicamentos brasileiro, o artigo examina as principais características das ações aplicadas na área, ressaltando seus resultados e deficiências, bem como as dificuldades encontradas para consolidar uma política de medicamentos no Brasil. O estudo realizado se fundamentou na análise de artigos por meio das bases de dados Scielo e Lilacs e de outras fontes. Desde a extinta Central de Medicamentos (CEME) até a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), todas as ações e projetos foram voltados principalmente para a reorientação da Assistência Farmacêutica na atenção básica, garantindo, por conseguinte, o acesso e o uso racional dos medicamentos essenciais.
Palavras-chave: Medicamentos Essenciais. Política Nacional de Medicamentos. Assistência Farmacêutica.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, os avanços na saúde pública no Brasil foram significativos, principalmente no tocante aos progressos tecnológicos da indústria farmacêutica, proporcionando medicamentos cada vez mais eficazes e seguros. A utilização de medicamentos tornou-se prática indispensável na contribuição para o aumento da qualidade e da expectativa de vida da população (Buss, 2000).

Assim, garantir o acesso aos medicamentos considerados essenciais e, ainda, o seu uso racional são alguns dos aspectos que contribuem para a valorização e o aperfeiçoamento do serviço de Assistência Farmacêutica como estratégia peculiar da atenção básica à saúde (De Bernardi et al., 2006). Da mesma maneira, percebe-se que o abastecimento satisfatório de medicamentos indica qualidade e efetividade nos serviços de saúde, evitando a desmotivação dos profissionais e o descontentamento da sociedade (Oliveira et al., 2006).

Buscando essas realizações, o setor farmacêutico brasileiro tem passado por importantes transformações, nos últimos quarenta anos, destacando-se entre elas a criação da Central de Medicamentos (CEME), a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), a aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a Lei dos Genéricos e, mais recentemente, a realização da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, a criação do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), e a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf) (OPAS, 2005).

Baseados neste contexto, o artigo tem como objetivo efetuar um resgate histórico sobre a preocupação da gestão pública com o acesso e a utilização dos medicamentos e com a qualidade dos serviços de Assistência Farmacêutica, apontando as formas de atuação de cada política, os resultados alcançados e as dificuldades encontradas.

O estudo é de caráter descritivo, com abordagem metodológica qualitativa. A revisão sistemática da literatura foi realizada através de levantamento bibliográfico por meio das bases de dados Scielo e Lilacs, pesquisando artigos publicados entre 1990 e 2010, que discorrem sobre a gestão pública no tocante aos medicamentos, utilizando o cruzamento das seguintes palavras-chaves: *CEME, Política Nacional de Medicamentos, RENAME, Assistência Farmacêutica, SUS, ANVISA, Medicamentos Essenciais*. Foram encontrados 89 artigos que tratavam do assunto, porém só foram incluídos para análise 28 artigos que abordavam os aspectos históricos e de desenvolvimento das políticas públicas de medicamentos. A revisão foi ampliada através da busca em outras fontes, tais como documentos governamentais, por meio de materiais impressos e on-line publicados pelo Ministério da Saúde. Além disso, foram consultadas teses e dissertações na Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME).

Autor correspondente: Alyne da Silva Portela - Departamento de Farmácia, Universidade Estadual da Paraíba - Avenida das Baraúnas, 351 - Campus Bodocongó - CEP.58109-753 - Campina Grande - PB - Brasil
e-mail: alyneportela@yahoo.com.br

CEME e RENAME: o primeiro passo

O plano diretor da CEME foi elaborado no período de falência da Ditadura Militar, pelo secretário geral do Ministério da Saúde (MS), Mozart Abreu Lima. Regulamentada em 25 de junho de 1971, através do Decreto nº. 68.806, a CEME representou um marco para a cultura da gestão centralizada e participativa da saúde, em especial no tocante à utilização dos medicamentos (Lima, 2003).

