

VOL. 1

Hospital
Municipal

Farmácia
Pública

Central de
Abastecimen
Farmacêuti

Unidade
de Pronto
Atendimento

Central de
Abastecimen
Farmacêutico

USF/UBS

Centro de
referência em
IST/AIDS

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Assistência Farmacêutica:

da organização ao acesso a medicamentos e os desafios de sua integração à rede de atenção do SUS

COLEÇÃO

Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de **nível superior** nos serviços de saúde

PROJETO

Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde

Assistência Farmacêutica:

da organização ao acesso a medicamentos e os desafios de sua integração à rede de atenção do SUS

VOLUME 1

COLEÇÃO

Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de **nível superior** nos serviços de saúde

PROJETO

Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde



BRASILIA - DF
2020



Tiragem: 1ª edição – 2020 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Promoção da Saúde
Esplanada dos Ministérios,
bloco G, 7º andar
CEP: 70058-900 - Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-6101
Site: www.aps.saude.gov.br
E-mail: cgctab@saude.gov.br

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

R. João Julião, 331, Bela Vista
CEP: 01327-001 – São Paulo/SP
Tel.: (11) 3549-1000
Site: www.hospitaloswaldocruz.org.br

*CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS
MUNICIPAIS DE SAÚDE*

Esplanada dos Ministérios, bloco G,
anexo B, sala 144
Zona Cívico-Administrativo
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3022-8900
Site: www.conasems.org.br

Grupo executivo:

Hospital Alemão Oswaldo Cruz:
Aline Fajardo
Karen Sarmento Costa
Samara Kielmann
CONASEMS:
Elton da Silva Chaves
Hisham Mohamad Hamida
Ministério da Saúde:
Olivia Lucena de Medeiros
Hannah Carolina Tavares Domingos
Izabella Barbosa de Brito

Coordenação geral do projeto:

Ana Paula N. Marques de Pinho
Samara Kielmann

Coordenação técnica do curso:

Karen Sarmento Costa

Gestão do projeto:

Aline Fajardo
Camila Tavares de Sousa
Flávia Landucci Landgraf
Mariana Castagna Dall'Acqua

Innovativ – HAOC:

Gestão dos processos de EaD:
Débora Schuskel
Modelagem Instrucional e Pedagógica:
Débora Schuskel
Gestão dos Processos do Curso:
Gicelma Rosa dos Santos
Adrielly Saron Alves Silva Lopes
Gestão do ambiente virtual de
aprendizagem:
Alline Tibério
Produção audiovisual:
Anders Rinaldi Angelini
Designer Instrucional:
Daniel Tschisar

Elaboração do conteúdo e texto:

Adriane Lopes Medeiros Simone
Andréia Turmina Fontanella
André Yoshikane Shoshima
Anna Heliza Silva Giomo
Karina Santos Rocha
Luciane Anita Savi
Marco Aurélio Pereira
Maria Cristina Sette de Lima

Noemia Urruth Leão Tavares

Rangel Ray Godoy
Rondineli Mendes da Silva
Suetônio Queiroz de Araújo
Tiago Marques dos Reis
Vera Lucia Luiza

Revisão técnica:

Camila Tavares de Sousa
Felipe Tadeu Carvalho Santos
Karen Sarmento Costa
Patrícia Silveira Rodrigues
Leonardo Régis Leira Pereira
Orlando Mário Soeiro
Elton da Silva Chaves

Coordenação editorial:

Júlio César de Carvalho e Silva

Revisão de texto:

Julia Nader Dietrich – Educação e
Jornalismo

Projeto gráfico e capa:

Laura Camilo – L7 Design

Normalização:

Delano de Aquino Silva – Editora MS/CGDI

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde.

Assistência Farmacêutica na gestão municipal : da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020.

4 v. : il.

Conteúdo: v. 1. Assistência Farmacêutica: da organização ao acesso a medicamentos e os desafios de sua integração à rede de atenção do SUS. v. 2. Gestão e planejamento da Assistência Farmacêutica no SUS. v. 3. Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais: operacionalização e prática nos municípios. v. 4. Os serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde.

Modo de acesso: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_organizacao_medicamentos_desafios.pdf

ISBN 978-85-334-2867-6 (coleção)

ISBN 978-85-334-2868-3 (volume 1)

1. Prática farmacêutica baseada em evidências. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Procedimentos clínicos. I. Título.

CDU 615.12

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2020/0330

Título para indexação:

V. 1. Organization and the access to medicines in Pharmaceutical Assistance: integration challenges in the Healthcare Network of the Brazilian Public Health System

Sumário

Prefácio	09
Abertura	11
Desafios para a gestão municipal: qualificação e integração da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde	
O Sistema Único de Saúde e o desafio da integração em Redes de Atenção à Saúde	17
Introdução	19
Saúde e doença	19
Concepções de saúde e doença	19
Determinantes sociais de saúde	22
Perfil epidemiológico da população brasileira	24
A atuação do Estado Brasileiro na saúde	26
Um pouco de história	27
Estrutura e funcionamento do SUS	29

A organização da atenção à saúde	31
Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (AB/APS)	31
Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)	34
Redes de Atenção à Saúde (RAS)	36
Síntese da Aula	40
Referências	40
Material Complementar	41

Assistência Farmacêutica no SUS e sua integração nas Redes de Atenção à Saúde **42**

Introdução 44

Políticas Farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS) 44

A Assistência Farmacêutica na perspectiva de integração nas Redes de Atenção à Saúde 54

Síntese da Aula 59

Referências 59

Acesso a medicamentos: operacionalização no contexto do SUS	63
Introdução	65
Concepções e dimensões do acesso a medicamentos	67
Modelo teórico de avaliação de acesso a medicamentos da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos	68
Modelo de Andersen para explicar o acesso a medicamentos	72
Afinal, a quais medicamentos a população tem acesso no SUS?	73
Relações de Medicamentos Essenciais	73
Operacionalização do acesso aos medicamentos no SUS	78
Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)	79
Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)	84
Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)	87

Programa Farmácia Popular do Brasil	94
Medicamentos utilizados em procedimentos domiciliares, ambulatoriais e hospitalares	94
Qualificação do acesso a medicamentos: uma ferramenta para enfrentamento da judicialização em saúde	96
Síntese da Aula	98
Referências	98

Avaliação e incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS 103

Introdução 105

Tecnologias em saúde 106

 Ciclo de vida das tecnologias 110

Avaliação de Tecnologias em Saúde 110

 Histórico 111

 Nível de evidência 112

 O que deve ser avaliado em ATS 115

 Etapas da Avaliação de Tecnologias em Saúde 117

 Histórico da ATS no Brasil 118

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) 121

Redes de Suporte em ATS	127
NATS e REBRATS	127
EVIPNet	127
ATS e os municípios	128
Síntese da Aula	129
Referências	130
Material Complementar	132

Prefácio

Esta obra é fruto de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS), na figura da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), o Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Por meio do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) realizou-se o projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, com objetivo de fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) mediante o aprimoramento dos serviços da Assistência Farmacêutica (AF) e sua inserção nos processos de cuidado em conjunto às equipes nas unidades de saúde.

Segundo dados obtidos da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM)¹, realizada em 2015, dentre os desafios para a melhoria da AF em municípios estão: sua ausência no organograma das secretarias (24%) e no plano de saúde (18%), a falta de autonomia financeira (61,5%) e de conhecimento dos valores disponíveis (81,7%), a falta de adoção de procedimentos operacionais para seleção, programação e aquisição (cerca de 50%), e o fato da maioria dos responsáveis pela assistência farmacêutica avaliar a organização da AF como boa e ótima (58,8%) apesar dos indicadores preocupantes.

Ademais, o Brasil figura entre os maiores consumidores globais de medicamentos, o que denota a necessidade do acompanhamento e orientação com vistas ao uso racional, e demanda a implantação de registros estruturados que favoreçam a análise dos impactos gerados por estas tecnologias de cuidado. Por tais razões, torna-se fundamental fomentar o progresso dos serviços farmacêuticos na APS, tanto os técnico-gerenciais quanto os técnico-assistenciais.

O conteúdo desta publicação, resultante do curso *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização à prática nos serviços (profissionais de nível superior)* oferecido pelo projeto, é baseado em conceitos

e reflexões críticas e agrega materiais para a promoção do aperfeiçoamento conceitual e das práticas dos profissionais que atuam na gestão da AF dos municípios, em prol da qualificação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e, principalmente, da melhoria das condições de saúde das pessoas, sempre considerando as necessidades de saúde locais e a organização própria do trabalho e da gestão dos territórios.

Ainda no âmbito do projeto, foram desenvolvidos outros três cursos, cada qual voltado a diferentes agentes da AF municipal, da gestão central ao balcão, ressaltando a importância do trabalho corresponsabilizado e integrado. O material elaborado para subsidiar estas formações foi também publicado, resultando nas coleções *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível médio e/ou técnico nos serviços de saúde*, *Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico* e no livro *Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica*.

Os produtos deste projeto – incluindo este volume – foram estruturados na perspectiva de desenvolvimento de uma RAS capaz de responder e potencializar o desempenho do Sistema Único de Saúde, em termos da garantia do acesso, qualidade e eficiência econômica, objetivando a integralidade do cuidado e a resolutividade das ações em saúde, passos importantes para a evolução dos serviços de atenção na saúde pública brasileira.

Em nome da Secretaria de Atenção Primária à Saúde, parabenizamos a equipe técnica que elaborou e sistematizou os conteúdos da obra e convidamos os leitores a uma boa leitura.

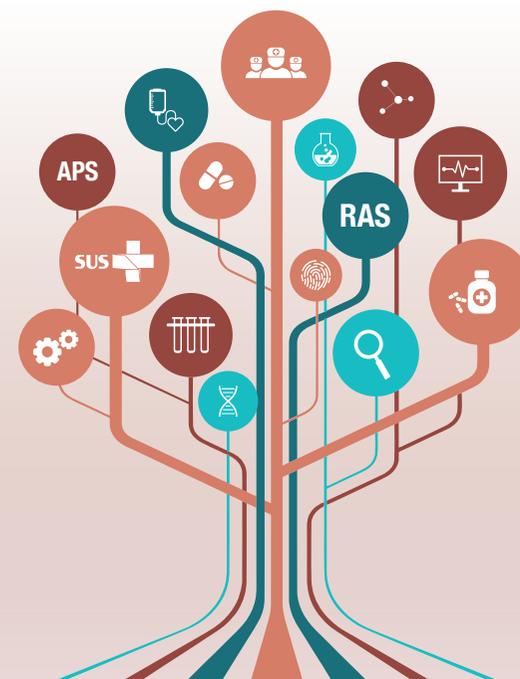
Coordenação-Geral de Prevenção de Doenças Crônicas e Controle do Tabagismo

Ministério da Saúde

Referências

1. Gerlack LF, Karnikowski MG, Areda CA, Galato D, Oliveira AG, Álvares J, Leite SN, Costa EA, Guibu IA, Soeiro OM, Costa KS. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. Revista de Saúde Pública. 2017 Nov 13;51:15s.

Abertura



Desafios para a gestão municipal: qualificação e integração da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde

Autores: Samara Kielmann, Aline Fajardo, Mariana Castagna Dall'Acqua, Flávia Landucci Landgraf, Camila Tavares de Sousa, Karen Sarmiento Costa, Patrícia Silveira Rodrigues, Olivia Lucena de Medeiros, Hannah Carolina Tavares Domingos, Izabella Barbosa de Brito, Elton da Silva Chaves, Hisham Mohamad Hamida

Desafios para a gestão municipal: qualificação e integração da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde

Autores: Samara Kielmann, Aline Fajardo, Mariana Castagna Dall'Acqua, Flávia Landucci Landgraf, Camila Tavares de Sousa, Karen Sarmento Costa, Patrícia Silveira Rodrigues, Olivia Lucena de Medeiros, Hannah Carolina Tavares Domingos, Izabella Barbosa de Brito, Elton da Silva Chaves, Hisham Mohamad Hamida

Os desafios impostos pela transição demográfica e epidemiológica em curso no Brasil, que se caracterizam pelo aumento da população, transformações nas estruturas etárias e perfil de adoecimento, demandam do Sistema Único de Saúde (SUS) capacidade de resposta ao cenário complexo, atualmente apresentado, que envolve tripla carga de doenças, com uma predominância das doenças crônicas e ainda elevada prevalência de doenças parasitárias, infecciosas e da morbimortalidade por causas externas, impondo necessidade de reorganização das práticas, da estrutura e da lógica de funcionamento institucional do SUS como resposta a estas demandas.

A organização do SUS em redes de atenção à saúde (RAS), sob coordenação da Atenção Básica/Primária em Saúde, tem se colocado como resposta na superação da fragmentação sistêmica e do modelo de atenção à saúde baseado em ações curativas e centrado no médico, sendo eficaz tanto na organização de um modelo horizontal, articulado, proativo, focado na integralidade do cuidado e reorientação da gestão do cuidado com abordagem multi e interdisciplinar, quanto no enfrentamento aos desafios impostos pelo atual cenário demográfico, socioeconômico, epidemiológico e sanitário¹.

Neste contexto, é fundamental a integração sistêmica da Assistência Farmacêutica às RAS, por meio da oferta dos serviços farmacêuticos que englobam atividades técnico-gerenciais (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos e insumos) enquanto apoio à rede e, nos diferentes pontos de atenção da rede, o cuidado farmacêutico, sob a dimensão clínico-assistencial e técnico-pe-

dagógica do trabalho em saúde voltado ao indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde².

Enquanto sistema de apoio, entende-se como fundamental a qualificação das atividades técnico-gerenciais a serem desenvolvidas, que devem estar integradas e sincronizadas com vistas à garantia do abastecimento dos medicamentos, nas diferentes unidades funcionais, com suficiência, regularidade e qualidade para atender as necessidades singulares da rede de atenção à saúde².

A Política Nacional de Atenção Básica inova ao explicitar como diretrizes da assistência farmacêutica na atenção básica o desenvolvimento de

ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado^{3:Art.7}.

Esta também reconhece a necessidade da garantia de qualificação da força de trabalho para a gestão e a atenção à saúde, a partir do estímulo e viabilização da formação, educação permanente e continuada dos profissionais com qualificação dos serviços ofertados à população³.

No que se refere à Assistência Farmacêutica no SUS, mesmo identificando um conjunto de avanços significativos - por exemplo, a melhor organização das responsabilidades executivas no âmbito do pacto federativo, ampliação do investimento na área pelos entes federados e do acesso a medicamentos, melhor estruturação de serviços farmacêuticos nos municípios e presença de sistemas informatizados - reconhece-se que ainda persistem barreiras e desafios a serem enfrentados². Entre eles, a não implementação na totalidade dos municípios da política de assistência farmacêutica, deficiências nos processos de planejamento e gestão, ações focadas no medicamento e no insumo e não no usuário, recursos humanos pouco qualificados, inadequação de procedimentos técnico-gerenciais, ambientes pouco adequados às exigências e necessidades dos serviços farmacêuticos, relações municipais de medicamentos pouco baseadas em critérios técnico-científicos, nível de integração baixo entre os diferentes serviços farmacêuticos e destes com os demais serviços de saúde da rede e a incipiência dos serviços farmacêuticos assistenciais^{4,5}.

Neste cenário, torna-se premente o desenvolvimento de ações pedagógicas para capacitar profissionais que atuam na gestão da Assistência Farmacêutica municipal. Tendo em vista a demanda de formação aos profissionais de nível superior que atuam nos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais, a equipe do Projeto da Atenção Básica, elaborou, desenvolveu e disponibilizou aos municípios brasileiros o **Curso Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização à prática nos serviços (profissionais de nível superior)**. A formação tem como objetivo instrumentalizar e capacitar os profissionais de nível superior que atuam na gestão da Assistência Farmacêutica municipal visando o aperfeiçoamento das práticas profissionais, contribuindo para a qualificação do sistema de apoio da Rede de Atenção à Saúde e integração com o cuidado em saúde.

Os conteúdos abordam desde a contextualização do Sistema Único de Saúde na perspectiva da organização e integração da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde, com avaliação e incor-

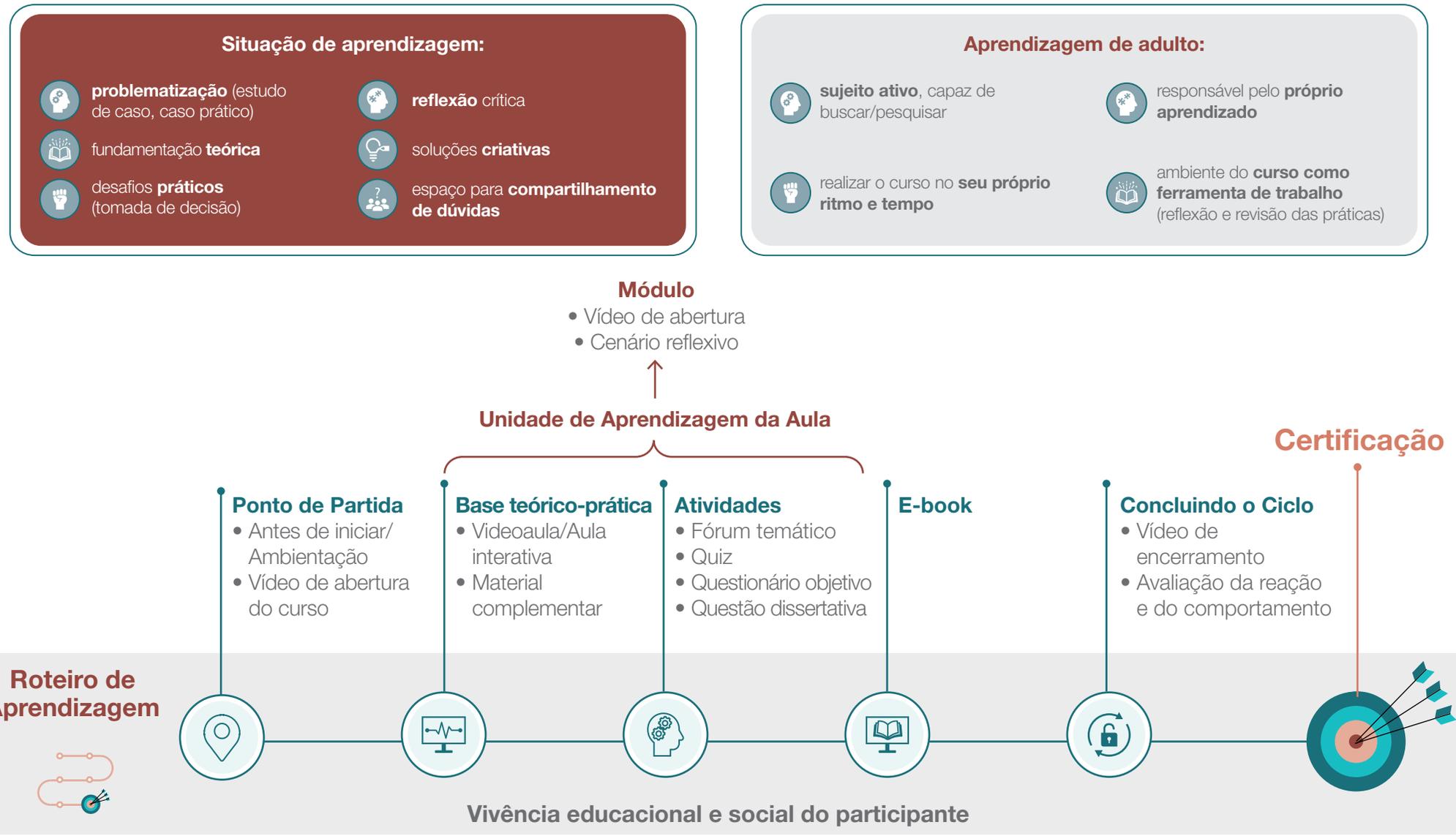
poração de tecnologias e estratégias de acesso a medicamentos no SUS, aos aspectos relacionados à gestão interfederativa, planejamento, financiamento e avaliação da assistência farmacêutica e às abordagens da operacionalização e práticas dos serviços farmacêuticos nos municípios e as contribuições destes para a qualificação do cuidado em saúde.

Adotou-se no curso que os

serviços farmacêuticos constituem-se no conjunto de atividades e processos de trabalho relacionados ao medicamento, protagonizados pelo farmacêutico (em especial nas ações finalísticas), e desenvolvidos no âmbito da atenção em saúde com vistas a potencializar sua resolubilidade. Esse conjunto de atividades compreende tanto atividades técnico-gerenciais (atividades de apoio) quanto clínicas (atividades finalísticas) dirigidas a indivíduos, família e comunidades^{2:115}.

O percurso pedagógico fundamenta-se no construtivismo com ênfase na participação ativa dos profissionais, que são instigados a experimentar e (re)construir o conhecimento. Esta abordagem pedagógica contribui para o desenvolvimento de estruturas conceituais e para a construção reflexiva e crítica do conhecimento dos profissionais de nível superior, elementos estruturantes da aprendizagem significativa proposta pelo curso. Esse tipo de abordagem requer desses profissionais uma postura proativa no processo de ensino-aprendizagem para estudarem com autonomia e com comprometimento com o curso, planejando o tempo de dedicação e criando uma rotina de estudos adequada às suas vidas pessoais e profissionais, como esquematizado na Figura 1.

Figura 1. Desenho pedagógico do curso



Fonte: Elaboração própria.

Considerando o ineditismo e a importância desse material para a formação de profissionais de nível superior que atuam nos serviços farmacêuticos técnico gerenciais no SUS, e levando em conta a situação imposta pela pandemia da doença COVID-19, que exige respostas mais imediatas dos serviços farmacêuticos com vistas à garantia do acesso aos medicamentos necessários dentro da realidade da Atenção Básica, o Grupo Executivo do Projeto, constituído pelo Hospital Alemão Oswaldo Cruz, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção Primária à Saúde (MS/SAPS), propôs a organização dessa coleção, a partir do material didático elaborado no curso, com a expectativa de ampliar o conhecimento e as oportunidades dos profissionais na qualificação dos serviços farmacêuticos.