A princípio, a CEME encontrava-se subordinada à Presidência da República, todavia, a partir de julho de 1975, por meio do Decreto nº. 75.985, foi transferida ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS). Por fim, em 1985, pelo Decreto nº. 67.91.439, passou a ser de responsabilidade do MS (Sant´ana & Assad, 2004).

A CEME atuou em torno da questão da produção e distribuição de medicamentos para consumo da população notadamente de reduzido poder aquisitivo, incrementando a pesquisa científica e tecnológica, através de laboratórios governamentais, subordinados ou vinculados aos ministérios, e também da indústria privada. Dessa maneira, definiu as políticas para o setor farmacêutico e centralizou as compras governamentais de medicamentos, atuando como instrumento para incentivo ao desenvolvimento e à comercialização (Cosendey et al., 2000).

Diante desse programa de cooperação, a CEME desempenhou, então, a função de protetora das novas indústrias farmacêuticas que começavam a surgir no Brasil, auxiliando na compra dos produtos fabricados por estas indústrias, caso não conseguissem vendê-los, sendo estes revendidos aos laboratórios oficiais (Lima, 2003). Desse modo, a CEME iniciou a organização e a ampliação da Assistência Farmacêutica no Brasil, garantindo o abastecimento de medicamentos essenciais à população (Cosendey 2000; Oliveira et al., 2006).

Em 1978, realizou-se a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, um avanço importante para o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no mundo, assegurando o abastecimento dos medicamentos essenciais como um dos oito elementos básicos da atenção primária à saúde (Gil, 2006).

Frente a essa perspectiva mundial, uma das mais importantes atuações da CEME foi com relação à elaboração da lista de medicamentos essenciais. Anteriormente, em 1964, o Decreto nº. 53.612, estabelecia a primeira lista denominada Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário. No ano de 1972, foi distribuído pela CEME o primeiro Memento Terapêutico. No entanto, em 1975, antes mesmo da Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborar uma lista de medicamentos essenciais, fato que só aconteceu em 1977, foi instituída, através da Portaria do MPAS nº. 233, a RENAME, a qual se constituiu como um instrumento de fornecimento de medicamentos prioritários para as unidades de saúde (Silva, 2000). A RENAME passou por revisões e atualizações marcantes nos anos de 1989, 1993, 2000, 2002, 2006 e, mais recentemente, em 2008 . Os critérios de seleção têm sido norteados, de maneira geral, pelas recomendações da OMS, assim, são considerados: dados consistentes e adequados de eficácia e segurança de estudos clínicos; evidência de desempenho em diferentes tipos de unidades de saúde; disponibilidade da forma farmacêutica em que a qualidade adequada, incluindo a biodisponibilidade, possa ser assegurada; estabilidade nas condições previstas de estocagem e uso; custo total de tratamento e preferência por monofármacos (Brasil, 2008).

Dessa maneira, a listagem de medicamentos essenciais proposta pela RENAME representa um elemento estratégico na política de medicamentos, desde seu surgimento, na época da CEME até os dias atuais, facilitando a organização das listas estaduais (REESME) e municipais (REMUME), as quais devem ser organizadas de acordo com as patologias e os agravos mais relevantes e prevalentes de cada região, além disso, permite a uniformização de condutas terapêuticas, por desenvolver e facilitar o estabelecimento de ações educativas, orientando a prescrição, a dispensação, e o abastecimento de medicamentos, particularmente no âmbito do SUS (Pianetti, 2003).

Cabe destacar outra iniciativa importante da CEME, em 1987: o lançamento do Programa de Farmácia Básica, idealizado a fim de suprir certa quantidade de medicamentos selecionados pela RENAME, inicialmente cerca de 40 itens, pretendendo padronizar no âmbito nacional os medicamentos utilizados no tratamento de doenças de ocorrência comum no Brasil, em nível ambulatorial. Diante desse ideal de padronização, o programa não obteve êxito, pois cada região brasileira apresentava um perfil de morbimortalidade específico, resultando na falta ou no excesso dos medicamentos (Oliveira et al., 2006; Cosendey et al., 2000) .

Em meio a muitas críticas de ineficiência e desperdício, a CEME foi desativada em 1997, durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, e suas competências e programas foram distribuídos entre órgãos do Ministério da Saúde, Estados e Municípios. Esse fato deveu-se ao desvio dos objetivos iniciais da CEME, principalmente em relação à Assistência Farmacêutica, visto que se tornou uma simples distribuidora de medicamentos, em conseqüência, especialmente, da falta de contribuição dos profissionais de saúde, como os próprios farmacêuticos, os quais incentivavam a venda dos similares das multinacionais e de medicamentos bonificados (OPAS, 2005; Loyola 2008).

A partir da desativação da CEME, iniciou-se um amplo processo de discussão sobre o acesso de medicamentos entre diversos segmentos, onde foram identificados e analisado os principais problemas do setor farmacêutico nacional, culminando com a publicação da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos (PNM), integrada à Política Nacional de Saúde (OPAS, 2005).

Política Nacional de Medicamentos e suas ações

Com a Constituição Federal, em 1988, e a conseqüente criação do SUS, a saúde passou a ser um direito do cidadão e um dever do Estado, devendo o último garantir a população, através de políticas sociais e econômicas, o pleno acesso universal e eqüitativo às ações e serviços de saúde (Brasil, 1988).

A elaboração da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, que regulamenta o SUS veio justamente para estabelecer a organização básica das ações e dos serviços de saúde

quanto à direção e gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo, assegurando em seu artigo 6º o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica (Brasil, 1990). A partir desses reconhecimentos, tornou-se imperativa e prioritária uma organização da Assistência Farmacêutica com ênfase na saúde pública, baseada nos princípios e diretrizes do SUS.

Desde então, o Brasil vem passando por importantes transformações nesse aspecto, destacando-se entre elas a elaboração da PNM. Aprovada pela Comissão Intergestores e pelo Conselho Nacional de Saúde, a PNM é considerada o primeiro posicionamento formal e abrangente do governo brasileiro sobre a questão dos medicamentos no contexto da reforma sanitária. Formulada com base nas diretrizes da Organização Mundial da Saúde, a PNM expressa as principais diretrizes para o setor com o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade desses produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (Oliveira et al., 2006). Suas diretrizes são (Brasil, 2001a):

- Adoção da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME): trata-se de um meio fundamental para orientar a padronização, quer da prescrição, quer do abastecimento de medicamentos, principalmente no âmbito do SUS, constituindo, assim, um mecanismo para a redução dos custos dos produtos;

- Regulamentação sanitária de medicamentos: enfatiza, especialmente pelo gestor federal, as questões relativas ao registro de medicamentos e à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, bem como as restrições e eliminações de produtos que venham a revelar-se inadequados ao uso, na conformidade das informações decorrentes da farmacovigilância;

- Reorientação da Assistência Farmacêutica: busca o desenvolvimento de um modelo de assistência farmacêutica que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. As ações incluídas nesse campo da assistência terão por objetivo implementar, no âmbito das três esferas do SUS, todas as atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais;

- Promoção do Uso Racional de Medicamentos: destaca-se o processo educativo direcionado aos usuários sobre os riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados. Paralelamente, todas essas questões serão objeto de atividades dirigidas aos profissionais prescritores dos produtos e aos dispensadores;

- Desenvolvimento científico e tecnológico: incetivo da revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promovida a dinamização de pesquisas na área, com destaque para aquelas consideradas estratégicas para a capacitação e o desenvolvimento tecnológico nacional, incentivando a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo;

- Promoção da produção de medicamentos: esforços são concentrados no sentido de que seja estabelecida uma efetiva articulação das atividades de produção de medicamentos da RENAME, a cargo dos diferentes segmentos industriais (oficial, privado nacional e transnacional);