O conteúdo dos módulos, aqui apresentados em formato de volumes, foi pensado de forma encadeada para que o profissional caminhe por todas as unidades de aprendizagem de forma fluída e organizada como um ciclo, com foco na discussão de casos práticos, próximos do cotidiano vivenciado, discussões para a operacionalização dos serviços farmacêuticos técnico-gerenciais e apoio nos serviços farmacêuticos clínicos.

Por essa razão esta coleção está organizada em quatro volumes, compostos por um conjunto de capítulos (unidades de aprendizagem):

- » Vol. 1 - Assistência Farmacêutica: da organização ao acesso a medicamentos e os desafios de sua integração à rede de atenção do SUS
- » Vol. 2 - Gestão e planejamento da Assistência Farmacêutica no SUS
- » Vol. 3 - Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais: operacionalização e prática nos municípios
- » Vol. 4 - Os serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde.

Para apoiar a compreensão dos leitores, seguindo a própria organização dos cursos, cada volume e suas respectivas unidades de aprendizagem são ilustradas com quadros e figuras que facilitam a apresentação das informações, bem como referências e indicações de leituras complementares. A cada aula, também são apresentados os objetivos de aprendizagem e um breve resumo do conteúdo apresentado.

Esperamos que os gestores e profissionais que atuam nos serviços farmacêuticos no contexto da Atenção Básica possam utilizar esse material para ações de educação permanente com a equipe, visando o aprimoramento e a maior integração das práticas entre os diferentes profissionais e a melhoria na qualidade da oferta desses serviços à população.

Desejamos que esta publicação democratize o conhecimento voltado à formação desses profissionais e seja um incentivo para a qualificação dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde a fim de avançarmos nas conquistas nessa área e superarmos as barreiras e desafios apontados, tendo como perspectiva a oferta de serviços de qualidade e humanizados alinhada aos princípios e diretrizes do SUS.

Boa Leitura!



Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 30 dez 2010.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Primária Saúde, Departamento de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 384 p.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 22 set 2017.
4. Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano” / CONASEMS-COSEMS-RJ-LAPPIS/IMS/UERJ. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ; 2016. 324p. ISBN: 9788595360006.
5. Costa KS et al. Avanços e desafios da assistência farmacêutica na atenção primária no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública. 2017. 51 (supl 2), 3s.



Aula



O Sistema Único de Saúde e o desafio da integração em Redes de Atenção à Saúde

Autora: Maria Cristina Sette de Lima

Ementa da aula



Esta aula aborda os determinantes sociais de saúde, o atual quadro de necessidades da população brasileira, os princípios e diretrizes do SUS, os conceitos e atributos da Rede Atenção à Saúde e o papel da Atenção Básica como coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços de saúde.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Refletir sobre a organização do Sistema Único de Saúde frente às necessidades e demandas sociais na perspectiva da integração nas Redes de Atenção à Saúde e o papel da Atenção Básica no sistema.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Introdução

Durante a sua formação você deve ter sido provocado a pensar sobre estas questões: o que é saúde? Por que as pessoas adoecem? Quais são as causas mais frequentes de adoecimento e morte? Como foi que o Brasil se organizou ao longo do tempo para atender às necessidades de saúde da população?

Esta aula tem como objetivo propor uma reflexão sobre essas questões, para que você considere cada vez mais a importância de seu trabalho na Assistência Farmacêutica, que é parte de um todo fundamental para a população brasileira, o Sistema Único de Saúde – SUS.

Saúde e doença

»» Conceções de saúde e doença

Saúde e doença não têm o mesmo significado para todas as pessoas. As pessoas vivenciam situações de saúde e doença em si mesmas, seus familiares, seus amigos, sua comunidade ou ambiente de trabalho e nos demais espaços que frequentam durante toda a sua vida. E, ao longo da história, conforme sistematiza o Quadro 1, diferentes modelos explicativos foram construídos e ainda estão presentes em nossos dias¹.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 1. Modelos explicativos sobre saúde e doença

<p>Antiguidade</p>	<p>Explicação mágico-religiosa – Para parte dos povos antigos, o que prevalecia era a visão mágico-religiosa, ou seja, a explicação estava associada a causas naturais e sobrenaturais¹. Forças externas aos homens penetrariam nos corpos e seriam causas de adoecimento, por conta de pecados cometidos e maldições, sendo necessários rituais para erradicar o mal e reestabelecer a saúde</p> <p>Explicação racional – No Egito antigo e na Grécia Antiga os estudiosos procuravam explicações através da razão. Hipócrates (século VI a.C.) via o ser humano como uma unidade organizada, e a doença seria decorrente da desorganização dessa unidade. Havia uma visão racional da medicina, com registro de observações de casos de forma empírica</p> <p>Explicação holística – Na explicação da medicina chinesa e hindu a saúde era resultado do equilíbrio entre os elementos que compõem o organismo das pessoas e o humor, então qualquer desequilíbrio entre esses elementos provocaria o aparecimento das doenças</p>
<p>Idade Média</p>	<p>Na Europa, com a influência da religião cristã, a doença voltou a ser vista como consequência direta do pecado, e o sofrimento vivido pelos enfermos seria uma forma de se redimir. A culpa passou a ser algo associado ao adoecimento e, para a cura, seria fundamental a fé</p>
<p>Idade Moderna</p>	<p>Com o desenvolvimento da ciência no mundo ocidental, a explicação sobre os processos de adoecimento mudou. A doença seria resultante de desajuste ou falha de adaptação do organismo ao ser estimulado, e como consequência haveria uma perturbação de órgão, sistema ou de todo o organismo. A invenção do microscópio possibilitou a descoberta dos microrganismos, e os cientistas passaram a acreditar que estes eram as causas das doenças, e que eles poderiam ser estudados e combatidos por medicamentos</p>
<p>Idade Contemporânea</p>	<p>Houve o entendimento de que o ambiente em que as pessoas viviam também deveria ser considerado, ou seja, de que condições de trabalho, moradia e alimentação influenciavam fortemente o surgimento de doenças. A concepção de que a doença era resultado da interação entre o agente, o hospedeiro e o ambiente (triade epidemiológica) foi se tornando hegemônico</p>

Fonte: Elaboração própria.

— História natural das doenças

Na década de 1970, Leavell e Clark sistematizaram a Teoria da História Natural das Doenças, na qual descreveram o curso da doença desde o início até sua resolução, mostrando como o processo se inicia com a exposição de um hospedeiro suscetível a um agente causal, em um determinado ambiente, e pode terminar com a recuperação, deficiência ou óbito².



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Nesse modelo ficou clara a importância das medidas que podem ser realizadas, dependendo do momento em que se encontra a doença: as atividades de prevenção primária são feitas para promover a saúde e a proteção específica; na prevenção secundária, as ações são o diagnóstico precoce, o tratamento imediato e a limitação do dano; e a prevenção terciária tem seu foco na reabilitação, conforme descrito no Quadro 2.

Quadro 2. Níveis de aplicação das medidas preventivas

Prevenção primária

Ações para evitar ou remover a causa de um problema de saúde em um indivíduo ou população antes do seu surgimento

Promoção da saúde – como exemplos: alimentação saudável, prática corporal e atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade por uso abusivo de álcool e outras drogas etc.

Proteção específica – vacinação, eliminação de focos de vetores de doenças, fluoretação da água, distribuição de preservativos, entre outros

Prevenção secundária

Ações para detectar um problema de saúde em seus estágios iniciais em um indivíduo ou população

Deteção precoce – fazem parte dessas medidas o diagnóstico precoce (abordagem de pessoas com sinais e/ou sintomas) e o rastreamento (exames em uma população assintomática, aparentemente saudável, para identificar pessoas com doenças, realizar a investigação e iniciar o mais cedo possível o tratamento)

Tratamento adequado – ofertar ao usuário o tratamento correto, com base no conhecimento científico atualizado. O acesso aos medicamentos é fundamental. Com a detecção precoce e o tratamento adequado, procura-se limitar o dano, pois a doença já está instalada

Prevenção terciária

Ações para reduzir a incapacidade decorrente de um problema de saúde em um indivíduo ou população

Reabilitação – medidas que visam a recuperação de pessoas com sequelas de doenças ou acidentes, como procedimentos de fisioterapia, uso de próteses auditivas, bengalas, cadeira de rodas, entre outros

Fonte: Elaborado a partir do diagrama de Leavell e Clark (1976), apresentado por Almeida Filho e Rouquayrol².

Considerando sua área de atuação, que é a assistência farmacêutica na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (AB/APS), você certamente já percebeu que seu trabalho faz parte do que discutimos anteriormente e pode mudar a história natural das doenças em indivíduos e populações.

A assistência farmacêutica na AB/APS faz parte de um conjunto de cuidados que muda os quadros de doença e melhora a qualidade de vida das pessoas. Como muitas vezes estamos mergulhados em um cotidiano de trabalho intenso, no qual as condições e relações de trabalho poucas vezes são ideais, nem sempre paramos para refletir sobre a grandeza do que é ser profissional que trabalha cuidado da saúde das pessoas, entre eles o profissional farmacêutico.

»» Determinantes sociais de saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou, em 7 de abril de 1948 (por isso o Dia Mundial da Saúde), o conceito de saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”³. Esse conceito, ainda que possa gerar discussões –por exemplo, o que pode ser considerado um estado de completo bem-estar? –, é importante por provocar a discussão da saúde além da doença.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Em 1974 Marc Lalonde, responsável pelo Ministério da Saúde e do Bem-estar do Canadá, formulou o conceito de campo da saúde. De acordo com esse conceito, o campo da saúde abrange:

- » a biologia humana: herança genética e processos biológicos, incluindo o envelhecimento;
- » o meio ambiente: solo, água, ar, moradia, local de trabalho;
- » o estilo de vida: decisões que implicam ou não em doenças, como fumar, beber e praticar exercícios;
- » a organização da assistência à saúde: componente do campo da saúde, mas não necessariamente o mais importante.

A declaração final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978 na cidade de Alma-Ata (atual Cazaquistão), e promovida pela OMS, reafirmou a concepção mais abrangente.

Durante a Conferência foram mostradas as desigualdades na situação de saúde entre os países, sendo afirmada a responsabilidade do Estado na oferta de serviços de saúde, bem como a importância da participação de pessoas e da comunidade nas discussões sobre o tema. A declaração enfatizou que as ações de saúde devem estar ao alcance de todos, pessoas e famílias, sendo disponibilizadas em locais acessíveis à comunidade, prestando cuidados primários, representando a porta de entrada para o sistema de saúde e sendo a sua base.

Em 2005, a OMS criou a Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) que definiu determinantes sociais da saúde como “as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham”⁴. Assim, as condições de vida mostram-se determinadas pelo lugar que cada um ocupa na hierarquia social.

O modelo de Dahlgren e Whitehead, ilustrado na Figura 2, mostra as pessoas no centro, com suas características individuais e os DSS em camadas. Na camada mais próxima das pessoas estão os determinantes individuais; imediatamente após, está a camada com o comportamento e estilos de vida, seguida da camada com as redes comunitárias e de apoio. A seguinte é a camada que mostra os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde e educação. Na camada mais distante do centro estão situados os macrodeterminantes relacionados às condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade e que possuem grande influência sobre as demais.

Figura 2. Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: Buss e Pellegrini Filho (p. 84)⁴ e Imagem - Flaticon ©.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Como veremos mais adiante nesta aula, no Brasil, a legislação do SUS registra essa compreensão na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990:

“Art. 3º Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais⁵.”

Portanto, promover a saúde implica em promover políticas sociais que melhorem a qualidade de vida das pessoas e da comunidade em que vivem. Pensemos uma comunidade, entre tantas que todos nós conhecemos, onde há esgoto a céu aberto e coleta inadequada de lixo. Certamente haverá proliferação de insetos e outros vetores de doenças, como moscas, baratas e ratos, e provavelmente muitas pessoas apresentarão quadros de doenças infecciosas e parasitárias. Que medidas seriam fundamentais para mudar esse quadro? Por mais que a equipe de saúde se esforce para cuidar das pessoas, a situação só será diferente após a adequação do esgoto e a coleta adequada do lixo, medidas de saneamento básico.

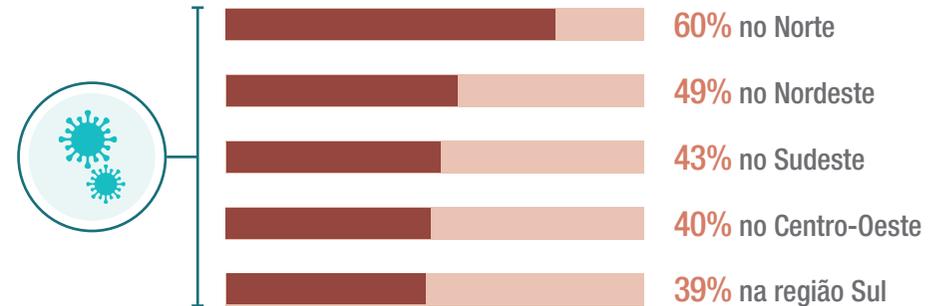
Perfil epidemiológico da população brasileira

Vamos refletir agora sobre as causas mais frequentes de adoecimento e morte da população brasileira, o que na linguagem da Epidemiologia é definido como perfil epidemiológico. Esse perfil pode ser considerado um indicador sensível das condições de vida e do desenvolvimento de uma população, conforme discutimos anteriormente, nos determinantes sociais da saúde.

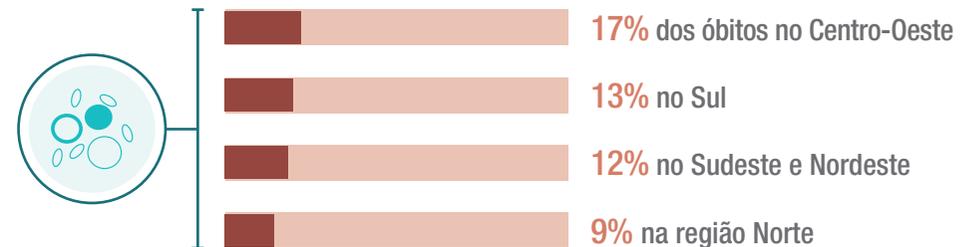
Almeida Filho e Rouquayrol⁶ definem **Epidemiologia** como a:

“ciência que estuda o processo saúde-doença na sociedade, analisando a distribuição populacional e os fatores determinantes das doenças, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração, e avaliação das ações de saúde”(p.4)⁶.

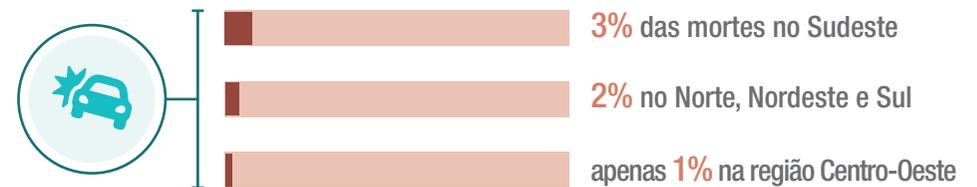
Há cerca de cem anos, a população brasileira morava mais no campo que na cidade, tinha uma expectativa de vida menor e as doenças infecciosas lideravam como primeira causa de morte. Em 1930, essas doenças figuravam como a primeira causa de morte em todas as regiões, como listado a seguir⁷:



Naquela época, as doenças do aparelho circulatório eram responsáveis por aproximadamente:

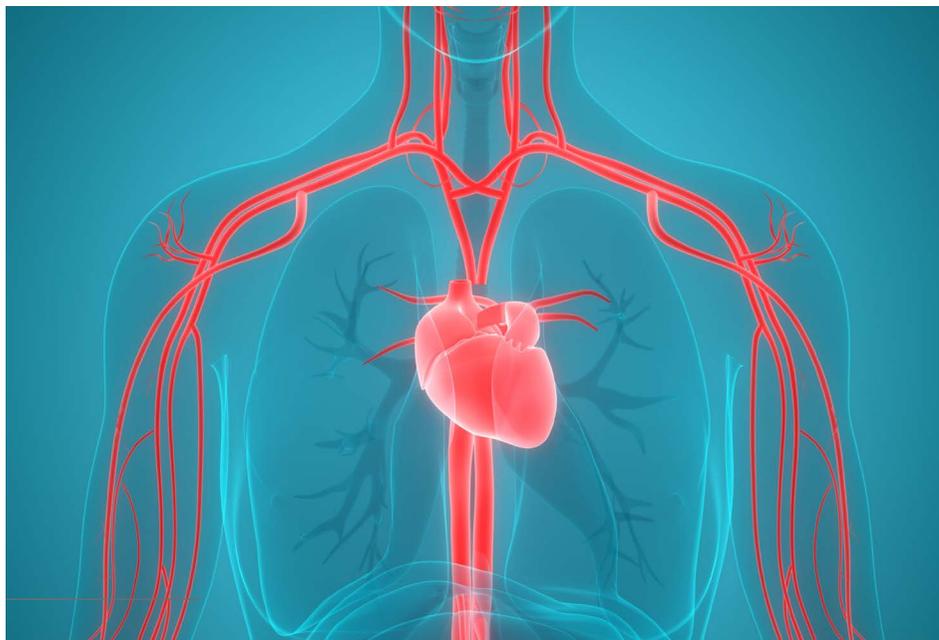


Já as causas externas eram pouco frequentes e correspondiam a cerca de:



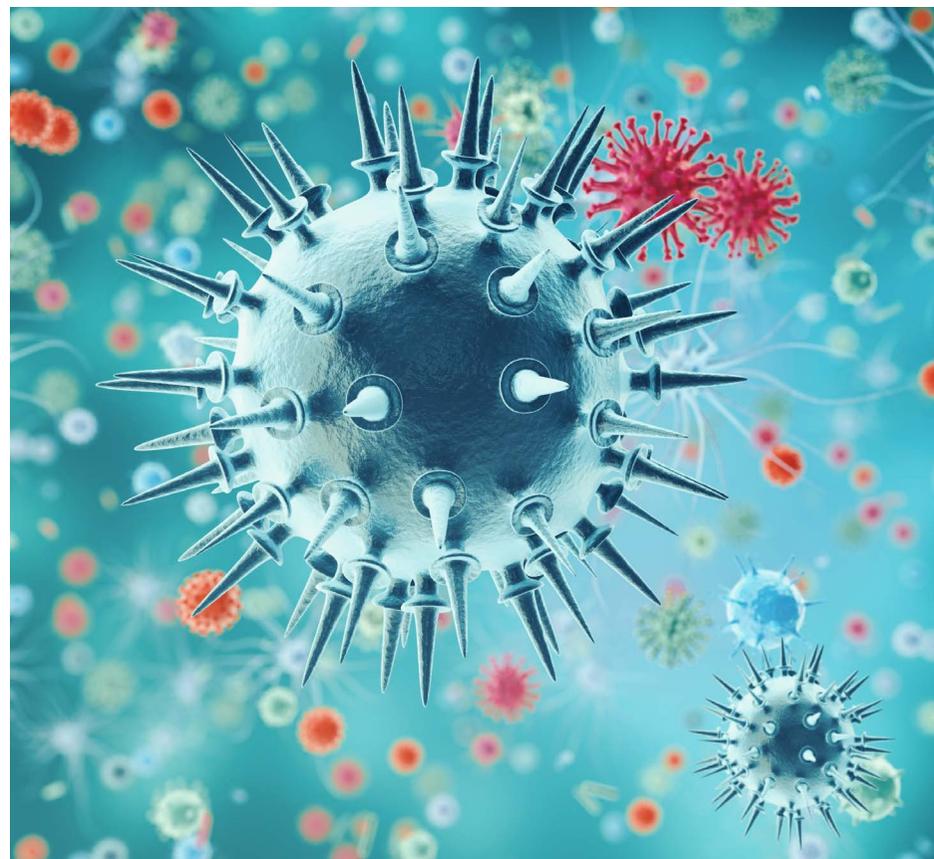
Fonte: Elaboração própria e Imagem - Flaticon ©.

No entanto, essa situação mudou, e muito. Em 2015 figuravam como primeira causa de morte no Brasil as doenças do aparelho circulatório; a segunda causa eram as neoplasias e a terceira as causas externas, considerando a população em geral. Salienta-se que essa mudança aconteceu em muitos países, em décadas diferentes.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Procurando explicar as mudanças no perfil de morbimortalidade dos países, um pesquisador chamado Omran elaborou, em 1971, a Teoria da Transição Epidemiológica⁸, partindo da suposição de que há uma evolução para estágios mais avançados. De acordo com a teoria, na evolução ocorre a mudança de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas para outro em que predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças denominadas não transmissíveis.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Contudo, a mudança não ocorreu exatamente assim, pois as doenças infecciosas não desapareceram totalmente como causas de morte (pneumonias, bronquites, *influenza*), nem de morbidade (doenças sexualmente transmissíveis), mas isso não compromete o sentido geral da teoria: há uma tendência clara de substituição das doenças transmissíveis pelas não transmissíveis como mais importantes causas de mortalidade e morbidade das populações nos países, de acordo com seu desenvolvimento.

Em muitos países, entre os quais o Brasil, além da convivência das doenças transmissíveis e não transmissíveis, houve o ressurgimento de doenças como cólera e dengue, associadas com condições de baixo desenvolvimento da população.

O aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no início da década de 1980 em países considerados desenvolvidos, como os Estados Unidos, também trouxe questionamentos à teoria, pois ficou claro que a eliminação das doenças infecciosas não aconteceria e que inclusive poderiam surgir novas doenças (doenças emergentes), ao passo que outras já consideradas controladas poderiam reaparecer (doenças reemergentes).