- Garantia da segurança, eficácia e qualidade de medicamentos: fundamenta-se no cumprimento da regulamentação sanitária, destacando-se as atividades de inspeção e fiscalização, com as quais é feita a verificação regular e sistemática;

Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos: trata-se do contínuo desenvolvimento e capacitação do pessoal envolvido nos diferentes planos, programas e atividades que operacionalizarão a PNM, de modo que o setor saúde disponha de recursos humanos - em qualidade e quantidade – cujo provimento, adequado e oportuno, é de responsabilidade das três esferas gestoras do SUS.

Em 1999, constituindo-se um dos marcos da ação da PNM, o MS criou a ANVISA, através da Lei nº. 9.782, uma autarquia caracterizada pela missão de "proteger e promover a saúde, garantindo a segurança sanitária dos produtos e serviços submetidos à Vigilância Sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos, aeroportos e fronteiras". Nesse contexto, no tocante aos medicamentos, a ANVISA tornou-se o órgão responsável pela fiscalização do controle de qualidade na fabricação dos medicamentos (Oliveira et al., 2006; Piovesan, 2002).

Não obstante, um dos maiores fatos ocorridos a partir da PNM fora a regulamentação da Lei dos Genéricos, no mesmo ano de 1999, contribuindo para a garantia do acesso da população brasileira aos medicamentos essenciais por um preço reduzido e ao mesmo tempo com suas necessárias segurança e eficácia, possibilitando seu intercambio com o medicamento de referência (Cosendey et al., 2000).

Em relação à Assistência Farmacêutica, destaca-se a criação do Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF), em junho de 2003 com a criação da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégico (SCTIE), por meio do Decreto nº. 4.726, de 9 de junho de 2003. Essa Secretaria incorporou as funções da extinta Secretaria de Políticas de Saúde, que realizava atividades no âmbito da atenção básica. A criação do DAF foi o primeiro passo para a institucionalização da Assistência Farmacêutica no MS, com estrutura própria e a atribuição de formular e implementar a PNM, já que antes as ações eram desenvolvidas por Assessoria Técnica, ligada diretamente ao Secretário de Políticas de Saúde. Desde então o DAF vem desenvolvendo diversos trabalhos para a consolidação da PNM, um exemplo disso foi a criação em julho de 2007, do Comitê Nacional para a promoção do Uso Racional de Medicamentos o qual busca identificar e propor estratégias de articulação, de monitoramento e avaliação da promoção do uso racional de medicamentos.

No mesmo ano, realizou-se, em setembro, a Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, a primeira do Brasil a tratar desse assunto, com o objetivo principal de analisar a situação do serviço de Assistência Farmacêutica no SUS, apresentando como tema central "Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social". Mais recentemente, em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf) pela Resolução nº. 338/2004 do Conselho Nacional de Saúde, trazendo definições sobre assistência a atenção farmacêuticas, e enfocando a política

de medicamentos (OPAS, 2005; Brasil, 2005a; Brasil, 2004).

A Assistência Farmacêutica no SUS

Diante da preocupação da PNM com a reorientação da Assistência Farmacêutica é válido destacar como este serviço encontra-se atualmente organizado no âmbito do SUS. Segundo a PNM Assistência Farmacêutica é definida como:

"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, 2001).

Quando analisamos essa descrição sobre o que seria Assistência Farmacêutica, percebemos que sua correta aplicação contribuiria efetivamente nas ações do SUS. Todavia, é importante ressaltar, que é na área da Assistência Farmacêutica, que o SUS se depara com as maiores dificuldades, e onde ficam mais evidentes as distorções e problemas que são gerados pelas grandes desigualdades sociais e econômicas ainda existentes no país e que determina restrições ao pleno acesso aos medicamentos pela população (Monsegui,1997). Dessa forma, a desarticulação da Assistência Farmacêutica, no Brasil, conduz a um grave cenário de comprometimento da qualidade de vida do cidadão (Pianetti, 2003).