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Apesar das considerações descritas anteriormente, na maioria dos países, com o aumento da importância das doenças não transmissíveis no perfil de mortalidade e morbidade, observa-se o consequente aumento da expectativa de vida da população.

Ainda com relação ao Brasil, podemos refletir um pouco mais sobre as transformações em nosso território.

Nosso país viveu no final do século XX mudanças importantes, tais como o processo de urbanização acelerado, sem que as cidades tivessem infraestrutura adequada, bem como a diminuição da taxa de natalidade e fecundidade e o envelhecimento da população⁹.

As causas externas – principalmente homicídios e acidentes, especialmente por motocicletas – provocam uma sobrecarga para o sistema de saúde (e para a previdência e assistência social), uma vez que, além da alta mortalidade, aumentam os atendimentos nos serviços de urgência, nas internações e nos serviços que tratam das sequelas.

O cenário é complexo, e dependendo do desenvolvimento e surgimento de novas estratégias de prevenção, novas tecnologias e medicamentos, novas situações e desafios para o SUS poderão ser observadas.

E você, trabalhador do SUS na assistência farmacêutica, como entende sua participação e atuação em um cenário tão complexo? Como e quanto tais mudanças impactaram no perfil de uso de medicamentos? Qual o papel da assistência farmacêutica nesse cenário?

A atuação do Estado Brasileiro na saúde

A partir de agora, vamos estudar e refletir sobre a atuação do Estado Brasileiro na saúde, seus avanços e desafios.

» Um pouco de história

A história das políticas de saúde no Brasil é recente, vem do início da República, e mostra uma trajetória importante, pois houve ampliação da visão do Estado quanto a sua responsabilidade com a oferta de um sistema de saúde para a população¹⁰.

No período do Brasil Colônia e do Brasil Império a atuação na saúde era mínima, quase inexistente. A partir da Velha República, como sistematizado no Quadro 3, o Estado Brasileiro começou a ofertar ações e serviços de saúde, inicialmente só para trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho e suas famílias. Quem não se encontrava nessa condição, estava desempregado e não podia pagar pelos serviços do setor privado e era considerado indigente, sendo atendido pelas instituições filantrópicas e alguns serviços estaduais, por caridade.



Fonte: Imagem – acervo Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz ©.

Você pode entrevistar familiares e amigos nascidos antes de 1988 e perguntar a eles qual era sua condição, de segurado ou indigente, e perguntar como se sentiam sobre isso.

Quadro 3. Políticas de saúde no Brasil e público-alvo

Período	Atenção ofertada pelo Estado	Público-alvo
1889–1930	1923 – Caixas de Aposentadoria e Pensão (por empresa)	Trabalhadores das empresas em que as Caixas eram criadas e suas famílias
1930–1945	1932 – Institutos de Aposentadoria e Pensão (por categoria profissional)	Trabalhadores (comerciários, industriários, marítimos etc.) das categorias correspondentes aos institutos e suas famílias
1964–1985	1966 – Unificação dos institutos no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) 1977 – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)	Funcionários públicos federais e trabalhadores com carteira de trabalho assinada, ou seja, formalmente inseridos no mercado de trabalho
1985–1988	1986 – Realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde	
1988–atual	1988 – Criação do Sistema Único de Saúde (SUS)	Todos os brasileiros, independentemente de estarem trabalhando ou não

Fonte: Elaboração própria.



Fonte: Imagem – acervo Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz ©.

Durante a década de 1970 começou a ser discutida no Brasil uma proposta de reforma do setor saúde, em que não houvesse diferenciação entre segurados e indigentes, no contexto dos movimentos sociais que trabalharam pela redemocratização.

O Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), entidade nacional criada em 1976, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), criada em 1979, foram organizações fundamentais, por aglutinarem movimentos e profissionais e impulsionarem as ações. À medida que foi crescendo, o movimento da reforma sanitária foi traçando estratégias e alianças e desencadeou a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

A realização dessa Conferência é considerada um marco na história das políticas de saúde do Brasil. Ocorrida no momento de redemocratização, seu lema era “Saúde, Direito de Todos, Dever do Estado”, e teve como principais temas debatidos: Saúde como direito de cidadania, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor.

Seus integrantes acumularam força política, tendo acesso a estruturas como o Ministério da Saúde e o Ministério da Previdência Social, criando a Comissão Nacional da Reforma Sanitária com forte atuação junto à Assembleia Nacional Constituinte de 1987-1988, conseguindo a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988¹¹.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

» Estrutura e funcionamento do SUS

O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde sob gestão pública e atua em todo o território nacional. Está inserido no contexto das políticas públicas de seguridade social, com a previdência e a assistência social. Seus fundamentos jurídicos e normativos estão descritos no Quadro 4.

Quadro 4. Fundamentos jurídicos e normativos do SUS



- Constituição Federal de 1988
- Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/1990
- Lei nº 8.142/1990
- Normas Operacionais Básicas (NOBs) publicadas em 1991, 1992, 1993 e 1996
- Emenda Constitucional nº 29/2000
- Norma de Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)
- Pacto pela Saúde 2006
- Decreto nº 7.508/2011
- Lei Complementar nº 141/2012

Fonte: Elaboração própria e Imagem - Flaticon ©.

Os princípios do SUS estão estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde, a Lei nº 8.080/1990, conforme texto reproduzido a seguir:

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I** - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II** - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III** - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV** - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V** - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI** - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII** - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII** - participação da comunidade;
- IX** - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos;

XIV - organização de atendimento público específico e especializado para mulheres e vítimas de violência doméstica em geral, que garanta, entre outros, atendimento, acompanhamento psicológico e cirurgias plásticas reparadoras, em conformidade com a Lei nº 12.845, de 1º de agosto de 2013⁵.

Os princípios são as regras fundamentais do sistema, devem nortear a atuação do Estado na saúde, e sempre deve ser reafirmado o Artigo 196 da Constituição Federal:

“ A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação¹¹. ”

A Constituição Federal e a Lei nº 8.080/1990, além da mudança do sistema de saúde, com a universalização do acesso, trazem a institucionalização dos Municípios como entes federativos e estabelecem um modelo de federalismo cooperativo, no qual os três entes governamentais (Municípios, Estados e União) são corresponsáveis pela política de saúde. Os municípios se tornam protagonistas, pois a atribuição de executar as ações e serviços de saúde passa a ser de sua responsabilidade.

Poderíamos discutir por muitas linhas desta aula sobre o SUS, seus limites, possibilidades e desafios, mas precisamos também refletir sobre a organização da atenção à saúde no Brasil, pois é através dela e da vigilância em saúde que o sistema procura atender às necessidades de saúde da população.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

A organização da atenção à saúde

Você já precisou ir a um posto de saúde, unidade básica, hospital ou outro estabelecimento de saúde? Como foi seu atendimento? Sua necessidade foi resolvida? O serviço era próximo de sua residência ou distante? Precisou ser encaminhado a outro serviço? No encaminhamento a outro serviço, conseguiu marcar pela central de marcação de consultas e exames, central de regulação, ou precisou ir se informar pessoalmente, sem agendamento prévio?

Todas as questões acima são diretamente ligadas ao tema da atenção à saúde.

Leia novamente os princípios do SUS, observando especialmente os incisos II, IX e XII, que discutem integralidade, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios, regionalização e hierarquização da rede de serviços e capacidade de resolução dos serviços. Tudo isso se refere a organizar os serviços de modo a atender às necessidades de saúde da população. População esta que, como vimos na seção anterior, apresenta um perfil epidemiológico complexo, reside em um dos 5.570 municípios brasileiros, vive e trabalha em um país com muitas desigualdades regionais.

A organização da atenção à saúde é um tema permanente de discussão e os gestores, trabalhadores e pesquisadores precisam estar atentos às possibilidades de estruturar ações, serviços e políticas que garantam o cumprimento do princípio da integralidade.

Por várias décadas do século XX o mundo considerou que o hospital deveria ser o centro da assistência à saúde, mas, a partir da década de 1970, tal certeza passou a ser questionada. No hospital as pessoas chegam com situação de doença já instalada, não há espaço para atuação na sua prevenção.

A Conferência de Alma-Ata indicou outro caminho, propondo a atenção primária como uma estratégia a ser ofertada a toda a população, capilarizada, próxima do território onde as pessoas vivem e trabalham.

Nesse tema de nossa aula, vamos estudar a Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (AB/APS) e discutir a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

»» Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde (AB/APS)

Um dos primeiros documentos a propor uma forma diferente de organizar a atenção à saúde foi o Relatório Dawson, em 1920, elaborado pelo Ministério da Saúde do Reino Unido¹². Esse documento propôs a organização em centros de saúde de diferentes portes. Os centros de saúde primários deveriam ser regionalizados, e situações não resolvidas seriam encaminhadas para centros de saúde mais complexos com especialistas ou para os hospitais. Percebemos que nessa concepção estão duas formulações que utilizamos como princípios/diretrizes do SUS: a regionalização e a integralidade.

A I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde foi realizada pela OMS em 1978 em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propôs que os países participantes reorganizassem seus sistemas de saúde para alcançar o maior nível de saúde possível até o ano 2000, meta denominada “Saúde para Todos no Ano 2000”. A Declaração de Alma-Ata, como foi chamada, apresentou a seguinte definição de cuidados primários de saúde:



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (p.1-2)¹³.

A declaração definiu também ações mínimas, necessárias para o desenvolvimento dos cuidados primários: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imuni-

zação; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; e fornecimento de medicamentos essenciais.

A ideia de reorganizar os sistemas de saúde dos países a partir da AB/APS passou a ser estimulada pela OMS, sendo referência para reformas nas últimas décadas do século XX.

A professora Barbara Starfield definiu Atenção Primária da seguinte forma:

[...] nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (p. 28)¹⁴.

Estruturada como principal porta de entrada do sistema de saúde, a APS deve formar a base e determinar o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Os estudos científicos têm demonstrado que um sistema de saúde baseado na AB/APS é mais custo-efetivo, mais satisfatório para as pessoas e comunidades e é equitativo. Assim, a AB/APS deve ser o primeiro contato e o ponto de cuidado preferencial das pessoas e famílias com a rede de atenção à saúde durante suas vidas, sem restrição de acesso, independentemente de gênero, condições socioculturais e problemas de saúde.

A AB tem atributos considerados essenciais e derivados, conforme descritos no Quadro 5.

Quadro 5. Atributos da AB/APS

Atributos essenciais	<p>Acesso/primeiro contato</p> <p>Capacidade de o serviço ser percebido como porta de entrada, pois a população e a equipe entendem que este é o primeiro recurso de saúde a ser buscado quando ocorre uma necessidade/problema de saúde. Há acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde. Por isso, deve ser de fácil acesso</p>
	<p>Longitudinalidade</p> <p>Capacidade de estabelecer uma relação pessoal ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença dele, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe. Uma equipe de AB/APS acompanha no dia a dia os diferentes momentos do ciclo de vida dos indivíduos, de suas famílias e da comunidade</p>
	<p>Integralidade</p> <p>Capacidade de prestação, pela equipe de AB/APS, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população de sua área, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais existentes no território que causam as doenças</p>
	<p>Coordenação do cuidado</p> <p>Capacidade de garantir a continuidade da atenção, conhecendo as situações que requerem acompanhamento, coordenando as ações/respostas às várias necessidades dos indivíduos, suas famílias e comunidades. A essência da coordenação é a disponibilidade de informação sobre a pessoa, sua família, sua história, seus problemas, as ações realizadas e os recursos disponíveis</p>
Atributos derivados	<p>Orientação familiar</p> <p>Capacidade de avaliar as necessidades individuais considerando o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde</p>
	<p>Orientação comunitária</p> <p>Capacidade de entender as necessidades em função do contexto econômico, social e cultural em que as pessoas e famílias vivem, considerando os determinantes sociais da saúde</p>
	<p>Competência cultural</p> <p>Capacidade de conhecimento e adaptação às características culturais especiais da população para facilitar sua relação e comunicação</p>

Fonte: Elaborado a partir de Barbara Starfield¹⁴.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Observando o que estudamos até este momento, considere a importância da assistência farmacêutica na AB/APS, desde a Declaração de Alma-Ata, quando menciona a oferta de medicamentos essenciais. A assistência farmacêutica é uma das possibilidades terapêuticas para que o atributo da integralidade possa ser materializado, garantindo o cuidado.

» Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)

Em sua atuação como profissional de nível superior, você já trabalhou como agentes comunitários de saúde? Conhece o seu processo de trabalho? Conhece ou convive com trabalhadores de uma equipe de saúde da família?

Em nosso país, nos anos de 1991 e 1994 foram lançados dois programas, hoje considerados estratégias, que se expandiram rapidamente e mudaram a vida e a saúde de milhões de brasileiros: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF).

Esses programas foram crescendo, servindo como inspiração para outras ações de AB/APS, e em 2006 foi publicada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), reformulada em 2011 e 2017. O documento do Ministério da Saúde que atualmente trata da PNAB é a Portaria nº 2.436/2017¹⁵.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica (AB) e Atenção Primária à Saúde (APS), nas atuais concepções, como termos equivalentes.

A AB/APS é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvidas por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizadas com equipe multiprofissional e dirigidas à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

Com a intenção de ser a principal porta de entrada do SUS e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede, deve ser ofertada integral e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

A PNAB tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, mas reconhece outras estratégias para populações específicas, como a população em situação de rua, as populações ribeirinhas, e reforça a necessidade da integração entre Vigilância em Saúde e Atenção Básica.

São consideradas AB/APS também as equipes de Atenção Básica (eAB), de Saúde Bucal (ESB) e os Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

De acordo com a PNAB, todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de Atenção Básica, no âmbito do SUS, devem ser denominados Unidade Básica de Saúde (UBS).

Estudos mostram que uma AB bem estruturada é fundamental para a redução da mortalidade e morbidade e reorganização do sistema de saúde, garantindo melhores resultados e menores custos em saúde, reduzindo as internações, atendimentos de emergência e encaminhamentos a serviços especializados.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

A AB/APS procura olhar para a clínica além das doenças, visando compreender os problemas de saúde, ou seja, entender as situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas. Os problemas ou condições de saúde acontecem em pessoas, não apenas em órgãos ou sistemas de um corpo. O trabalho em equipe é sempre fundamental, assim como trabalhar com todas as diferenças. Todas! Os trabalhadores da saúde podem e devem escutar, avaliar e se comprometer na busca do cuidado integral em saúde.

Todos os dias, pessoas se deslocam de suas casas para serem atendidas nos serviços de saúde do SUS, e milhões procuram a Unidade Básica de Saúde de seu bairro. Vão conversar com as equipes sobre problemas e necessidades de saúde.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Leia com atenção a Portaria nº 2.436/2017, com destaque para o Art. 7º, das responsabilidades comuns a todas as esferas de governo, o inciso XVII:

« XVII - desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado¹⁵. »

Veja que na portaria da nova PNAB a assistência farmacêutica ganhou destaque, o que significa o reconhecimento da importância da área para a AB/APS.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

»» Redes de Atenção à Saúde (RAS)

No final de 2010 foi publicada a Portaria nº 4.279/2010, que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS), definidas da seguinte forma:

« a Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado¹⁶. »

O Decreto nº 7.508/2011, que regulamenta artigos da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, define Rede como “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde”¹⁶. O Artigo 7º do mesmo Decreto estabelece que: “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas[...]”¹⁷.

Do que foi colocado anteriormente, é fácil compreender a importância da RAS. Mas, será que é mesmo necessário falar tanto nessas redes?

Claro que sim! Como profissional de saúde e trabalhador do SUS, você sabe que não temos tudo o que precisamos em saúde em todos os lugares, em todos os momentos. Por exemplo, não é viável existir um hospital de grande porte em cada um dos 5.570 municípios brasileiros, bem como serviços de ressonância magnética ou quimioterapia, além de onerosos, ficariam ociosos nos municípios pequenos.

Pensando na extensão territorial do Brasil e na forma como aconteceu a ocupação de nosso espaço, do litoral para o interior, podemos entender os chamados vazios assistenciais, áreas de difícil acesso a serviços de saúde, principalmente os especializados.

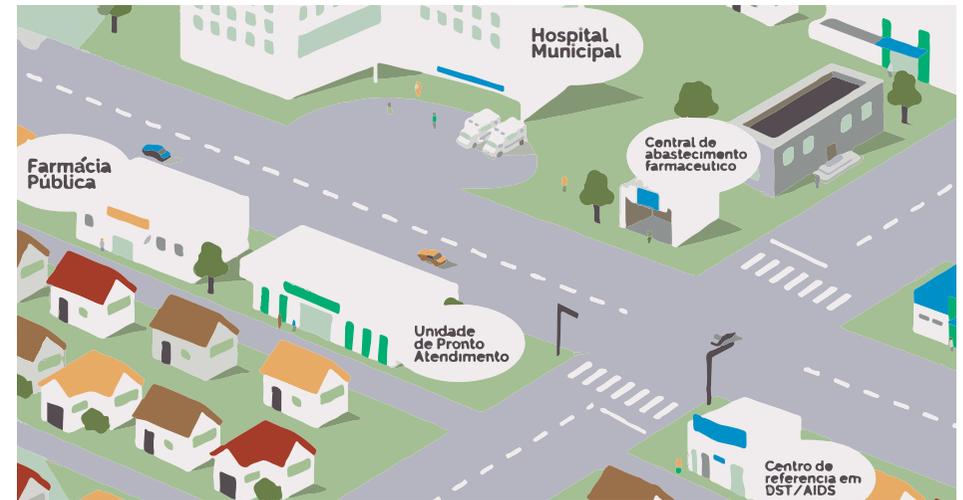
Por outro lado, toda a população, independentemente de morar em municípios de grande, médio ou pequeno porte, tem direito ao acesso aos serviços. As pessoas com doenças e necessidades mais frequentes devem ser atendidas pelas equipes de AB, que por seu perfil estão em todos os territórios e têm capacidade de resolver a maioria das situações, e as pessoas com doenças e situações que necessitam de outra forma de atenção devem ter a possibilidade de acessar esses pontos, a partir da equipe de AB.

O caminho para garantir a integralidade e a resolutividade previstas na legislação do SUS passa necessariamente pela construção das redes e garantia de que a AB seja a coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços.

— Construção e organização das RAS

A construção e organização das redes implica na definição da **região de saúde**, ou seja, definição dos limites geográficos, da **população** e das

ações e serviços que serão ofertados. Para que isso aconteça, os municípios de uma região de saúde precisam definir em conjunto com a gestão estadual quais são as unidades que compõem a rede de acordo com sua forma de atenção – hierarquização – e como estão distribuídas no território – regionalização.



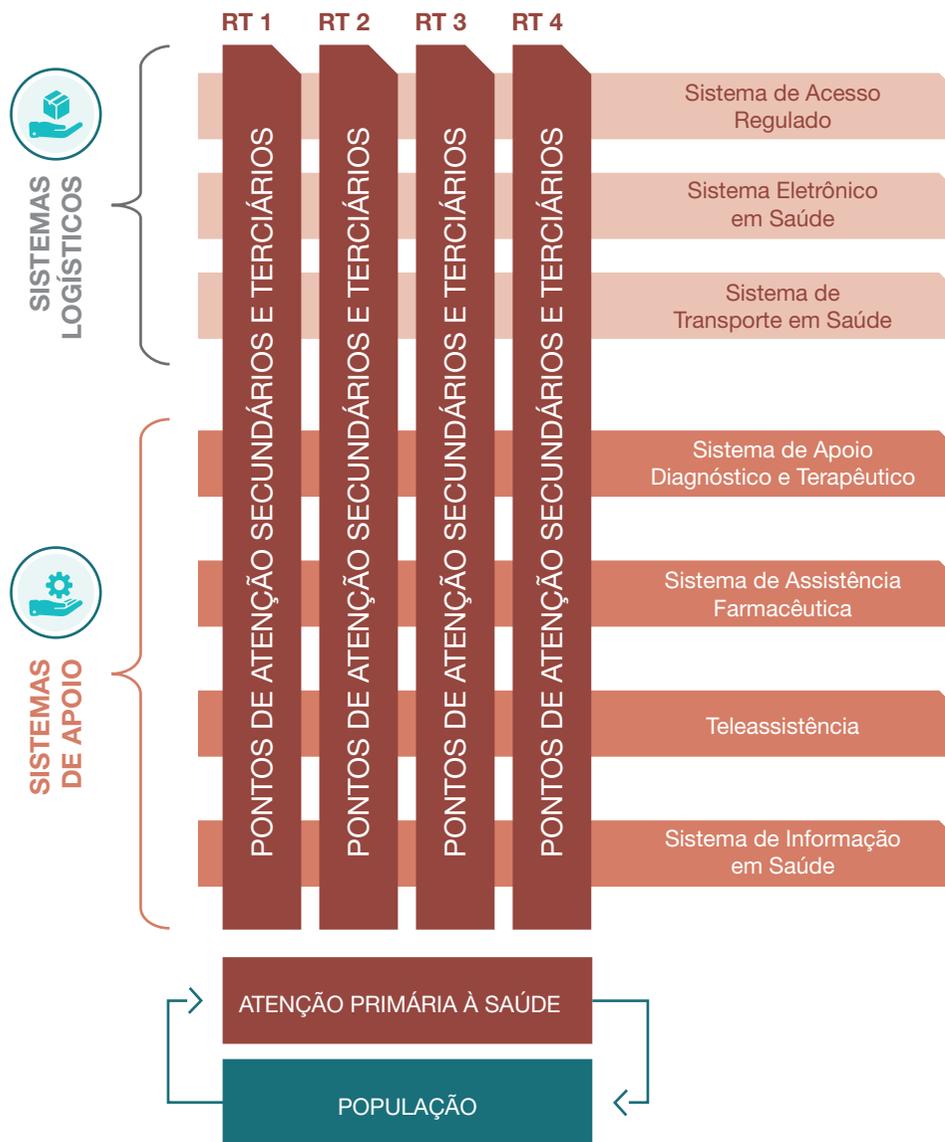
Fonte: Imagem - HAOC ©.