Na tentativa de organizar um processo coletivo que permita a estruturação e a consolidação da Assistência Farmacêutica, o estabelecimento de uma gerência efetiva na execução dessas atividades assume um papel prioritário, apresentando como resultado a disponibilidade de medicamentos de qualidade e uma melhor utilização dos recursos públicos (Marin et al., 2003).

O planejamento é peça fundamental para o ciclo de gestão e, no tocante à Assistência Farmacêutica, deve ser estimulado a fim de que os gestores pensem sua realidade e passem a intervir para sua transformação. Nesse aspecto, o planejamento deve considerar a integralidade das ações e dos serviços de saúde e, portanto, as ações de Assistência Farmacêutica devem ser pensadas no contexto das demais ações de saúde, sendo declaradas como compromissos no Plano de Saúde (Brasil, 2006).

Para a efetiva implementação da Assistência Farmacêutica é fundamental ter como princípio básico norteador o Ciclo da Assistência Farmacêutica, que é um sistema constituído pelas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, com suas interfaces nas ações da atenção à saúde. Entretanto, não é possível considerar que se está oferecendo atenção integral à saúde quando a Assistência Farmacêutica é reduzida à logística de medicamentos (adquirir, armazenar e distribuir) (Brasil, 2001b).

Nota-se, portanto, que para o eficiente desenvolvimento da Assistência Farmacêutica, permitindo valorizar as ações e os serviços de saúde, há algumas necessidades: trabalhadores qualificados; selecionar os medicamentos mais seguros, eficazes e custo-efetivos; programar adequadamente as aquisições; adquirir a quantidade certa e no momento oportuno; armazenar, distribuir e transportar adequadamente para garantir a manutenção da qualidade do produto farmacêutico; gerenciar os estoques; disponibilizar protocolos e diretrizes de tratamento, além de formulário terapêutico; prescrever racionalmente; dispensar (ou seja, entregar o medicamento ao usuário com orientação do uso); monitorar o surgimento de reações adversas, entre tantas outras ações (Brasil, 2006).

Visto que a Assistência Farmacêutica constitui parte fundamental dos serviços de atenção à saúde do cidadão, compreendida através de um conjunto de atividades relacionadas ao medicamento e que deve ser realizada de forma sistêmica, tendo, como benefício maior, o paciente (Marin et al., 2003), é importante lembrar que esta atividade é de caráter multiprofissional, não sendo privada ao profissional farmacêutico, pois representa a união entre as tecnologias de gestão e de uso de medicamento (Araújo & Freitas, 2006; Araújo et al., 2008).

Acesso aos Medicamentos Essenciais

Segundo a PNM "integram o elenco de medicamentos essenciais àqueles produtos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população". O aspecto multidisciplinar da Assistência Farmacêutica é observado nas ações de suprimentos e de dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica, cuja oferta deve estar localizada o mais perto possível da residência do cidadão (Marin et al., 2003).

Logo, pode-se dividir os fatores interferentes na acessibilidade ao medicamento em: acesso geográfico, no qual os produtos podem ser obtidos dentro de uma distância razoável; acesso imediato, ou disponibilidade contínua, através do qual os medicamentos estão prontamente disponíveis nos serviços de saúde; e acesso econômico, no qual o usuário pode pagar por eles. Esse tipo de disponibilidade é chamado de disponibilidade funcional, onde os serviços e produtos estão disponíveis de acordo com as necessidades de saúde da população, de forma contínua e com volume adequado à demanda (Guerra Jr et al., 2004).

No Inquérito sistemático de pesquisa de serviços e pesquisa domiciliar de acesso a medicamentos, realizado no Brasil em 2004, foi observado sobre a disponibilidade média para os medicamentos principais era de 74% nas unidades públicas de saúde, e que nas farmácias privadas o valor era de 88%, demonstrando que também nesses últimos estabelecimentos o usuário tem dificuldade de encontrar medicamentos essenciais (OPAS, 2005).