É necessário que a AB/APS esteja estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, coordenando o cuidado, conhecendo e se responsabilizando pelo atendimento das necessidades de saúde da população, considerados seus atributos essenciais e derivados.

— Estrutura operacional das RAS

A estrutura operacional da RAS deve ser constituída por pontos de atenção à saúde, ou seja, os espaços onde são oferecidos serviços de saúde: a AB/APS – centro de comunicação e pontos de atenção secundária e terciária. Estes pontos se comunicam pelos sistemas de apoio; sistemas logísticos e sistema de governança.

Figura 3. Estrutura operacional das redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes¹⁸ (p. 86) e Imagem - Flaticon ©.

Os **pontos de atenção** são os espaços onde são ofertados determinados serviços de saúde, podendo ser domicílios, unidades básicas de saúde, unidades ambulatoriais especializadas, serviços de hemoterapia e hematologia, centros de apoio psicossocial, residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar diferentes pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a UTI, a unidade de hospital-dia etc.

Todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde.

A AB/APS tem a possibilidade de atender a maior parte das necessidades de saúde da população, mas precisa de **Pontos de Atenção Secundários e Terciários**, que são pontos de diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos.

Sistemas de Apoio são sistemas com serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica. A assistência farmacêutica tem ampliado seu papel, atuando diretamente nos pontos de atenção por meio de atividades assistenciais clínicas e técnico-pedagógicas – o Cuidado Farmacêutico – o que será discutido na *Aula 2 – Assistência Farmacêutica no SUS e sua integração na Rede de Atenção à Saúde*.

Os **sistemas logísticos** devem promover a integração dos pontos de atenção. Principais sistemas logísticos: sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários, como o Cartão Nacional de Saúde, as centrais de regulação, o prontuário eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários.

A **governança** da RAS é entendida como a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, especialmente os gestores do SUS, mecanismos e procedimentos para a gestão regional compartilhada da referida rede.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

A esta altura de nossa aula, você já deve ter percebido a importância da assistência farmacêutica na atenção à saúde. Não dá para imaginar uma rede de serviços sem assistência farmacêutica, concorda?



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

A assistência farmacêutica, por englobar um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o seu acesso e uso racional está – e deve estar – presente nos pontos de atenção à saúde, com trabalhadores comprometidos com o SUS e atentos às pessoas que todos os dias apresentam suas necessidades ao sistema.

Na próxima aula, dedicaremos nossos estudos a entender melhor como a assistência farmacêutica se integra às RAS, desde a inserção dos serviços farmacêuticos, por meio de atividades técnico-gerenciais (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos e insumos) na função de apoio à rede, assim como nas dimensões clínico assistencial e técnico-pedagógica do trabalho em saúde, e oferta do cuidado farmacêutico voltados aos indivíduos, famílias, comunidade e equipe de saúde.



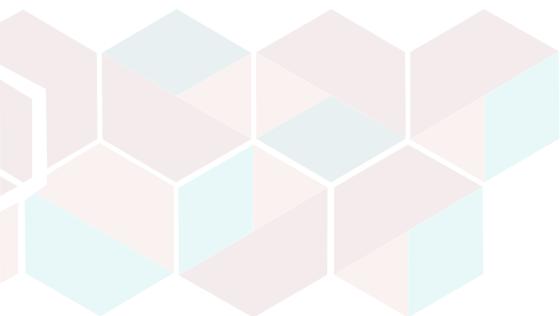
Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Síntese da Aula

Voltemos às questões levantadas no início da aula: você já parou um instante para pensar sobre o que é ter saúde? Por que as pessoas adoecem? Quais são as causas mais frequentes de adoecimento e morte? E como o Brasil se organizou ao longo do tempo para atender às necessidades de saúde da população?

Nesta aula, procuramos estudar com você a saúde e a doença, com foco nas diferentes concepções de saúde e doença, nos determinantes sociais da saúde e no perfil epidemiológico da população brasileira. Estudamos a trajetória das políticas de saúde no Brasil até a instituição do SUS, seus princípios e legislação estruturante. Refletimos sobre a atenção básica/atenção primária à saúde, seus atributos e seu papel na construção e organização das Redes de Atenção à Saúde.

É importante que você perceba o quanto é importante para a melhoria da qualidade de vida da população. Ser trabalhador da assistência farmacêutica na AB/APS é colaborar no cuidado de uma comunidade com um processo de saúde/doença socialmente determinado, que pode mudar com o trabalho da equipe de AB/APS, incluindo a sua atuação. Ter em vista todo o tempo que uma equipe bem estruturada resolve a maior parte das necessidades de saúde e provoca a organização das Redes de Atenção à Saúde, e ter clareza de que você participa do processo de construção do SUS.



Referências

1. Sabroza PC. Concepções de saúde e doença. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2004. Mimeografado.
2. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. Modelos de saúde-doença: introdução à epidemiologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Medsi Ed.; 2002.
3. Scliar M. História do Conceito de Saúde. *Physis*. 2007;17(1):29-41.
4. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007;17(1):77-93.
5. Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. [Lei Orgânica da Saúde]. 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 União, Brasília, DF, 20 set. 1990* [acesso em 8 jul. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm.
6. Almeida Filho N, Rouquayrol MZ. *Introdução à Epidemiologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2019.
7. Prata PR. A transição epidemiológica no Brasil. *Cad. Saúde Públ.* Abr/jun, 1992;8(2):168-75.
8. Omran A. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Q.* 2005 Dec;83(4):731-57.
9. Fundação Oswaldo Cruz. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz/IPEA/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2012.
10. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. (Série Brasil) [Internet]. 2011 [acesso em 5 set. 2019];11-31. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>

11. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Congresso Nacional; 1988 [acesso em 8 jul. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
12. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saude Soc. 2011;20(4):867-874.
13. Organização Mundial de Saúde (OMS). Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata; 1978.
14. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2002.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set 2017 [acesso em 5 set. 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a Rede de Atenção à Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez 2010 [acesso em 5 set. 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.htm.
17. Brasil. Presidência da República. Decreto nº. 7.508, de 28 de jun. de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011 [acesso em 5 set. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm.
18. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

Material Complementar

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro (COSEMS-RJ), Laboratório de Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS), Instituto de Medicina Social (IMS), Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS. “Diálogos no Cotidiano”. 2ª ed. revisada e ampliada. Rio de Janeiro: CEPESC; 2019 [acesso em 5 set. 2019]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/manual_do_gestor_F02_tela.pdf.

Autora

Maria Cristina Sette de Lima

Médica sanitária, formada pela Universidade Federal de Pernambuco - UFPE. Especialista em Medicina Preventiva e Social pela UFPE, especialista em Planejamento e Gestão de Organizações pela Faculdade de Direito e Administração de Pernambuco FCAP-UPE. Consultora do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS, professora de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco FCM-UPE e professora e coordenadora do MBA em Serviços de Saúde e Gestão Hospitalar da FCAP-UPE. Tem interesse na área de Saúde Coletiva com ênfase em Política, Planejamento, Gestão e Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.

Aula



Assistência Farmacêutica no SUS e sua integração nas Redes de Atenção à Saúde

Autora: Noemia Urruth Leão Tavares

Ementa da aula



Esta aula aborda as políticas farmacêuticas no Brasil; a organização da Assistência Farmacêutica no SUS; a perspectiva de integração da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde e o papel dos serviços farmacêuticos como sistema de apoio.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Entender as políticas farmacêuticas do Brasil; compreender a organização e a estrutura operacional da Assistência Farmacêutica no SUS; entender a perspectiva de integração da Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde e o papel dos serviços farmacêuticos como sistema de apoio.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Introdução

Na *Aula 1* apresentamos a organização do Sistema Único de Saúde (SUS) frente às necessidades e demandas sociais na perspectiva de integração em Redes de Atenção à Saúde e o papel da Atenção Básica no Sistema e os desafios da integração em Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Nesta aula propomos uma reflexão acerca das finalidades e diretrizes das políticas farmacêuticas do Brasil com o objetivo de compreender a organização da Assistência Farmacêutica (AF) no SUS, sua perspectiva de integração nas RAS e o papel dos serviços farmacêuticos como sistema de apoio nesse contexto.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Políticas Farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS)

Antes de nos aprofundarmos na questão do desenvolvimento das políticas farmacêuticas no país, vamos refletir sobre o que são políticas farmacêuticas e qual a sua relevância para o processo de coordenação de cuidados e integração clínica na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde¹.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) uma política farmacêutica nacional é:

“[...] um compromisso com um objetivo e uma guia para ação. Expressa e prioriza as metas de médio e longo prazo estabelecidas pelo governo para o setor farmacêutico e identifica as principais estratégias para alcançá-las. Fornece uma estrutura dentro da qual as atividades do setor farmacêutico podem ser coordenadas. Abrange os setores público e privado e envolve todos os protagonistas no âmbito farmacêutico².”

Ainda para a OMS uma política farmacêutica é um registro formal de aspirações, objetivos, decisões e compromissos de um país. Além disso, reforça os principais objetivos de uma política farmacêutica, quais sejam: o **acesso a medicamentos** que incluem uma disponibilidade equitativa e acessibilidade dos medicamentos essenciais, incluindo a medicina tradicional; **a qualidade, inocuidade e eficácia de todos os medicamentos e a promoção do uso terapêutico, racional e economicamente eficiente**, dos medicamentos por parte dos profissionais de saúde e usuários³.

É importante destacar que as metas e os objetivos mais específicos de uma política farmacêutica nacional dependerão da situação de cada país, da política de saúde nacional e das prioridades políticas estabelecidas pelo governo³, e que a garantia do acesso de sua população a medicamentos essenciais com qualidade e a promoção do seu uso racional ainda se configuram como um desafio para os sistemas de saúde^{4,5}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Portanto, conhecer o desenvolvimento das políticas farmacêuticas do nosso país é importante, entre outros aspectos, para identificarmos quais os seus impactos locais no conjunto dos municípios brasileiros e, ainda, para buscarmos analisar quais as perspectivas de aprimoramento na oferta dos serviços farmacêuticos aos usuários do sistema⁶.

Como vimos na aula anterior, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sua orientação e princípios estabelecidos na Constituição Federal de 1988, e a partir de

sua regulamentação pela Lei Orgânica de Saúde, Lei nº 8.080/1990, também foi assegurada a execução de ações de assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica, e a formulação da política de medicamentos entre os campos de atuação do SUS⁷.

Apesar das exigências demandadas pela institucionalização do SUS, até o ano de 1997 a AF permanecia associada à Central de Medicamentos (Ceme), um dos marcos iniciais no que se refere às iniciativas de ações governamentais no âmbito do acesso da população à AF⁸.

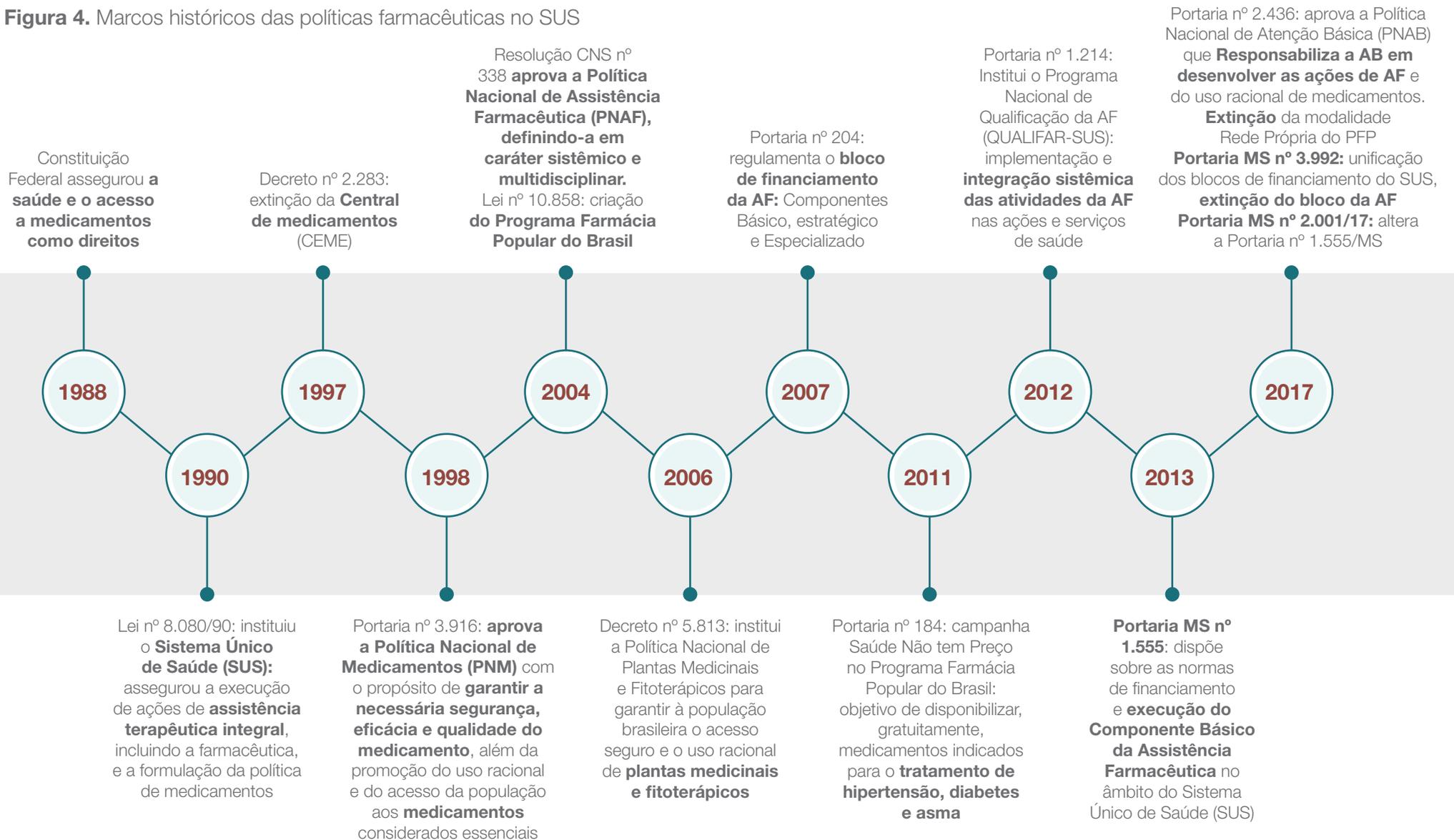
A Ceme foi criada em 25 de junho de 1971, por meio do Decreto nº 68.806/71, como órgão da Presidência da República, designado para promoção e organização do fornecimento, por preços acessíveis, de medicamentos para consumo da população de baixa renda. Em 1973, a Ceme determinou, o estabelecimento da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), a qual, no entanto, foi formalmente aprovada apenas em 1985. Essa era uma ação vista como estratégica na implantação de um sistema integral de medicamentos, porém foi ineficiente como instrumento de referência para a organização dos serviços pois não teve a atualização mantida nos anos de 1983 e 1998 ficando, nesse período, sem revisão. A Ceme atuava de forma a centralizar as ações de aquisição de medicamentos e por esse motivo mostrava-se ineficiente com relação ao atendimento das necessidades da população e do sistema de saúde⁹. Diante do exposto e frente à necessidade de readequação da Assistência Farmacêutica ao modelo descentralizado de gestão do SUS, com a ampliação da oferta de medicamentos, principalmente na Atenção Básica, ocorreu a extinção da Ceme em 1997, pelo Decreto nº 2283/1997⁴.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A Figura 4 apresenta os principais marcos históricos no contexto do desenvolvimento das Políticas Farmacêuticas no SUS até o momento.

Figura 4. Marcos históricos das políticas farmacêuticas no SUS



Fonte: Elaboração própria.

Neste contexto histórico de desenvolvimento das políticas farmacêuticas, destacamos, em 1998, a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria MS nº 3.916, considerado um marco de inclusão da Assistência Farmacêutica enquanto política pública, trazendo definições claras de finalidades, objetivos e conjunto de atividades coerentes com os princípios constitucionais do direito à saúde¹⁰. Embora o decreto criador da Ceme contivesse o termo AF, não havia até então a promulgação da PNM, uma clara definição de seu escopo de ação, objetivos e o conjunto de atividades que a compunha. Logo, a reorientação da AF da PNM correspondeu à proposta de construção concreta de AF integrada ao SUS, coerente com os princípios constitucionais do direito à saúde.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

As diretrizes e prioridades estabelecidas pela PNM resultaram em importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, tendo como finalidades principais¹⁰:

01. A garantia da **necessária** segurança, da **eficácia** e da **qualidade** dos medicamentos
02. A **promoção do uso racional** dos medicamentos
03. O **acesso** da população àqueles medicamentos considerados essenciais

Nessa política, a Assistência Farmacêutica foi definida, como:

“ grupo de atividades relacionadas com o medicamento e destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos¹⁰. ”

No Quadro 6 a seguir são apresentadas as diretrizes propostas pela PNM para alcançar os objetivos estabelecidos.

Quadro 6. Diretrizes da Política Nacional de Medicamentos

<p>Adoção da Relação Nacional de Medicamentos (Rename)</p>	<p>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</p>
<p>Regulamentação sanitária de medicamentos</p>	<p>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</p>
<p>Reorientação da Assistência Farmacêutica</p>	<p>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</p>
<p>Promoção do uso racional de medicamentos</p>	<p>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</p>
<p>Desenvolvimento científico e tecnológico</p>	<p>Incentivo da revisão das tecnologias de formulação farmacêutica e promoção da 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</p>
<p>Promoção da produção de medicamentos</p>	<p>Esforços 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)</p>
<p>Garantia da segurança, eficácia e qualidade de medicamentos</p>	<p>Fundamenta-se no cumprimento da regulamentação sanitária, destacando-se as atividades de inspeção e fiscalização</p>

Fonte: Ministério da Saúde¹⁰.

Em 1999, constituindo-se um dos marcos da ação da PNM, o MS criou a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (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”¹¹. Nesse contexto, no tocante aos medicamentos, a Anvisa tornou-se o órgão responsável pela fiscalização do controle de qualidade na fabricação dos medicamentos.

Ainda nesse período, em consonância com os objetivos e diretrizes da PNM apresentadas, ocorreu também a implementação, pela Lei nº 9.787/1999, da Política de Medicamentos Genéricos com o objetivo de ampliar o acesso a medicamentos com qualidade garantida e preço mais acessível¹².

Nos primeiros anos do SUS, entretanto, a AF foi caracterizada pela transição entre esses dois modelos (extinção da Ceme e a vigência da PNM). Nessa trajetória inicial reimprimiu-se o Programa Farmácia Básica, marcado pelo envio de kits de medicamentos a municípios menores, o que ainda refletia o caráter centralizador, com problemas e críticas semelhantes ao que antes havia sido verificado no período da Ceme¹³.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Cabe destacar, contudo, que no processo de descentralização da gestão, os municípios passaram a ter uma maior responsabilidade na execução da Assistência Farmacêutica e, considerando a necessidade de assegurar recursos para a sua execução, de modo a torná-la eficaz, efetiva e eficiente, a Portaria MS nº 176/1999 instituiu a criação do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFAB) que representou um marco na organização da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica¹⁴,

seguido em 2001 de outro incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, a Portaria MS nº 343/2001) que continha os mesmos medicamentos do IAFAB mas destinava-se apenas aos municípios que aderiram ao Programa Saúde da Família (PSF)¹⁵.

Como resultado de um amplo debate do estado com a sociedade, na I Conferência Nacional de Medicamentos, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou e publicou a Resolução CNS nº 338/2004, que instituiu a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), enquanto parte integrante da Política Nacional de Saúde, definindo a Assistência Farmacêutica como:

“[...] um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população”¹⁶.

A PNAF estabelece ainda a Assistência Farmacêutica no SUS como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, devendo englobar os seguintes eixos estratégicos de execução:

- I** - a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, inclui, necessariamente, a Assistência Farmacêutica;
- II** - manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS;
- III** - qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção;
- IV** - descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados;
- V** - desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos;
- VI** - modernização e ampliar a capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, visando o suprimento do SUS e o cumprimento de seu papel como referências de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de fitoterápicos;
- VII** - utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica;

VIII - pactuação de ações intersetoriais que visem à internalização e o desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS, nos diferentes níveis de atenção;

IX - implementação de forma intersetorial, e em particular, com o Ministério da Ciência e Tecnologia, de uma política pública de desenvolvimento científico e tecnológico, envolvendo os centros de pesquisa e as universidades brasileiras, com o objetivo do desenvolvimento de inovações tecnológicas que atendam os interesses nacionais e às necessidades e prioridades do SUS;

X - definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde, com respeito aos conhecimentos tradicionais incorporados, com embasamento científico, com adoção de políticas de geração de emprego e renda, com qualificação e fixação de produtores, envolvimento dos trabalhadores em saúde no processo de incorporação desta opção terapêutica e baseado no incentivo à produção nacional, com a utilização da biodiversidade existente no País;

XI - construção de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade;

XII - estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde, incluindo os medicamentos;

XIII - promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo¹⁶.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A partir de sua publicação, as normas e diretrizes da PNAF, além da PNM, constituem os elementos da agenda política setorial brasileira, e seus princípios e diretrizes estão intimamente relacionados e contribuem para o fortalecimento dos direitos constitucionais devendo ser consideradas como políticas sociais, promovendo um conjunto de benefícios aos usuários do Sistema Único de Saúde⁶.

Outro marco importante na execução das políticas farmacêuticas que merece destaque é o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), instituído pelo governo federal em 2004 com o objetivo de ampliar o acesso a medicamentos básicos e essenciais pela população, diminuindo o impacto dos gastos com medicamentos no orçamento familiar. O programa foi implementado por meio de três modelos institucionais não excludentes, apoiados pelo governo, e passou por modificações ao longo do tempo. Inicialmente na modalidade Rede Própria (FPRP), através de farmácias estatais que disponibilizavam um rol de produtos a preço de custo de produção ou aquisição, finalizado em 2017; em 2006 passou por uma expansão

em parceria com o comércio farmacêutico, denominado posteriormente como Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP) adotando um sistema de copagamento; por fim, em 2011 foi instituída a isenção de copagamento, em todas as farmácias no âmbito do Programa, disponibilizando gratuitamente medicamentos para tratamento da hipertensão arterial, diabetes e asma, conhecido como Saúde Não tem Preço (SNTPE)^{17,18}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Destaca-se, também no âmbito das políticas farmacêuticas no Brasil, a instituição, por meio do Decreto nº 5.813/2006, da Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos (PNPMF), cujas diretrizes foram detalhadas como ações no Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos – Portaria Interministerial nº 2.960/2008, assinada por dez ministérios. O objetivo da Política e do Programa é “garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional”¹⁹. A PNPMF apresenta 27 diretrizes voltadas ao acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva bem como da indústria nacional e a educação permanente.

Nesse processo de implementação das políticas farmacêuticas, destacam-se princípios coerentes com o SUS, com foco na organização da AF pautada na descentralização e na busca de recursos para acesso a medicamentos.

Nesse sentido, novas modalidades e sistemas de aquisição foram introduzidos, o que trazia para os entes federados o desafio de fortalecer sua capacidade de gestão e de planejamento¹³.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Nesse íterim, um marco importante foi na recomposição do financiamento do SUS, pela Portaria nº 204/2007, dividido em blocos, a criação e um bloco específico para a assistência farmacêutica operacionalizado pelos componentes **básico, estratégico e especializado**, cujas responsabilidades de execução e financiamento **entre os entes** são regulamentadas por portarias específicas atualizadas periodicamente²⁰.

Mesmo após a extinção dos blocos de financiamento através da Portaria nº 3.992/2017, a organização do acesso a medicamentos na Rede de Atenção à Saúde ainda se mantém vinculada aos componentes da AF²¹.

Você conhece os componentes de financiamento da AF?

Quadro 7. Componentes de financiamento para a Assistência Farmacêutica



Componente Básico (CBAF)

Destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde



Componente Estratégico (CESAF)

Destina-se à garantia do acesso equitativo a medicamentos e insumos, para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle de doenças e agravos de perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, contemplados em programas estratégicos de saúde do SUS



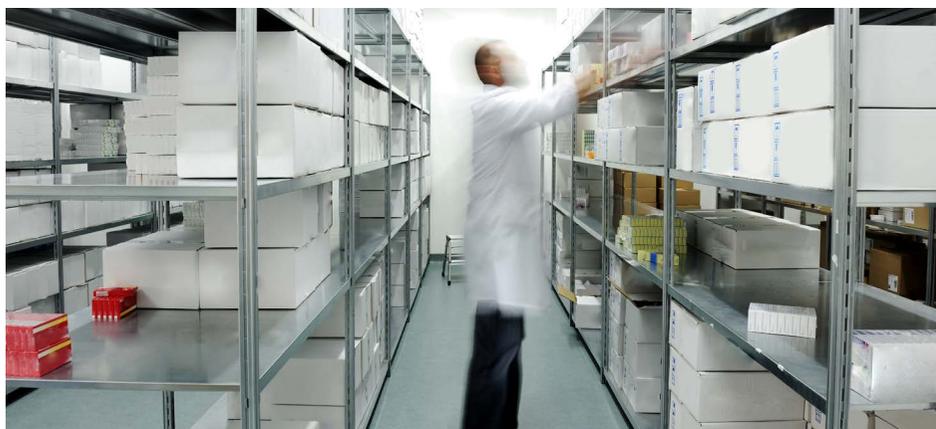
Componente Especializado (CEAF)

Destina-se à garantia da integralidade do tratamento, medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde

Fonte: Ministério da Saúde²¹e Imagem - Flaticon ©.

O elenco de medicamentos financiados pelos componentes da assistência farmacêutica (CBAF, CESAFA e CEAF) são contemplados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que compreende “a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS”²². A Rename acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional (FTN), protocolos clínicos e terapêuticos que subsidiam a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos, representa a diretriz norteadora para a Assistência Farmacêutica e para a promoção do uso racional de medicamentos.

É importante destacar que os estados, o Distrito Federal e os municípios “poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a Rename, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores”²², nas quais os entes federativos poderão ampliar o acesso aos medicamentos acordo com as necessidades locais.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Nas próximas aulas, aprofundaremos os temas relativos à operacionalização do acesso aos medicamentos e o financiamento da AF no SUS, assim como os fundamentos da seleção de medicamentos e sua importância na qualificação do cuidado em saúde.

A organização da Assistência Farmacêutica constitui-se em uma série de atividades interligadas e dependentes que contribuem para a integralidade da atenção à saúde. Apresenta componentes de natureza técnica, científica e operativa, integrados de acordo com a complexidade do serviço, necessidades e finalidades⁸. Nesse sentido, é importante contextualizarmos como se dá a sua operacionalização atualmente nas estruturas funcionais nos diferentes níveis de atenção à saúde para melhor compreensão de como a Assistência Farmacêutica deve estar integrada na RAS.

Na Assistência Farmacêutica na Atenção Básica são disponibilizados tanto os medicamentos do componente básico (CBAF) quanto os do estratégico (CESAF), prioritariamente nas farmácias e dispensários integrados às Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou em farmácias públicas municipais não integradas fisicamente às UBS^{23,24}. Em alguns casos, como nos dos antirretrovirais e dos medicamentos do componente especializado, as unidades dispensadoras podem estar localizadas em outros níveis de complexidade, tais como hospitais públicos ou centros de especialidades, além de farmácias estaduais. Cabe lembrar que os medicamentos do componente especializado (CEAF) compõem linhas de cuidado definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e têm como características principais a indicação para tratamentos de quadros clínicos graves ou condições exigentes de atenção continuada, que requerem cuidado na média e alta complexidade¹⁷.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Nesse contexto histórico de execução das políticas farmacêuticas, cabe destacar, também, a instituição do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS), por meio da Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012, que tem por finalidade contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica às ações e aos serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada à população brasileira²⁵.

O QUALIFAR-SUS preconiza ações de estruturação física dos serviços farmacêuticos (Eixo Estrutura), a promoção da educação permanente e da capacitação dos profissionais na lógica das RAS (Eixo Educação), a disponibilização de informações sobre as ações e os serviços da Assistência Farmacêutica praticada no âmbito do SUS (Eixo Informação) e a Elaboração de propostas de inserção da Assistência Farmacêutica (Eixo Cuidado) nas práticas clínicas²⁵.

Por fim, mais recentemente, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)²⁶, publicada em 2017, apontou, dentre as responsabilidades federativas nesse âmbito:

XVII - desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a Rename, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado²⁶.

A Assistência Farmacêutica na perspectiva de integração nas Redes de Atenção à Saúde

Na seção anterior percorremos os marcos históricos, suas finalidades e as diretrizes das políticas farmacêuticas no Brasil e no SUS. Essa seção busca contribuir para uma reflexão acerca das perspectivas da integração da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde no contexto do nosso Sistema de Saúde.

Vamos lá?

Na *Aula 1* foram apresentadas as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, estabelecidas pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº 4.279/2010. Na referida portaria a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”¹⁸. Essa Portaria prevê ainda que estrutura operacional da RAS deve ser constituída por pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio; pelos sistemas logísticos e de governança²⁷.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

No âmbito das redes, enfatizamos a importância primordial da atenção básica como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos de atenção, sendo um dos pilares para a sua efetivação na RAS²⁸.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Para compreendermos a inserção da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde, refletiremos inicialmente sobre o que são **serviços farmacêuticos** e como ocorre a sua oferta nas unidades funcionais da estrutura operacional de uma rede de atenção.

O que são serviços farmacêuticos?

“Para o nosso curso, consideramos que: “Os serviços farmacêuticos constituem-se no conjunto de atividades e processos de trabalho relacionados ao medicamento, protagonizados pelo farmacêutico (em especial nas ações finalísticas), e desenvolvidos no âmbito da atenção em saúde com vistas a potencializar sua resolubilidade. Esse conjunto de atividades compreendem tanto atividades técnico-gerenciais (atividades de apoio) quanto clínicas (atividades finalísticas) dirigidas a indivíduos, famílias e comunidade”^{29,30,31}.”

Conforme apresentado, os serviços farmacêuticos envolvem **atividades técnico-gerenciais como apoio a Rede de Atenção à Saúde**, além de **atividades clínicas nos pontos de atenção à Saúde**, devendo comprometer-se com o apoio direto ao usuário e com a obtenção de resultados em saúde³². Nesse sentido, propomos aqui uma reflexão: **como a assistência farmacêutica deveria estar inserida na estrutura operacional de uma RAS?**

A Portaria nº 4.279/2010 estabelece o Sistema de Assistência Farmacêutica que constitui um **Sistema de Apoio** à RAS, que englobaria a organização das seguintes etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos²⁷.

— Vamos recordar...

O que são os **Sistemas de Apoio**?

Lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde. São constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros); pelo sistema de assistência farmacêutica e pelos sistemas de informação em saúde²⁷.

Figura 5. Exemplo de unidade constituinte do Sistema de Apoio a RAS



Fonte: Elaboração própria.

E os **Pontos de Atenção à Saúde**?

São entendidos como espaços nos quais são oferecidos determinados serviços de saúde, como as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os centros de atenção psicossocial, entre outros, e se diferenciam apenas pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam²⁷.

Como exemplos de pontos de atenção à saúde podemos destacar os domicílios, as unidades básicas de saúde, as unidades ambulatoriais especializadas, os serviços de hemoterapia e hematologia, os centros de apoio psicossocial, as residências terapêuticas, entre outros. Os hospitais podem abrigar distintos pontos de atenção à saúde: o ambulatório de pronto atendimento, a unidade de cirurgia ambulatorial, o centro cirúrgico, a maternidade, a unidade de terapia intensiva, a unidade de hospital-dia, entre outros²⁷.

Figura 6. Exemplos de ponto de atenção na RAS



Legenda:

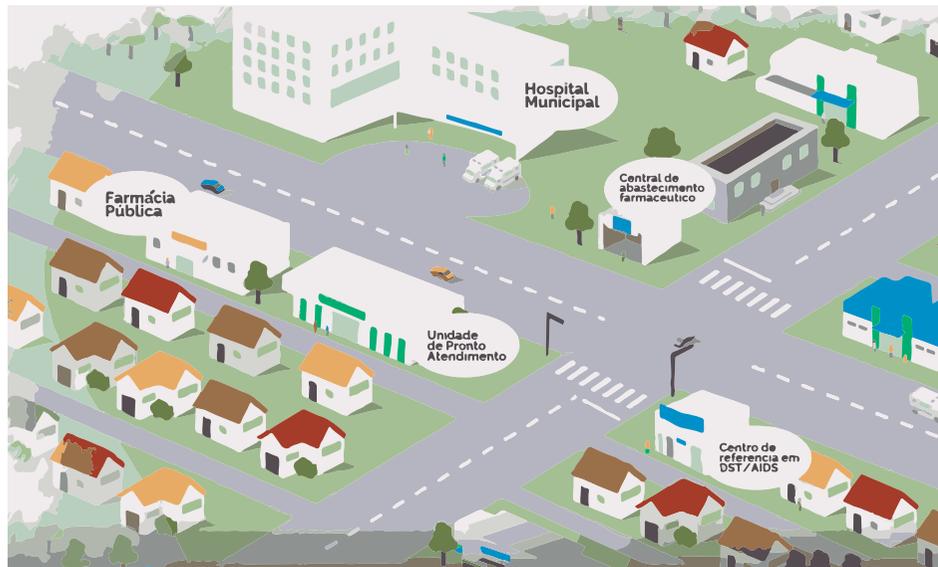
- » Centro coordenador: unidade básica de saúde (UBS)
- » Ponto de Atenção Secundário: Centro de Referência em DST/AIDS
- » Ponto de Atenção Terciário: Hospital

Fonte: Elaboração própria.

Considerando a Unidade Básica (UBS) como centro coordenador, o centro de referência em DST/AIDS como ponto de atenção secundário, o hospital como ponto de atenção terciário e o almoxarifado ou Central de Abastecimento Farmacêutico como apoio no abastecimento, **vamos refletir agora sobre a oferta de ações e serviços da assistência farmacêutica na perspectiva de rede de atenção a saúde?**

Observe a figura abaixo:

Figura 7. Perspectiva de integração da Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à saúde



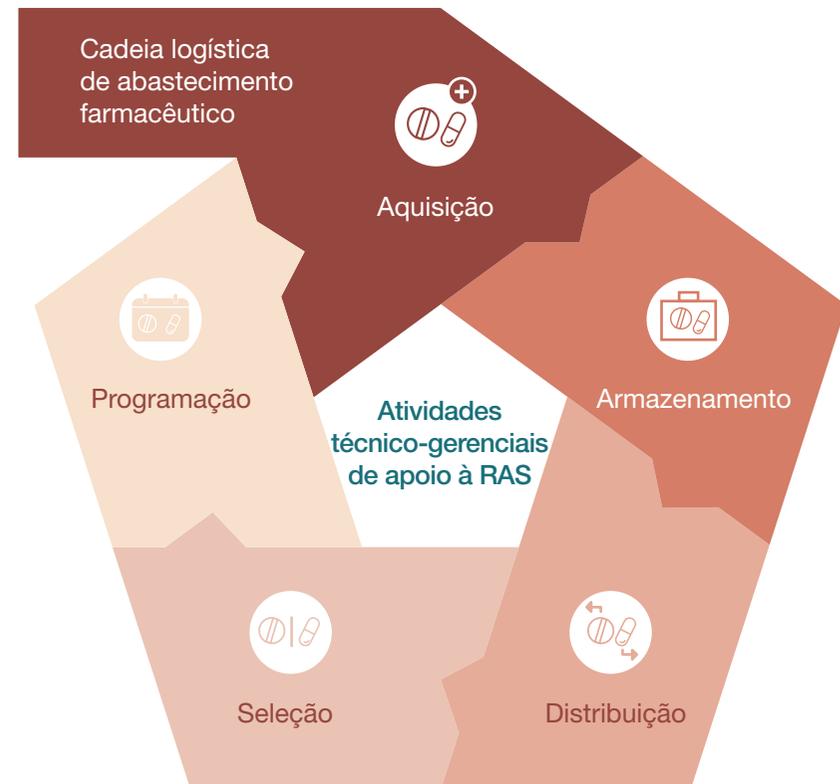
Fonte: Costa e Tavares 6:120.

A assistência farmacêutica, nessa perspectiva, deve integrar a rede de atenção à saúde através de **atividades de clínicas nos pontos de atenção à Saúde** e como **sistema de apoio** visando garantir o abastecimento dos medicamentos, nas suas diferentes unidades funcionais por meio das

atividades técnico-gerenciais com a finalidade de disponibilizar o medicamento certo, para o usuário certo, no momento em que ele precisa, com suficiência, regularidade e qualidade³³.

Nesse contexto, o desenvolvimento de serviços farmacêuticos através de atividades técnico-gerenciais de forma articulada e sistêmica conforme apresentado na Figura 8, é fundamental para que a Assistência Farmacêutica integre a Rede de Atenção à Saúde como **sistema de apoio**.

Figura 8. Atividades técnico-gerenciais de apoio à Rede de Atenção à Saúde



Fonte: Elaboração própria e Imagem - Flaticon ©.

As atividades técnico-gerenciais apresentadas, consideradas fundamentais para viabilização do funcionamento dos serviços de saúde na rede, como parte do **sistema de apoio** à RAS contemplam:

- » a seleção racional dos medicamentos que compõem a relação municipal de medicamentos;
- » o planejamento e o abastecimento adequado, tanto nos almoxarifados ou Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) quanto nas demais unidades funcionais da rede ou nas farmácias em edificação exclusiva;
- » a programação dos medicamentos baseada no planejamento integrado às demandas e necessidades da população;
- » a aquisição observando qualidade, suficiência, regularidade e menor custo;
- » o armazenamento, assegurando a conservação e preservação, a qualidade e controle de estoque;
- » e a distribuição dos medicamentos e insumos para todas as unidades da rede³⁴.

No *Módulo 3** abordaremos de forma mais detalhada como cada um dos serviços farmacêuticos de apoio à rede contribui na disponibilidade de medicamentos e na qualificação da Assistência Farmacêutica do município.

Contudo, cabe destacar aqui um dos pontos, considerado mais importante no contexto da Assistência Farmacêutica como **sistema de apoio** à

rede, trata-se do papel desempenhado pelos almoxarifados ou Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF), promovendo a garantia do armazenamento adequado e do abastecimento dos medicamentos e insumos para todas as unidades da rede.

Na perspectiva da integração sistêmica da AF na rede entende-se fundamental nos pontos de atenção à saúde a oferta de serviço de **Cuidado Farmacêutico**, que está associado às atividades clínicas desenvolvidas pelo farmacêutico diretamente voltadas aos usuários, com vistas a obtenção de melhores resultados relacionados à farmacoterapia e a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Considerando esses pressupostos, podemos compreender que para a assistência farmacêutica integrar a RAS de forma sistêmica, esta deve prestar os serviços farmacêuticos por meio das atividades técnico-gerenciais na função de apoio à rede, ofertando, nos diferentes pontos de atenção da RAS, o Cuidado Farmacêutico, na dimensão clínico-assistencial e técnico-pedagógica do trabalho em saúde, voltados aos indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 1* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 3* podem ser acessadas no *vol. 3* desta mesma coleção, *Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais: operacionalização e prática nos municípios*.

Síntese da Aula

Nesta aula, buscamos resgatar como as políticas farmacêuticas públicas no Brasil foram implementadas visando refletir como a assistência farmacêutica deveria estar inserida na rede de atenção à saúde e quais as contribuições dos serviços farmacêuticos no apoio à rede. Espera-se que após a compreensão dos conceitos apresentados, sobre a articulação da rede de atenção à saúde com a assistência farmacêutica, você possa aprofundar os conceitos que serão apresentados nas próximas aulas no sentido de qualificar os serviços desenvolvidos na rede, na perspectiva de qualificação do acesso a medicamentos e do cuidado em saúde prestado aos usuários do sistema.

Referências

1. Costa KS, Goldbaum M, Guayta-Escolies R, Modamio P, Mariño EL, Tolsá JLS. Coordinación entre servicios farmacéuticos para una farmacoterapia integrada: el caso de Cataluña. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2017 Aug;22(8):2595-2608.
2. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) [homepage na Internet]. Políticas Farmacêuticas. [acesso em 1 fev 2019]. Disponível em: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1903:politicafarmacêuticas&Itemid=1177&lang=.](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1903:politicafarmacêuticas&Itemid=1177&lang=)
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional. Ginebra, enero 2003 [acesso em 1 fev 2019]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4871s/s4871s.pdf>.
4. Marín N. Los Servicios Farmacéuticos en la atención de salud. In: Bermudez JAZ, Bonfim JRA, organizadores. *Medicamentos e a Reforma do Setor Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 125-139.
5. World Health Organization (WHO). How to develop and implement a national drug policy. *WHO Policy Perspectives on Medicines*. Geneva: WHO; 2003.
6. Costa KS, Tavares NUL. Aula 4, A integração sistêmica da assistência farmacêutica. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. *Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde; 2019. 384 p.*

7. Brasil. Congresso Nacional. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
8. Marin N, Luiza, VL, Castro, CGSO, Santos, SM. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
9. Santos-Pinto C. O Programa Farmácia Popular do Brasil: modelo, cobertura de utilização frente à Política Nacional de Medicamentos. Dissertação [mestrado em saúde pública] – Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 out. 1998.
11. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 jan. 1999.
12. Brasil. Presidência da República. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária e estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 fev. 1999.
13. Bermudez, JAZ et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. Ciênc. saúde coletiva. Jun. 2018 [acesso em 10 out. 2019];23(6):1937-49. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601937&lng=pt&nrm=iso.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 176, de 8 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 mar. 1999.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 343, de 21 de março de 2001. Cria o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, vinculado ao programa Saúde da Família, destinado aos municípios participantes. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 mar. 2001.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 maio 2004.
17. Luíza VL, Da Silva RM, Mattos LV, Bahia, L. Fortalezas e desafios dos modelos de provisão e financiamento de medicamentos. In: Vulnerabilidades do complexo industrial da Saúde: reflexos das políticas industrial e tecnológica na produção local e Assistência Farmacêutica/ organização Lia Hasenclever et.al. Rio de Janeiro: E-papers; 2018..
18. Brasil. Ministério da Saúde. [homepage da internet]. Farmácia Popular. 2013-2019 [acesso em 1 fev 2019]. Disponível em: <http://portalsms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular>.
19. Brasil. Ministério da Saúde [homepage da internet]. Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. 2013-2019 [acesso em 1 fev 2019]. Disponível em: <http://portalsms.saude.gov.br/acoes-e-programas/programa-nacional-de-plantas-medicinais-e-fitoterapicos-ppnmpf/politica-e-programa-nacional-de-plantas-medicinais-e-fitoterapicos>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Diário Oficial União, Brasília, DF, 31 jan. 2007; Seção 1, p. 45. [Retificação publicada no Diário Oficial União. 14 mar 2007; Seção 1, p. 46].