A iniqüidade quanto às condições de vida do povo brasileiro também está refletida no acesso aos medicamentos. Ao analisarmos alguns dados destacados pela PNM sobre o perfil do consumo brasileiro de medicamentos segundo faixa de renda da população, observa-se que apenas 15% da população com renda superior a 10 salários mínimos consome 48% do mercado total, enquanto a maioria da população brasileira, representada por 51% com renda

inferior a quatro salários mínimos, consome apenas 16% desse mercado (Brasil, 2001a).

Um outro fator é a falta de medicamentos, em nível de atenção básica, para o tratamento de doenças freqüentes, que obriga ao usuário do SUS a buscá-lo em farmácias privadas, o que compromete proporção considerável da renda de indivíduos que ganham um salário. A situação torna-se ainda mais complicada para aqueles que não conseguem seguir o tratamento, por não ter dinheiro para realizar a compra, o que muitas vezes gera o agravamento de seu estado de saúde. Tudo isso aponta falha do setor público na provisão de medicamentos, uma vez que o modelo brasileiro é baseado na distribuição gratuita de medicamentos essenciais (OPAS, 2005).

Não só no Brasil, mas também em outros países, as diferenças observadas na disponibilidade de medicamentos estão diretamente relacionadas a questões políticas referentes aos medicamentos essenciais, assim como ao panorama financeiro de cada país. O acesso a esses medicamentos é limitado em países pobres devido, principalmente, a duas razões: os preços destes produtos são altos para a média de rendimentos de suas populações e os medicamentos necessários ao tratamento das principais doenças não se encontram disponíveis (Cosendey et al., 2000). A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de dois terços da renda de uma família de classe baixa são destinados para a compra de medicamentos. Dados da Conferência Nacional dos Serviços de Saúde (Conass) informam ainda que 50% da população interrompe seu tratamento médico por falta de recursos (Dias & Romano-Lieber, 2006).

Na tentativa de solucionar essa questão foi criado, em 13 de abril de 2004, o programa Farmácia Popular do Brasil, através da Lei n.º 10.858, visando ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. A Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), órgão do MS e executora do programa, adquire os medicamentos de laboratórios farmacêuticos públicos ou do setor privado, quando necessário, e disponibiliza nas Farmácias Populares a baixo custo. Um dos objetivos do programa é beneficiar principalmente as pessoas que têm dificuldade para realizar o tratamento por causa do custo do medicamento (Brasil, 2005b).

Entretanto, observa-se a falta de prioridades na adoção, pelos prescritores, de produtos padronizados, além da irregularidade no abastecimento de medicamentos, em nível ambulatorial, o que em parte dificulta a eficácia das ações governamentais no setor da saúde (Brasil, 2001a).

DISCUSSÃO

No Brasil é recente a preocupação dos medicamentos como fundamentais no processo de promoção da saúde, refletindo na qualidade de vida da população. Não é possível imaginar a consolidação do SUS, cujos princípios são universalidade, a eqüidade e a integralidade, sem que os medicamentos se encontrem acessíveis a todos os indivíduos, fato que levou à extinção da CEME, pela ineficiência deste órgão na distribuição de medicamentos.

Descortina-se, então, que o direito constitucional à saúde assegurado à população brasileira só se materializa em sua plenitude mediante o acesso ao medicamento pelo paciente. Entretanto, ao contrário do que se pensa, a Assistência Farmacêutica não está limitada à aquisição e distribuição de medicamentos, como se mostraram as Políticas Públicas de Medicamentos apresentadas nos últimos anos, faz-se necessário oferecer uma Assistência Farmacêutica integral, de modo que a população tenha acesso a medicamentos de qualidade, eficazes e seguros.