21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.992, de 28 de dezembro de 2017. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial União, Brasília, DF, 28 dez 2017; Seção 1, p. 91.
22. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011 [acesso em 30 set. 2019]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.
23. Mendes LV et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. Saúde em Debate. 2014;38(n. especial).
24. Barbosa MM et al. Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. Ciência & Saúde Coletiva. Ago. 2017;22(8):2475-86.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS). Diário Oficial União, Brasília, DF, 14 jun. 2012; Seção 1, p. 29.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set 2017
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 dez. 2010.
28. Viana ALD et al. Regionalização e Redes de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2018;23(6):1791-98.
29. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Servicios Farmacéuticos basados en la Atención Primaria de Salud: documento de posición de la OPS/OMS. (La renovación de la atención primaria de salud en las Américas, nº 6). Washington DC: OPS; 2013.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
31. Conselho Federal de Farmácia. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia; 2016.
32. Araújo SQ, Costa KS, Luiza VL, Lavras C, Santana EA, Tavares NUL. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2017;22(4):1181-91.
33. Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC). Relatório Técnico da 1ª Oficina de Alinhamento do Projeto Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas do cuidado na equipe de saúde, realizada em Brasília, DF, em 23 e 24 de outubro de 2018.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica; Caderno 1).

Autora

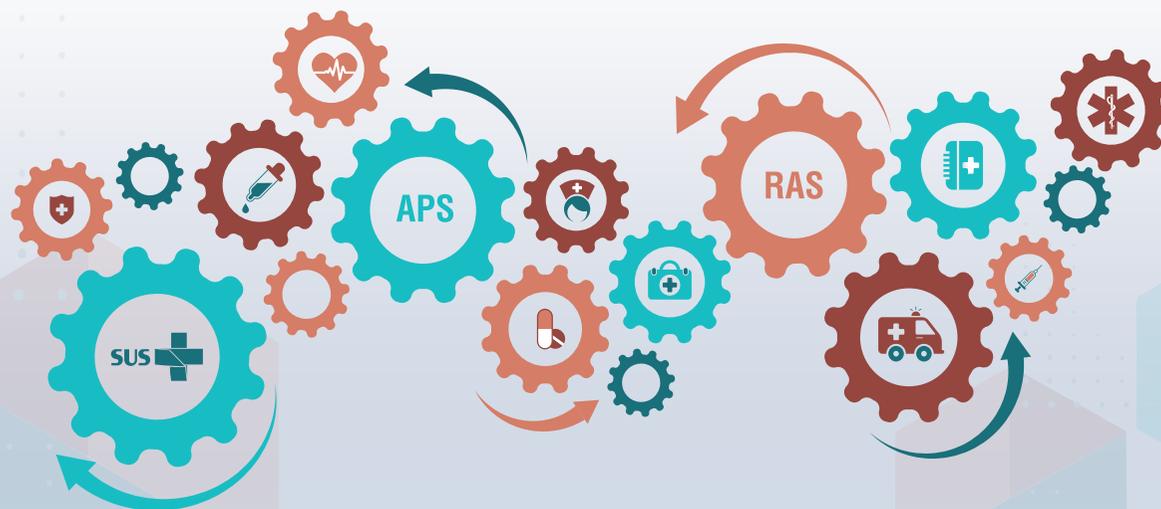
Noemia Urruth Leão Tavares

Graduada em Farmácia, pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM-RS), Mestrado em Ciências da Saúde pela Fundação Universidade do Rio Grande (FURG-RS) e Doutorado em Epidemiologia pelo Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Atualmente é Professora Adjunta da Universidade de Brasília, UnB e docente do quadro permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da UNB. Atuou como Coordenadora Geral de Assistência Farmacêutica Básica no Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF/SCTIE/MS). Atua nas áreas de Saúde Coletiva e Farmácia, com ênfase em Políticas Farmacêuticas e Sistemas de Saúde, Inquéritos de Saúde e Farmacoepidemiologia.



3

Aula



Acesso a medicamentos: operacionalização no contexto do SUS

Autora: Adriane Lopes Medeiros Simone



Ementa da aula



Esta aula aborda as concepções, as dimensões e a operacionalização do acesso aos medicamentos no SUS.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Compreender as concepções e dimensões do acesso a medicamentos; entender a organização, a estruturação e as responsabilidades interfederativas dos componentes e programas da Assistência Farmacêutica no SUS; compreender a operacionalização das diferentes dimensões do acesso aos medicamentos no contexto do SUS; conhecer resultados de pesquisas sobre acesso a medicamentos no SUS.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Introdução

O medicamento é um instrumento técnico essencial para a atenção à saúde e pode contribuir para prevenir ou resolver os problemas de saúde das pessoas, quando disponibilizado e utilizado de forma correta¹. Em termos econômicos, é um importante item de despesa dos sistemas de saúde. Considerando o envelhecimento populacional e o contexto epidemiológico no país, os gastos com medicamentos tendem a crescer. Outro aspecto relevante é o ônus social resultante da dificuldade no acesso aos medicamentos, que implica em baixa resolução dos problemas de saúde da população, com aumento desnecessário de intervenções e internações².

A importância dos medicamentos no acesso à saúde está estabelecida desde a década de 1980, porém, recentemente, o acesso a medicamentos foi caracterizado como um problema mundial³. Em setembro de 2015, os 193 países-membros das Nações Unidas se reuniram em Nova York e adotaram a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, que propõe uma ação mundial para alcançar 17 objetivos, visando erradicar a pobreza e promover uma vida digna para todos⁴. A questão da saúde e, conseqüentemente, o acesso a medicamentos, ocupa lugar de destaque nessa Agenda, que assegura a saúde como prioridade em todas as idades. Explicitamente, no terceiro objetivo da agenda, intitulado “Saúde e Bem-Estar”, é feita a menção de assegurar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais seguros, eficazes e de qualidade^{3,4}.

Saiba mais!

Conheça a [Agenda 2030](#) 



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Conforme vimos na primeira aula, a Constituição Federal de 1988, assegura a saúde como um direito e a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/1990), que institui o SUS, prevê a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência^{5,6}.

Em nosso dia a dia na Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde, percebemos como os medicamentos são essenciais para o cuidado em saúde. Nesse sentido, as políticas de assistência farmacêutica, já discutidas na aula anterior, são fundamentais para a integralidade da assistência à saúde no SUS^{5,6}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Sabemos que tanto a Política Nacional de Medicamentos quanto a Política Nacional de Assistência Farmacêutica apresentam os fatores essenciais para efetivação do acesso a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade no SUS e para a promoção de seu uso racional^{7,8}.

Em 2006, com o Pacto pela Saúde, organizado em três dimensões – Pacto de Gestão, Pacto pela Vida e Pacto em Defesa do SUS, foram estabelecidos novos mecanismos de responsabilidade solidária da União, dos estados e dos municípios para operacionalização do SUS. O Pacto de Gestão propôs a redefinição das responsabilidades solidárias dos entes federativos no SUS, sendo que a assistência farmacêutica foi incluída no rol de responsabilidades gerais dos entes federativos⁹.

Assim, de acordo com a Resolução CIT n° 4/2012, um compromisso foi reafirmado entre os três entes federativos no SUS, trata-se da seguinte responsabilidade solidária:

“ [...] promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas¹⁰. ”

Figura 9. Assistência Farmacêutica - Responsabilidade sanitária dos entes federativos no SUS



Fonte: Elaborada a partir de dados do Ministério da Saúde¹⁰.

Nesta aula faremos uma reflexão a respeito do acesso a medicamentos no Brasil, um desafio permanente no dia a dia de gestores, trabalhadores e usuários do SUS. Abordaremos as concepções e as dimensões do acesso a medicamentos, as responsabilidades interfederativas no financiamento e provisão de medicamentos e buscaremos contextualizar, a partir do arcabouço legal e das principais pesquisas da área como esse acesso se operacionaliza no sistema de saúde no país.

Concepções e dimensões do acesso a medicamentos

O conceito de acesso (ato de ingressar, entrada) ou acessibilidade (caráter ou qualidade do que é acessível) aos serviços de saúde é complexo e apresenta variações entre autores¹¹.

Saiba mais!

Para aprofundamento nesse tema, recomendamos a leitura do artigo [“Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde”](#) , publicado por Travassos e Martins em 2004¹¹.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Um conceito de acesso a medicamentos foi proposto por Bermudez et al. como a “relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita, no momento e lugar requeridos pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado”(p. 13)¹².

— O caso da Dona Tereza:

Dona Tereza tem 52 anos e mora em uma pequena cidade do interior com o seu marido, que é pedreiro. Trabalha como operadora de caixa em um mercado do seu bairro quase todos os dias da semana. Na semana passada, foi até a Unidade Básica de Saúde (UBS) para sua consulta de rotina. A UBS fica no centro da cidade, que não é muito longe da sua casa, mas como tem algumas ladeiras no caminho e faz muito calor, ela precisa ir de ônibus.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Dona Tereza saiu da consulta com a prescrição de quatro medicamentos de uso contínuo, porque tem hipertensão e diabetes, mas ao chegar à farmácia se deu conta que já era tarde, pois esta já estava fechada. Como já tinham se passado 30 dias do seu último atendimento e ela não tinha mais medicamento em casa, teve que retornar à farmácia da UBS no dia seguinte bem cedo. Depois de o Jurandir, profissional de apoio técnico que trabalha na farmácia, separar todos os medicamentos e começar a entregá-los, ela percebeu que um dos remédios da pressão estava em falta. Dona Tereza tentou encontrar uma oportunidade para perguntar o que havia acontecido e se havia alguma previsão para o remédio chegar à farmácia, mas não conseguiu. Jurandir entregou rapidamente os medicamentos para ela, pois a fila da farmácia es-

tava muito grande e as pessoas já estavam impacientes, nem deu tempo de conversar. O jeito foi reclamar na ouvidoria, com a esperança de lhe darem uma resposta rápida. Tereza já gastou quase todo seu salário deste mês para pagar as contas de casa, e só sobrou o dinheiro para ir ao mercado, porém ela não pode ficar sem o medicamento. Felizmente, o tratamento prescrito não tinha mudado muito do que estava habituada, e pelo menos sabia como usar os três medicamentos que tinha conseguido pegar. Agora precisava ir rápido para o trabalho, pois mais uma vez teve que justificar o atraso ao patrão, e com o marido desempregado, não dava para bobear.

Qual a necessidade de medicamentos da Dona Tereza? Sua necessidade foi atendida?

Para nos ajudar a responder essa questão, apresentaremos duas ferramentas / modelos teóricos de avaliação do acesso a medicamentos, que podem ser úteis para a gestão municipal.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

»» Modelo teórico de avaliação de acesso a medicamentos da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) foi a primeira pesquisa de âmbito nacional sobre acesso e utilização de medicamentos. O objetivo dessa pesquisa foi avaliar o acesso, a utilização e o uso racional de medicamentos por parte da população brasileira, bem como as políticas farmacêuticas e sua efetivação na atenção básica/atenção primária à saúde do SUS¹³.

A PNAUM foi organizada em dois componentes:



inquérito domiciliar sobre acesso, utilização e uso racional de medicamentos¹⁴;



avaliação das políticas públicas de assistência farmacêutica e sua efetivação na Atenção Básica a Saúde no SUS (PNAUM - Serviços)¹⁵.

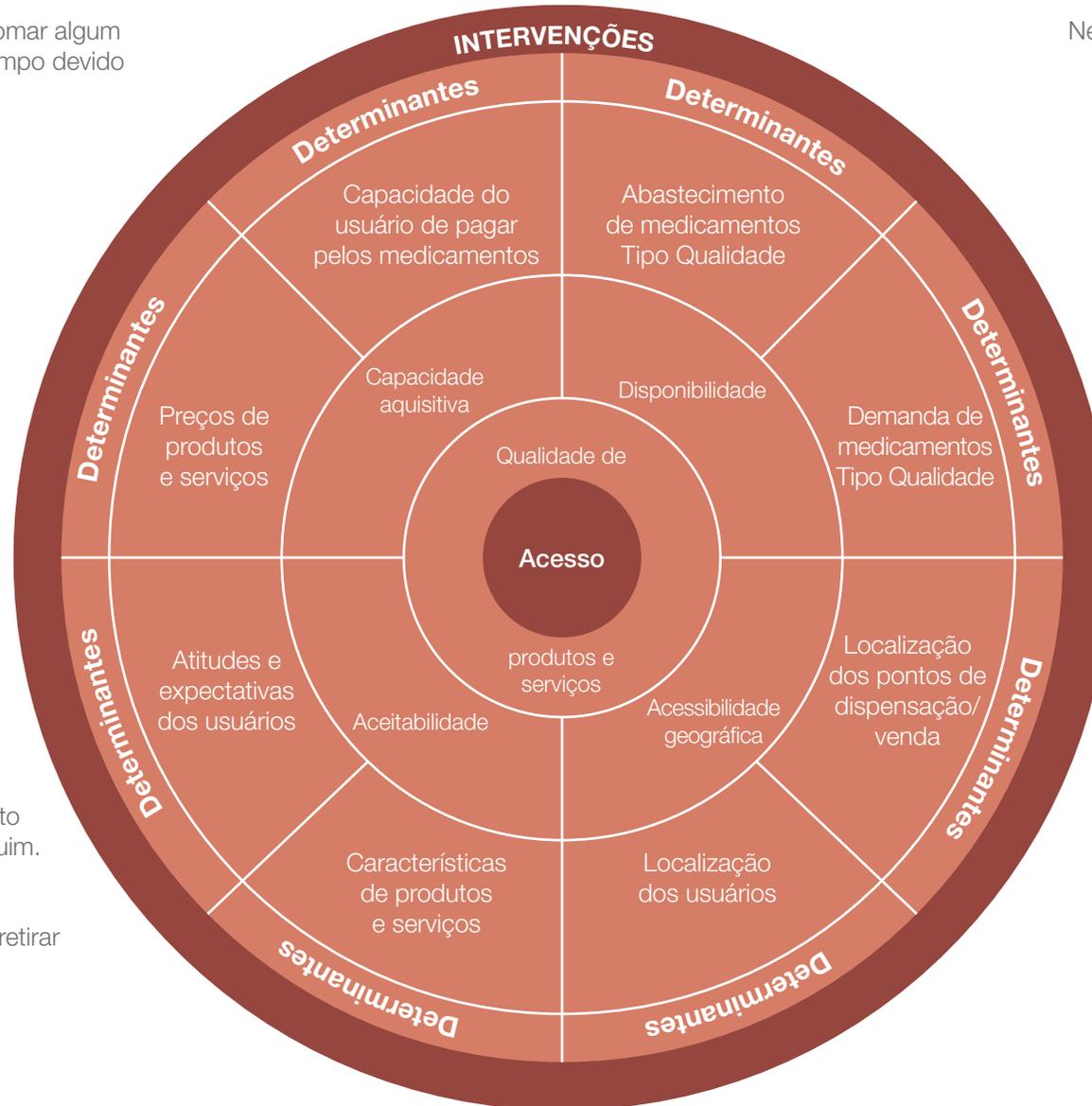
Fonte: Imagem - Flaticon ©

Um dos aspectos avaliados pelo componente inquérito domiciliar da PNAUM foi o acesso a medicamentos para tratar doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, em farmácias públicas ou privadas. Para essa avaliação, foi utilizado um modelo teórico proposto por Penchansky e Thomas¹⁶ e adaptado por Luiza e Bermudez¹⁷.

Segundo Penchansky e Thomas, o acesso é um conjunto de dimensões mensuráveis que representam um grau de ajuste entre o usuário do serviço e o sistema de saúde¹⁶. Assim, o modelo utilizado na PNAUM assume que o acesso a medicamentos resulta da interação de quatro dimensões: disponibilidade física, capacidade aquisitiva, acessibilidade geográfica e aceitabilidade (Figura 10)¹³.

Figura 10. Modelo lógico e perguntas que orientaram a construção dos indicadores para avaliação as dimensões de acesso a medicamentos na PNAUM, Brasil, 2014

Nos últimos 30 dias, ficou sem tomar algum dos medicamentos por algum tempo devido à dificuldade financeira?



Neste local consegue todos os medicamentos que precisa?

Alguma vez faltou algum desses medicamentos?

Horário de funcionamento é: muito bom; bom; regular; ruim; muito ruim.

O atendimento nesse lugar para retirar os remédios é: muito bom; bom; regular; ruim; muito ruim.

Chegar neste local é muito difícil ou pouco difícil?

Este lugar é longe?

Fonte: Oliveira et al. (p. 4s)¹³.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Especificamente no âmbito da atenção básica/atenção primária à saúde, o acesso a medicamentos pelos usuários do SUS foi avaliado pelo segundo componente da pesquisa, a PNAUM – Serviços, com base no mesmo modelo teórico.

Vamos conhecer os resultados da PNAUM - Serviços?

Importante!



As informações reproduzidas a seguir fazem parte da pesquisa realizada por Alvares et al.¹⁸, cujos dados foram coletados de julho e a dezembro de 2014, em entrevistas presenciais com 8.591 usuários de 300 municípios das cinco regiões do Brasil.

Segundo os pesquisadores, os usuários foram abordados dentro dos serviços de saúde (Unidades Básicas de Saúde), enquanto aguardavam por uma consulta médica. Vale destacar que a definição da amostra para as entrevistas garantiu a representação nacional dos resultados.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Quadro 8. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde



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

- » 59,80% declararam ter acesso total aos medicamentos
- » 35,90% declararam ter acesso parcial aos medicamentos
- » 4,30% declararam não ter acessos aos medicamentos



Acessibilidade geográfica: 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:

- » A maioria dos usuários afirmou ser muito fácil/fácil chegar à farmácia pública (83%) e relatou ir caminhando até a unidade (64,5%)



Adequação: representa a relação entre a forma como os serviços organizam-se para receber os usuários e a capacidade dos usuários para se adaptar a essa organização:

- » 90,9% dos usuários declararam ser muito boa ou boa a limpeza da farmácia pública
- » 70,8% dos usuários declararam não esperar para retirar medicamentos
- » 85,7% dos usuários declararam ser muito bom ou bom o horário de funcionamento da UBS



Aceitabilidade: representa as atitudes das pessoas e dos provedores em relação às características e práticas de cada um:

- » 90,5% dos usuários declararam ser muito bom ou bom o atendimento realizado pela farmácia pública
- » 66,4% declararam ser muito boa ou boa a privacidade no atendimento na farmácia pública



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

- » Dos usuários que relataram que a família deixou de comprar algo importante para cobrir gastos com problemas de saúde, 41,8% declararam ser os medicamentos o problema que ocasionou esse gasto

Fonte: Elaborada a partir de dados de Álvares et al¹⁸ e Imagem - Flaticon ©.

Informações detalhadas sobre a PNAUM estão disponíveis para consulta no portal da [Universidade Federal do Rio Grande do Sul](#)

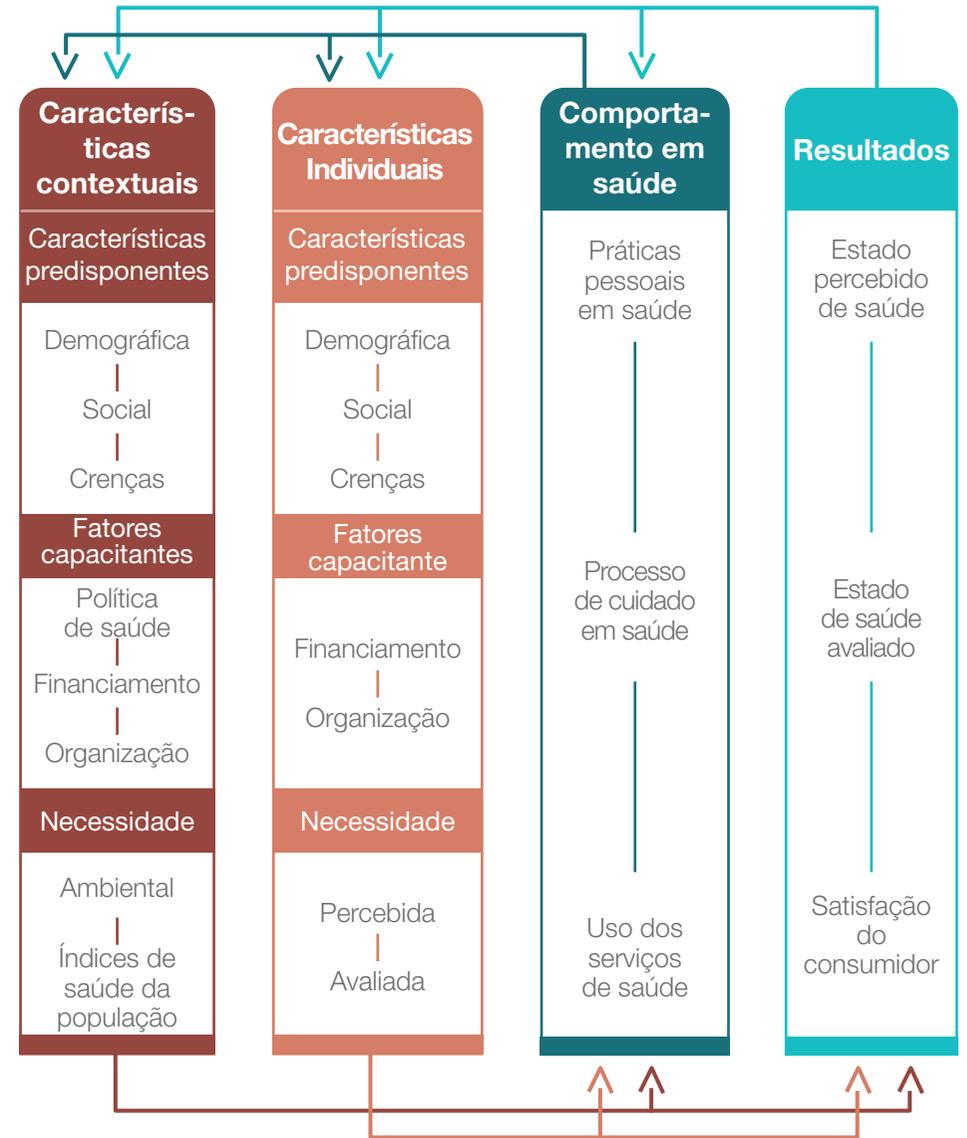


Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

»» Modelo de Andersen para explicar o acesso a medicamentos

No modelo de Andersen, aplicado à utilização de serviços de saúde, o acesso é apresentado como um dos elementos dos sistemas de saúde, dentre aqueles ligados à organização dos serviços, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do cuidado. Segundo esse modelo, as características contextuais e individuais – características predisponentes, os fatores capacitantes e as necessidades – afetam os comportamentos em saúde e o estado geral do indivíduo ou os resultados em saúde, e são afetados por esses domínios (Figura 11)¹⁹.