Desde que foi criada, a PNM trouxe muitos avanços que beneficiaram a sociedade e que contribuíram para o desenvolvimento social do país, como a criação da ANVISA e a disseminação dos medicamentos genéricos. Apesar de todos os esforços para consolidação da PNM e suas diretrizes, como a desigualdade no acesso da população aos medicamentos essenciais. Aliado a este fato ainda há outros desafios a serem enfrentados como o uso irracional e indiscriminado de medicamentos, a ausência da área de Assistência Farmacêutica no organograma de ações em algumas secretarias estaduais e municipais de saúde, o sub-financiamento do setor, a carência de recursos humanos capacitados, entre outros.

Pelo exposto, ainda há muitas dificuldades a serem superadas, mas há um grande dinamismo no processo e não se verificam retrocessos capazes de inviabilizar os avanços conquistados. Cabe a todos impulsionar as ações da PNM, de modo que possamos chegar a um patamar mais elevado de qualidade e efetividade, contribuindo decisivamente na melhoria nas condições de saúde da população brasileira.

ABSTRACT

Public policies for medicines: trajectory and challenges

Through a bibliography review of public policies in Brazilian medicine sector, this paper examines the main characteristics of actions implemented in this area, lighting their results and deficiencies, as well as the difficulties to consolidate a policy for medicines in Brazil. The study is based on analysis of articles searched in the Scielo and Lilacs databases and other sources. Since the extinct Medicine Center to the approval of the National Medicine Policy, all the actions and programs aimed mainly at the reorientation of Pharmaceutical Assistance in primary health are, to guarantee access and rational use of essential medicines essential.

Key words: Essential Medicines. National Medicine Policy. Pharmaceutical Assistance.

REFERÊNCIAS

Araújo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. Rev Bras Cien Farm. 2006; 42(1):137-46.

Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2008; 13(sup): 611-7.

Brasil. Constituição Federal. 5 de setembro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções e técnicas para sua organização. Brasília: Ministério da Saúde; 2001b.

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Relatório Final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Brasília: Ministério da Saúde; 2005a; Série D:154 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei n° 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília; 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, 2001a. Série C(25):23-6.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, 2004; SeçãoI nº 96.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde. 2006; Série B: 74 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. Saúde Coletiva. 2000; 5(1):163-77.

Cosendey MAE, Bermudez JAZ, Reis ALA, Silva HF, Oliveira MA, Luiza VL. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. Cad. Saúde Pública. 2000; 16(1):171-82.

De Bernardi CLB, Bieberbach EW, Thomé HI. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Saude Soc. 2006; 15(1):73-83.

Dias CRC, Romano-Lieber NS. Processo de implantação da política de medicamentos genéricos no Brasil. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(8):1661-1669.

Gil CRR. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública. 2006 Jun; 22(6):1171-81.

Guerra Jr AA, Acúrcio FA, Gomes CAP, Miralles M, Girardi SN,Werneck GAF,Carvalho CL. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2004; 15(3):168-75.

Lima MA. A saúde entre o Estado e a sociedade. Hist. Ciênc. Saude-Manguinhos. 2003; 10(2):743-70.

Loyola MA. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. Ciênc. Saúde Coletiva. 2008; 13(Sup):763-78.

Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado-dos Santos S. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.

Monsegui GBG. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro;1997.

Oliveira EA, Labra ME, Bermudez J. A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral. Cad. Saúde Pública. 2006; 22(11):2379-89.

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS); Organização Mundial de Saúde. Avaliação da assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília (Brasil); 2005.

Pianetti GA. Política Nacional de Medicamentos. In: Gomes MJVM, Reis AMM. Ciências Farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar. São Paulo: Atheneu; 2003. p.301-10.

Piovesan, MF. A Construção Política da Agência Nacional de Vigilância Sanitária [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.

Sant' ana PJP, Assad ALD. Programa de pesquisa em produtos naturais: a experiência da CEME. Quím Nova. 2004; 23(7):508-12.

Silva RCS. Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2000.