Figura 11. Modelo de Andersen sobre a utilização de serviços de saúde



Fonte: Santos e Soares (p. 44)¹⁹.

Santos e Soares¹⁹ realizaram a adaptação do modelo de Andersen para explicar o uso de medicamentos. Por exemplo:

1. Característica predisponente: a idade dos indivíduos, combinada com outros fatores, influencia o uso de medicamentos;

2. Fator capacitante: a capacidade de pagamento por um serviço de saúde limita o acesso a este serviço. Apesar de a saúde ser um direito no Brasil, na prática, muitas pessoas precisam custear consultas médicas e a aquisição de medicamentos;

3. Comportamento em saúde: automedicação e a adesão ao tratamento são comportamento influenciados pelas crenças do usuário (representações pessoais da doença) e influenciam os resultados em saúde¹⁷. Para conhecer, acesse [aqui](#). 



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

➤ Afinal, a quais medicamentos a população tem acesso no SUS?

Em 2018, o mercado farmacêutico movimentou R\$ 76,2 bilhões, fazendo com o que o Brasil fosse considerado o sétimo país do mundo em consumo de medicamentos²⁰. Em nosso país existem milhares de medicamentos diferentes produzidos por centenas de indústrias farmacêuticas, porém nem todos os medicamentos comercializados estão disponíveis no SUS. Você já parou para pensar no porquê? A razão é que apenas uma parte dos medicamentos vendidos realmente é necessária para nossa saúde e, por isso, trabalha-se com o conceito de “medicamentos essenciais” na saúde pública²¹.

»» Relações de Medicamentos Essenciais

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) compreende a seleção e a padronização de medicamentos para atendimento de doenças ou de agravos no SUS e é definida pelo Ministério da Saúde, com a assessoria da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec)²¹⁻²³.

Conforme vimos na *Aula 2*, a Rename é uma das diretrizes norteadoras para a assistência farmacêutica e para a promoção do uso racional de medicamentos, além disso, subsidia a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos.



Você já ouviu falar da Conitec?

A Conitec foi criada pela Lei nº 12.401/2011 para auxiliar o Ministério da Saúde na seleção de medicamentos e outras tecnologias em saúde (incorporação, exclusão ou alteração das listas) e na Elaboração ou alteração de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT)²⁵.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Mas o que são PCDT?

Os PCDT são documentos que estabelecem critérios para o diagnóstico de doença ou agravo à saúde, bem como o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, os mecanismos de controle clínico e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos gestores do SUS²⁵.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Quer saber mais?

Navegue pelo site da Conitec: <http://conitec.gov.br/> 
Aprofundaremos este ponto na *Aula 5*, no *Módulo 2**.

Os medicamentos e insumos farmacêuticos da Rename são financiados pelas três esferas de gestão do SUS, de acordo com pactuações entre os referidos três gestores, na Comissão Intergestores Tripartite, e regulamentações em portarias específicas, atualizadas periodicamente²⁴.

Importante!



A Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde.

Cada estado compõe sua CIB, com a representação do gestor estadual e de alguns municípios. Os representantes da gestão municipal são definidos pelo Conselho Estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

Participam da CIT os gestores das três esferas de governo (União – Ministério da Saúde, estados, Distrito Federal e municípios). Os gestores estaduais e municipais são representados, respectivamente, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)⁶.

Para saber mais: [clique aqui](#) 

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 1* de curso homônimo oferecido pelo projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 2* podem ser acessadas no *vol. 2* desta mesma coleção, *Gestão e planejamento da Assistência Farmacêutica no SUS*.

A Rename está estruturada em cinco anexos e contém, principalmente, medicamentos para a assistência ambulatorial:

- I - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica
- II - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
- III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
- IV - Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos
- V - Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar²²

Importante!

O Decreto nº 7.508/2011 determina que o Ministério da Saúde deve consolidar e publicar as atualizações da Rename a cada dois anos²³.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Por que utilizamos o termo “Componente da Assistência Farmacêutica” na denominação dos anexos da Rename?

A organização do financiamento do SUS e a transferência de recursos federais aos estados e municípios acontecem na forma de blocos de financiamento (Figura 12), os quais foram regulamentados pela primeira vez em 2007 e revisados em 2017²⁶.

Figura 12. Blocos de financiamento da assistência farmacêutica no SUS.



Fonte: Elaborada a partir de dados do Ministério da Saúde²⁶.

A Rename é uma lista de referência para nortear as listas estaduais – Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (Resme) – e municipais – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) – de medicamentos⁸.

É importante lembrar que a disponibilização de todos os medicamentos da Rename pelos estados e municípios não é obrigatória^{26,27}, porém a escolha dos medicamentos que serão ofertados deve ocorrer de maneira a atender as necessidades de saúde da população, ou seja, as doenças e os agravos à saúde mais comuns, assim como permitir que seja realizado o tratamento recomendado nos protocolos assistenciais^{8,28}.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Na *Aula 1* vimos que as Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos que visam à continuidade do cuidado em saúde no SUS, e que essas redes estão compreendidas no âmbito de uma ou mais regiões de saúde. As regiões de saúde, por sua vez, são formadas por municípios limítrofes, que normalmente compartilham serviços ambulatoriais e hospitalares, de média e alta complexidade²³.

Para pensar!



Qual o impasse de cada município possuir a sua Remume, com diferente composição do elenco de medicamentos? Já imaginou como é difícil para o médico de um serviço regional prescrever medicamentos?

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Para facilitar a operacionalização do acesso a medicamentos, os municípios de uma região de saúde podem estabelecer uma relação regional de medicamentos essenciais, a Rereme²⁹ (Figura 13).

Figura 13. Listas de medicamentos essenciais do SUS



Fonte: Elaborada a partir de dados do Ministério da Saúde e CEPESC/IMS/UERJ^{8,22,29}.

Os gestores estaduais, municipais ou do Distrito Federal também podem ampliar a lista de medicamentos padronizados, com a disponibilização de medicamentos adicionais à Rename, considerando questões locais de saúde pública. Nessa situação:

- » a aquisição dos medicamentos deve ser custeada com recursos próprios do ente federado;
- » é obrigatório que o elenco complementar de medicamentos seja aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, conste no Plano de Saúde e no Relatório Anual de Gestão, conforme Lei Complementar nº 141/2012^{23,24,30}.

Voltaremos a este assunto mais tarde!

No *Módulo 2**, as *Aulas 7 e 8* abordarão os aspectos principais do planejamento em saúde (plano de saúde e relatório anual de gestão) e da interface da assistência farmacêutica com o controle social (os conselhos de saúde, por exemplo).

No *Módulo 3*** também veremos em detalhes o conceito de medicamentos essenciais, as listas padronizadas de medicamentos do SUS e a importância da seleção de medicamentos na qualificação do cuidado em saúde.

PESQUISE E REFLITA!



VAMOS CONSULTAR A RENAME?

A Rename vigente está disponível:

- na página do [Ministério da Saúde](#)
- pelo aplicativo [MedSUS](#), desenvolvido pelo Ministério da Saúde para celulares *smarthphones* e *tablets*

Esse aplicativo também disponibiliza o Formulário Terapêutico Nacional, os PCDT e o banco de dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) de empresas e medicamentos autorizados a serem comercializados no Brasil.



VAMOS DISCUTIR?

Em seguida, discuta com a equipe do seu município:

- Quais medicamentos da Rename compõem a Remume?
- Existem medicamentos complementares à Rename sendo disponibilizados pelo município?
- Você conhece a Remume dos municípios vizinhos? Existem diferenças entre essas listas e a Remume de seu município? O que poderia ser feito para minimizar os problemas relacionados a essas diferenças (por exemplo: prescrição de medicamento disponível no município vizinho, mas que não consta na Remume de seu município)?

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 1* de curso homônimo oferecido pelo projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do *Módulo 2* podem ser acessadas no vol. 2 desta mesma coleção, *Gestão e planejamento da Assistência Farmacêutica no SUS*.

****Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 1* de curso homônimo oferecido pelo projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do PROADI-SUS. As aulas do *Módulo 3* podem ser acessadas no vol. 3 desta mesma coleção, *Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais: operacionalização e prática nos municípios*.

Operacionalização do acesso aos medicamentos no SUS

— A força de trabalho de uma rede municipal de saúde

O município Raio de Sol possui uma população de cerca de dois milhões de habitantes. A rede municipal de saúde é composta por um conjunto de serviços distribuídos em sete distritos de saúde relacionados à atenção básica/atenção primária à saúde (132 UBS, seis laboratórios, sete farmácias distritais e sete serviços de controles de zoonoses) e à atenção secundária (10 Centros de Especialidades Médicas, 8 Unidades de Pronto-Atendimento e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu). Ou seja, um total de 171 serviços de assistência à saúde, sendo que sua força total de trabalho está dimensionada em aproximadamente 14.000 trabalhadores e, destes, cerca de 12.500 atuam diretamente na prestação de atenção ao usuário.

Nos últimos anos, a secretaria municipal de saúde tem se deparado com o desafio de fixar seus trabalhadores nos postos de trabalho e de mantê-los em uma mesma equipe ou em uma mesma Unidade Básica de Saúde (UBS). A rotatividade da força de trabalho (fluxo de entrada e saída de trabalhadores) tem sido referida como um dos problemas que dificultam a melhoria dos indicadores de saúde do município. Não só em relação à configuração das equipes da Saúde da Família – eixo estratégico do modelo de atenção à saúde, mas, também, outros programas estruturantes de atenção à saúde.

O índice de rotatividade, segundo categorias profissionais (Figura 14), demonstrou que, a cada ano, há mudança de 14% dos médicos, 11% dos enfermeiros, 10% dos auxiliares de enfermagem, 7% dos farmacêuticos e 4% dos agentes comunitários de saúde da rede.

Figura 14. Rotatividade na força de trabalho da rede municipal



Fonte: Sancho et al. (p. 437)³¹.

Entre as preocupações do gestor municipal frente a esse cenário, estão:

- » a coordenação do cuidado, por exigir o conhecimento sobre o indivíduo, sua família, sua história, seus problemas e as ações realizadas, mas, também, dos recursos disponíveis na rede (como os medicamentos padronizados);
- » a continuidade do cuidado, que depende do grau de coordenação e integração da rede e do grau de vinculação dos profissionais com as famílias e comunidades.

Assim, uma das estratégias proposta para minimizar o impacto da rotatividade de funcionários, foi a capacitação e atualização dos profissionais de saúde do município. Em relação à assistência farmacêutica, um dos aspectos fundamentais a serem tratados é como se dá a operacionalização do acesso a medicamentos no SUS.

Pesquise e reflita!



Se você fosse o gestor desse município, como abordaria esse tema com os profissionais que acabaram de chegar? Esperamos que ao fim desta seção, você seja capaz de planejar esta atividade.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

»» Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF)

O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) destina-se à aquisição de medicamentos e insumos para os agravos e programas de saúde comuns no âmbito da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde²⁷.

O financiamento e a execução do CBAF foram normatizados pelas Portarias nº 1555, de 30 de julho de 2013 e nº 2.001, de 3 de agosto de 2017. Em 2017, com a consolidação das normas sobre o financiamento e as políticas de saúde pelo Ministério da Saúde, essas regras passaram a compor “portarias de consolidação”, que estão vigentes atualmente:

- ANEXO XXVIII, Título III da Portaria de Consolidação nº 02, de 28 de setembro de 2019²⁷;
- Título V, da Portaria de Consolidação nº 06, de 28 de setembro de 2019²⁶.

- » O financiamento do CBAF é de responsabilidade da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, com aplicação de valores mínimos, por habitante, de seus orçamentos próprios. É importante destacar que as Comissões Intergestores Bipartite podem pactuar valores acima dos definidos em âmbito nacional²⁶;
- » Os recursos federais e estaduais são repassados mensalmente ao Fundo Municipal de Saúde²⁶;
- » Seleção, programação, aquisição, armazenamento, controle de estoque e prazos de validade, distribuição e dispensação dos medicamentos e insumos do CBAF são realizados pelos municípios e pelo Distrito Federal. Contudo, é possível que haja pactuação entre estado e municípios (na CIB) para aquisição, de forma centralizada, dos medicamentos e insumos pela Secretaria Estadual de Saúde, na forma de Atas Estaduais de Registro de Preços ou por consórcios de saúde²⁷.

Pesquise e reflita!

- » Você conhece a pactuação do CBAF em seu estado?
- » No seu município, há acompanhamento sistemático dos repasses ao Fundo Municipal de Saúde para assistência farmacêutica?
- » Como é realizada a aquisição dos medicamentos dispensados nas Unidades Básicas de Saúde – pela Secretaria Estadual de Saúde, na forma de Atas Estaduais de Registro de Preços, por um consórcio de saúde ou pelo próprio município?



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

- » Os municípios apenas podem utilizar o recurso do CBAF para:
 - Aquisição de medicamentos e insumos constantes nos Anexos I e IV da Rename, incluindo:
 - medicamentos do programa nacional de suplementação de ferro (sulfato ferroso e ácido fólico);
 - medicamentos do CBAF indicados no PCDT para garantir as linhas de cuidado das doenças contempladas no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF);
 - insumos para diabetes (glicosímetro, lancetas para punção digital, seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina e tiras reagentes de medida de glicemia capilar);
 - Insumos para manipulação de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos:
 - insumos para preparações homeopáticas em farmácias de manipulação do SUS, conforme Farmacopeia Homeopática Brasileira, 3ª edição;
 - plantas medicinais, drogas vegetais e derivados vegetais para manipulação das preparações dos fitoterápicos da Rename em Farmácias Vivas e farmácias de manipulação do SUS^{22,26,27}.

É importante recordar que um dos objetivos das políticas de assistência farmacêutica é promover o acesso e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos³³. Assim, no Anexo I da Rename também constam medicamentos fitoterápicos, que podem ser adquiridos pelos municípios com os recursos do CBAF (Quadro 9)²².



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Quadro 9. Lista dos medicamentos fitoterápicos constantes do Anexo I da Rename

Nome popular	Nome científico	Indicação
Espinheira-santa	<i>Maytenus ilicifolia</i>	Auxilia no tratamento de gastrite e úlcera duodenal e sintomas de dispepsias
Guaco	<i>Mikania glomerata</i>	Apresenta ação expectorante e broncodilatadora
Alcachofra	<i>Cynara scolymus</i>	Tratamento dos sintomas de dispepsia funcional (síndrome do desconforto pós-prandial) e de hipercolesterolemia leve a moderada
Aroeira	<i>Schinus terebenthifolius</i>	Apresenta ação cicatrizante, anti-inflamatória e antisséptica tópica, para uso ginecológico
Cáscara-sagrada	<i>Rhamnus purshiana</i>	Auxilia nos casos de obstipação intestinal eventual
Garra-do-diabo	<i>Harpagophytum procumbens</i>	Tratamento da dor lombar baixa aguda e como coadjuvante nos casos de osteoartrite. Apresenta ação anti-inflamatória
Isoflavona de soja	<i>Glycine max</i>	Auxilia no alívio dos sintomas do climatério
Unha-de-gato	<i>Uncaria tomentosa</i>	Auxilia nos casos de artrites e osteoartrite. Apresenta ação anti-inflamatória e imunomoduladora
Hortelã	<i>Mentha x piperita</i>	Tratamento da síndrome do cólon irritável Apresenta ação antiflatulenta e antiespasmódica
Babosa	<i>Aloe vera</i>	Tratamento tópico de queimaduras de 1º e 2º grau e como coadjuvante nos casos de Psoríase vulgaris
Salgueiro	<i>Salix alba</i>	Tratamento de dor lombar baixa aguda Apresenta ação anti-inflamatória
Plantago	<i>Plantago ovata Forssk</i>	Auxilia nos casos de obstipação intestinal habitual Tratamento da síndrome do cólon irritável

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde²³.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

- » O Ministério da Saúde também realiza o financiamento e a aquisição centralizada de medicamentos para Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde:
 - para o tratamento de diabetes mellitus: insulina humana NPH 100 UI/mL e insulina humana regular 100 UI/mL;
 - do Programa Saúde da Mulher: contraceptivos (acetato de medroxiprogesterona 150 mg/ml – injetável trimestral; enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg – injetável mensal; etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg – pílula combinada, levonorgestrel 0,75 mg – pílula de emergência e noretisterona 0,35 mg – minipílula), diafragma e dispositivo intrauterino de cobre^{22,27}.
- » O responsável pela distribuição dos medicamentos e insumos adquiridos pelo Ministério da Saúde aos municípios pode ser o próprio ministério ou as Secretarias Estaduais de Saúde, dependendo do item e do porte do município²⁷.
- » O acesso aos medicamentos e insumos se dá em farmácias e dispensários públicos municipais e cada município pode definir quais documentos serão exigidos para o fornecimento destes medicamentos²⁷.

As regras de financiamento e execução do CBAF são apresentadas de forma resumida no Quadro 10 a seguir.

Quadro 10. Financiamento e execução do CBAF

Elenco	Como se dá o financiamento?	Quem realiza a aquisição?	Quem realiza a distribuição aos municípios?	Onde ocorre a oferta?
<ul style="list-style-type: none"> • Medicamentos (Anexo I da Rename) • Insumos Farmacêuticos (Anexo IV da Rename) • Insumos para manipulação de medicamentos homeopáticos e fitoterápicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Ministério da Saúde: repasse fundo a fundo de no mínimo R\$ 5,58/hab./ano • Secretaria de Estado da Saúde: repasse fundo a fundo de no mínimo R\$ 2,36/hab./ano • Secretaria Municipal de Saúde: aplicação mínima de R\$ 2,36/hab./ano • O Distrito Federal deve aplicar, no mínimo, a soma dos valores definidos para estados e municípios 	Secretaria Municipal de Saúde (*)	—	<p>Pela Secretaria Municipal de Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em farmácias e dispensários integrados às UBS ou em farmácias públicas municipais não integradas fisicamente às UBS
<p>Programa Saúde da Mulher</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contraceptivos (Anexo I da Rename) • Dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma (Anexo IV da Rename) 	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	<p>Ministério da Saúde: ao Distrito Federal, às capitais dos estados e aos municípios com mais de 500 mil habitantes</p> <p>Secretaria de Estado da Saúde: aos municípios com menos de 500 mil habitantes</p>	<p>Pela Secretaria Municipal de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em farmácias e dispensários integrados às UBS ou em farmácias públicas municipais não integradas fisicamente às UBS • A inserção de DIU de cobre também pode ser realizada nos estabelecimentos hospitalares de saúde públicos e rede conveniada ao SUS com serviço de obstetrícia, imediatamente no pós-parto e pós-aborto
Insulina humana NPH e regular	Ministério da Saúde	Ministério da Saúde	Secretaria de Estado da Saúde	<p>Pela Secretaria Municipal de Saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em farmácias e dispensários integrados às UBS ou em farmácias públicas municipais não integradas fisicamente às UBS

(*) Como pequenos municípios podem ter dificuldade em adquirir medicamentos, em alguns estados é acordada a aquisição de medicamentos do CBAF pela Secretaria Estadual de Saúde para distribuição aos municípios, utilizando uma parcela das contrapartidas federais e estaduais.

Fonte: Elaborado a partir de dados do Ministério da Saúde^{26,27}.

Você conhece os resultados do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) do seu município?

O PMAQ-AB foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.654, de 19 de julho de 2011 e tem o objetivo de induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e local³³.

O programa está organizado em quatro fases, que conformam um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde: adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização. Os detalhes podem ser consultados no manual instrutivo do [PMAQ-AB](#)  ³⁵.

Em linhas gerais, a ferramenta serve para avaliação de desempenho das equipes de atenção básica dos municípios e os resultados para qualificar a atenção que se presta a nossa população. Entre 2016 e 2018 foi realizado o 3º ciclo de avaliação externa do PMAQ e os relatórios foram disponibilizados na página do Ministério da Saúde – [e-GestorAB](#)  ³⁵.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A assistência farmacêutica municipal também é avaliada pelo PMAQ-AB.

Vamos ver alguns resultados deste último ciclo?

De acordo com o Portal e-Gestor AB³⁵:

- » 30.346 equipes de atenção básica, das cinco regiões do país, foram avaliadas;
- » foram identificadas 11.779 unidades básicas de saúde que realizavam a dispensação de medicamentos. Destas, 4.760 (40%) disponibilizavam plantas medicinais ou fitoterápicos e apenas 479 (4%) dispensavam medicamentos homeopáticos. Os medicamentos controlados, por sua vez, eram dispensados em 5.214 (44%) unidades.

Que tal avaliar a situação de seu município?

»» Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)

O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica destina-se ao financiamento de medicamentos indicados ao tratamento de agravos específicos, associados a um perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis, como:

- » controle de endemias, tais como tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- » antirretrovirais do programa DST/aids;
- » tratamento do tabagismo (dependência de nicotina);
- » doenças do sangue e imunobiológicos (Programa Nacional de Imunização, por exemplo);
- » alimentação e nutrição (suplementação alimentar)^{22,26}.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Importante!

A maioria dos medicamentos do CESAF é indicada para doenças de notificação compulsória, como o HIV/aids e a tuberculose³⁶.



O que é a notificação compulsória?

A notificação compulsória é a comunicação obrigatória à autoridade de saúde (Vigilância Epidemiológica Municipal), realizada pelos médicos, profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública específicos³⁶.

Quais doenças devem ser notificadas?

A lista nacional de notificação compulsória consta na Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017³⁶.

Como notificar?

Os formulários para notificação pelos médicos, outros profissionais de saúde ou responsáveis pelos serviços públicos e privados de saúde, que prestam assistência ao paciente, estão disponíveis no [site do Ministério da Saúde](#) 

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

- » As normas de financiamento do CESAF constam na Portaria de Consolidação nº 6/2017²⁶;
- » O elenco de medicamentos e insumos é apresentado nos Anexos II e IV da Rename²⁰;
- » Os medicamentos e insumos adquiridos pelo Ministério da Saúde são entregues aos almoxarifados das Secretarias Estaduais de Saúde, que realizam a distribuição aos municípios²²;
- » O acesso aos medicamentos e insumos se dá em farmácias e dispensários públicos municipais, mas, também, em unidades dispensação de hospitais e serviços especializados, devido à diversidade de indicações.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui temSUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Os principais aspectos da operacionalização do CESAF estão sintetizados no Quadro 11, a seguir.

Quadro 11. Financiamento e execução do CESAF

Elenco	Quem realiza o financiamento e a aquisição?	Quem realiza a distribuição aos municípios?	Onde ocorre a oferta e/ou administração?	
			Indicação	Responsável e local
Medicamentos Anexo II da Rename Insumos farmacêuticos Anexo IV da Rename	Ministério da Saúde	Secretaria de Estado da Saúde	Tuberculose, hanseníase, malária, leishmanioses, doença de chagas, cólera, esquistossomose, filariose, meningite, micoses sistêmicas, tracoma, influenza, doença falciforme, combate ao tabagismo, suplementação de vitamina A em crianças	Pela Secretaria Municipal de Saúde: <ul style="list-style-type: none"> Em farmácias e dispensários integrados às UBS ou em farmácias públicas municipais não integradas fisicamente às UBS
			HIV/aids	Pela Secretaria Municipal de Saúde: <ul style="list-style-type: none"> Em unidades dispensadoras de medicamentos integradas às UBS ou não integradas fisicamente às UBS Em alguns casos, em unidades dispensadoras de serviços de outros níveis de complexidade, como os hospitais ou centros de especialidades
			Hemoderivados e pró-coagulantes para doenças hematológicas	Pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde: <ul style="list-style-type: none"> Em hemocentros e hemonúcleos
			Soros e imunoglobulinas para picadas de animais peçonhentos	Em hospitais de referência
			Vacinas	Pela Secretaria Municipal de Saúde: <ul style="list-style-type: none"> Em UBS Em alguns casos, a administração é realizada em outros locais, como os hospitais públicos ou centros de especialidades

Fonte: Elaborado a partir de dados do Ministério da Saúde^{22,26}.

Quer saber mais?

Veja o [vídeo do CESAF](#)  divulgado pelo Ministério da Saúde.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Pesquise e reflita!

Você conhece o fluxo de oferta dos medicamentos estratégicos em seu município?



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

»» Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)

O CEAF é uma estratégia de acesso a medicamentos em âmbito ambulatorial no SUS, que visa a integralidade do tratamento medicamentoso de doenças cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde²⁷.

As linhas de cuidado definem as ações (prevenção, promoção, tratamento e recuperação à saúde) que devem ser desenvolvidas nos diferentes pontos de atenção à saúde de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio²⁷. Para recordar sobre a organização das redes de atenção à saúde no SUS, retorne às *Aulas 1 e 2*. E na seção *Concepções e dimensões do acesso a medicamentos* desta aula vimos o que são os PCDT.

Assim, este componente engloba medicamentos e produtos nutricionais (as fórmulas alimentares para fenilcetonúria) de uso ambulatorial para o tratamento de doenças que requerem atenção continuada, em diferentes níveis de atenção à saúde, durante seu curso²⁸. **Os PCDT são as ferramentas que caracterizam as linhas de cuidado quanto às diversas possibilidades de tratamento, nas diferentes fases evolutivas das doenças**^{27,28}.

Vejamos um exemplo no Quadro 12, de acordo com a Portaria Conjunta nº 8/2019.

Quadro 12. Opções de tratamento do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Dislipidemia)

Tratamento não medicamentoso

- Terapia nutricional: redução da ingestão de gordura e/ou restrição de carboidratos
- Exercícios físicos: exercícios leves a moderados de três a seis vezes por semana
- Tratamento do tabagismo

Tratamento com medicamentos

- Estatinas: sinvastatina, atorvastatina cálcica, fluvastatina, lovastatina, pravastatina sódica
- Fibratos: bezafibrato, ciprofibrato, etofibrato, fenofibrato, genfibrozila: comprimidos de 600 mg e 900 mg
- Ácido nicotínico

Fonte: Elaborado a partir de dados do Ministério da Saúde³⁷.

Além da dislipidemia, outras doenças como asma, esquizofrenia, glaucoma, doença de Alzheimer, doença de Parkinson, doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência renal crônica e os medicamentos para transplantes estão contemplados no CEAF.

Saiba mais

Consulte a lista completa de doenças no Portal do Ministério da Saúde: [Portal do Ministério da Saúde](#).



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

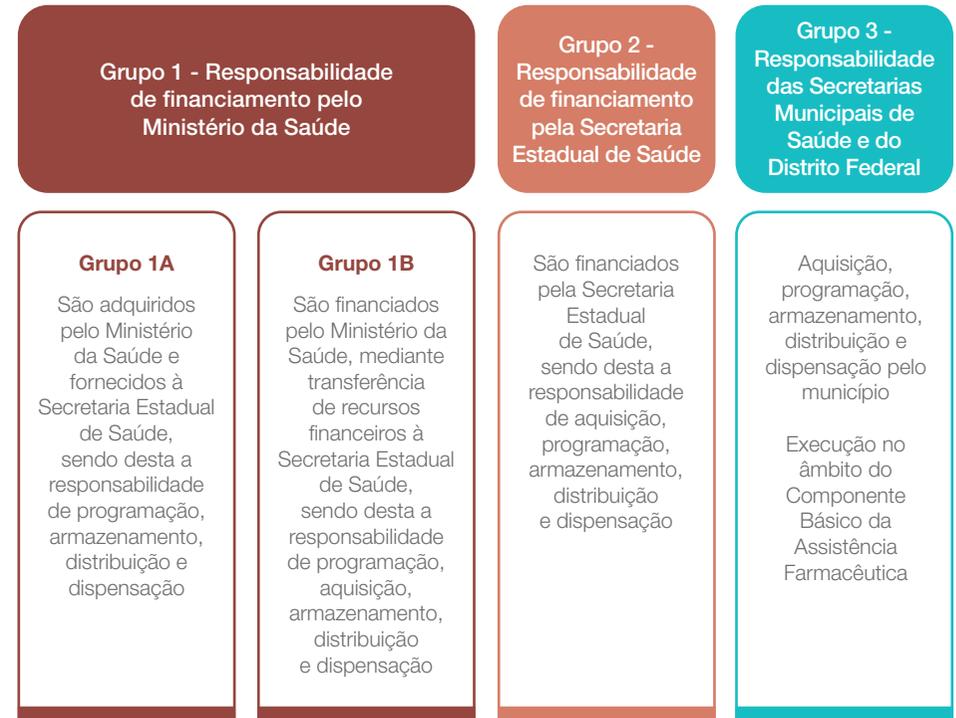
Importante!

- » O financiamento e a execução do CEAF foram normatizados pelas Portarias nº 1554, de 30 de julho de 2013 e nº 1.996, de 11 de setembro de 2013. Essas regras foram incorporadas às Portarias de Consolidação atualmente vigentes:
 - ANEXO XXVIII, Título IV da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2019²⁷;
 - Título V, da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2019²⁶.
- » O Anexo III da Rename apresenta o elenco do CEAF²². Os medicamentos e produtos nutricionais padronizados são divididos em grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas²⁷.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Figura 15. Grupos de medicamentos e outros produtos do CEAF



Fonte: Elaborada a partir de dados do Ministério da Saúde²⁷.

Você sabia?

Antigamente, os medicamentos do CEAF eram conhecidos como “medicamentos excepcionais”, ou popularmente como de “alto custo”, apesar de nem todos os medicamentos do elenco terem um custo elevado.

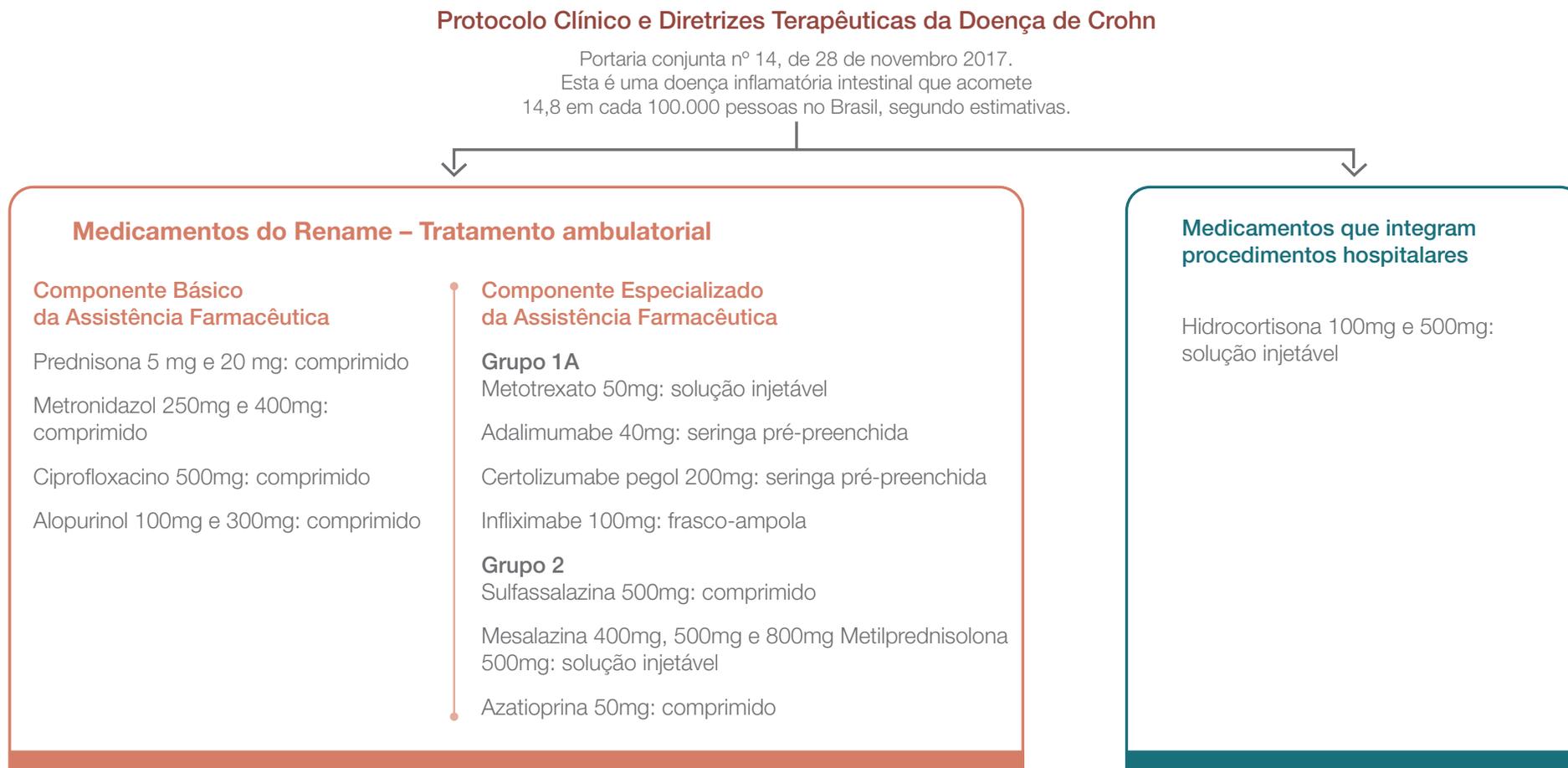


Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Veja na Figura 16, a seguir, a composição do PCDT para Doença de Chron³⁸.

É importante destacar que nos PCDT, além dos medicamentos da Rename, constam também procedimentos que envolvem o uso de medicamentos e que são financiados pela Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde²⁸.

Figura 16. Medicamentos do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Chron



Fonte: Elaborada a partir de dados do Ministério da Saúde^{22,27,38}.

De acordo com a Portaria de Consolidação nº 02/2017 do Ministério da Saúde²⁷, o acesso aos medicamentos do CEAF é realizado a partir das seguintes etapas:

01.

- **Solicitação:** corresponde ao pleito por medicamentos, pelo paciente ou seu responsável, para início do tratamento.
- **Renovação da continuidade do tratamento:** corresponde ao pleito pela continuidade do tratamento, pelo paciente ou seu responsável, com periodicidade trimestral.

02.

- **Avaliação:** corresponde à análise técnica, de caráter documental, da solicitação e da renovação da continuidade de tratamento.

03.

- **Autorização:** corresponde ao parecer de caráter administrativo que aprova ou não o procedimento referente à solicitação ou renovação da continuidade do tratamento previamente avaliada.

04.

- **Dispensação:** consiste no ato de fornecer medicamento(s) previamente autorizado(s).

Importante!



Os medicamentos do Grupo 1 e 2 do CEAF constam da tabela do SUS (Grupo 6 e Subgrupo 4). Assim, devem ser geradas Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade (APAC) para dispensação desses medicamentos. O período de vigência da APAC é de no máximo três competências (três meses). Por essa razão, há necessidade de renovação da continuidade do tratamento com medicamentos do CEAF²⁸.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Curiosidade



Você sabia que pode acompanhar o faturamento das APAC do CEAF referentes aos pacientes de seu município pelo tabulador do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS³⁹?

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Veja um exemplo:

- 1 - Acesse o Portal Informações em Saúde - TABNET pelo o endereço eletrônico “http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02”
- 2 - Selecione a informação “Assistência à Saúde” e em seguida “Produção Ambulatorial (SIA/SUS)”
- 3 - Selecione o filtro “Por local de atendimento – a partir de 2008” e abrangência geográfica de interesse (Brasil ou seu estado)
- 4 - Para elaboração do relatório escolha: em linha – “município”, em coluna “ano/mês atendimento”, em conteúdo “Qtd. Apresentada (correspondente as unidades farmacêuticas dispensadas no mês)”
- 5 - Selecione o período de interesse
- 6 - Em seleções disponíveis escolha – procedimento “nome do medicamento”
- 7 - Clique em “mostra”.

Aparecerá um relatório como este:

Qtd. aprovada por Subgrupo proced. segundo Município
Procedimento: XXXXXXXXXX DESCRIÇÃO DO MEDICAMENTO
Grupo procedimento: 06 Medicamentos
Subgrupo proced.: 0604 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
Período: mês/ano-mês/ano

Município	Mês (...)	Total
Nome do município	Referente a quantidade dispensada no mês	Referente a soma das quantidades de todos os meses

Fonte: adaptado de Ministério da Saúde³⁹.

Exercite!



Tente extrair um relatório semelhante para seu município, para o medicamento 0604360010 ATORVASTATINA 10 MG (POR COMPRIMIDO).

Qual foi a sua conclusão? Consegue imaginar em que situações esse dado poderia ser utilizado?

Guarde essa informação para a *Aula 15*, do *Módulo 4**, quando trataremos dos estudos de utilização de medicamentos como ferramenta para o planejamento do cuidado.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

*Nota do editor: Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 1* de curso homônimo oferecido pelo projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 4* podem ser acessadas no vol. 4 desta mesma coleção, *Os serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde*.

No que se refere à descentralização da assistência farmacêutica, podem existir dois modelos de operacionalização do CEAF nos estados, conforme apresentado a seguir no Quadro 13.

Quadro 13. Modelos de operacionalização do CEAF

Modelo centralizado	Modelo descentralizado (mediante pactuação entre o estado e o município, na Comissão Intergestores Bipartite)
<ul style="list-style-type: none"> • O atendimento do paciente é realizado em farmácias estaduais do SUS • A Secretaria Estadual de Saúde realiza todas as etapas de execução do CEAF (solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento) 	<ul style="list-style-type: none"> • O atendimento do paciente é realizado em farmácias municipais do SUS ou em serviços de referência, com: <ul style="list-style-type: none"> - solicitação/renovação da continuidade do tratamento - dispensação dos medicamentos • A Secretaria Estadual de Saúde realiza apenas a avaliação e a autorização da dispensação dos medicamentos

Fonte: Elaborado a partir de dados do Ministério da Saúde²⁷.

Em relação aos documentos necessários para ter acesso aos medicamentos do CEAF²⁷:

1 - Para solicitação de medicamentos (início de tratamento) exige-se:

- » Cópia do Cartão Nacional de Saúde (CNS), do documento de identidade e do comprovante de residência;
- » Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos do CEAF (LME para solicitação de medicamentos);
- » Prescrição médica;
- » Documentos exigidos nos PCDT, conforme a doença e o medicamento solicitado.

2 - Para renovação da continuidade do tratamento são exigidos:

- » Laudo de solicitação, avaliação e autorização de medicamentos do CEAF (LME para solicitação de medicamentos);
- » Prescrição médica;
- » Documentos exigidos nos PCDT para monitoramento do tratamento.

Saiba mais!

O LME é um documento oficial utilizado como instrumento para realização das etapas de execução do CEAF²⁷.



- » O LME para solicitação de medicamentos está disponível no [portal do Ministério da Saúde](#).
- » Esse documento pode ser impresso ou preenchido de forma eletrônica pelo médico responsável pelo atendimento do paciente.
- » Para cada doença, definida de acordo com a CID-10, haverá a necessidade de preenchimento de um LME²⁷.
- » O LME terá 60 dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico²⁷.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Os PCDT podem ser consultados no site da [Conitec](#)²⁵. Entretanto, ressalta-se que as Secretarias Estaduais de Saúde, habitualmente, divulgam a lista de documentos exigidos para solicitação e renovação da continuidade de tratamento conforme a doença e o medicamento solicitado, a partir da interpretação dos PCDT. É importante que você conheça as informações para realizar a orientação aos usuários de medicamentos do seu município.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Pesquisa e reflita!

1. Qual o modelo de operacionalização do CEAF no seu município: centralizado ou descentralizado?

Identifique os locais em que os pacientes podem ter acesso aos medicamentos em seu município ou na região de seu município.

2. Quais documentos são exigidos nos PCDT para solicitação e renovação da continuidade do tratamento?

Consulte a Secretaria Estadual de Saúde para obter essas informações.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

»» Programa Farmácia Popular do Brasil

Como vimos na *Aula 2*, uma outra forma de acesso à assistência farmacêutica é o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB), em que medicamentos e fraldas são dispensados em farmácias comerciais credenciadas no Ministério da Saúde⁴⁰, conforme detalhado no Quadro 14.

Quadro 14. Programa Farmácia Popular do Brasil

Modalidade do Programa Farmácia Popular do Brasil	Elenco dispensado	Forma de organização
Aqui tem Farmácia Popular	Medicamentos para dislipidemia, doença de Parkinson, osteoporose, rinite, glaucoma, anticoncepcionais e fraldas	Sistema de copagamento (até 90% de desconto)
Saúde não tem preço	Medicamentos para hipertensão, diabetes e asma	Oferta gratuita

Fonte: elaborado a partir de dados do Ministério da Saúde⁴⁰.

Para ter acesso aos medicamentos pelo PFPB, o cidadão deve apresentar:

- » documento oficial com foto e o número do CPF ou documento de identidade que conste o número do CPF;
- » receita médica válida – 180 dias a partir da sua emissão para todos os medicamentos, com exceção dos anticoncepcionais, cuja validade é de 365 dias⁴⁰.

A relação de medicamentos ofertados e lista de estabelecimentos comerciais credenciados, consta no [portal do Ministério da Saúde](#)⁸.

Navegue pelo portal e consulte os estabelecimentos comerciais credenciados em seu município.

»» Medicamentos utilizados em procedimentos domiciliares, ambulatoriais e hospitalares

Em relação aos procedimentos domiciliares, ambulatoriais e hospitalares, a administração de medicamentos integra o pacote de serviços ofertados aos usuários do SUS, os quais são financiados pelo Ministério da Saúde no contexto da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, com base em valores estabelecidos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS (SIGTAP)^{41,42}, conforme consta no Quadro 15.

Quadro 15. Composição dos valores na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS

Tipo de procedimento	Pacote de serviços considerado no valor do procedimento
Hospitalar	<p>Serviços hospitalares: correspondem à fração do valor relacionado a custos hospitalares (diárias, taxas de salas, alimentação, higiene, pessoal de apoio ao paciente no leito, materiais, medicamentos e serviços de apoio diagnóstico e terapêutica)</p> <p>Serviço profissional: corresponde à fração dos atos profissionais (médicos e cirurgiões dentistas)</p>
Ambulatorial e domiciliar	<p>Serviço ambulatorial: taxa de permanência ambulatorial, serviços profissionais, materiais e medicamentos (exceto os do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica)</p>

Fonte: elaborado a partir de dados do Ministério da Saúde⁴².

No Anexo V da Rename estão relacionados apenas 30 fármacos que possuem descrição nominal na SIGTAP e integram os procedimentos financiados por Autorização de Internação Hospitalar (AIH) ou por Autorização de Procedimento Ambulatorial de Alta Complexidade (APAC).

Dessa forma, na grande maioria dos casos, os procedimentos não fazem referência a medicamentos e a seleção e aquisição dos medicamentos que serão ofertados nos serviços de saúde são realizadas localmente²².

Como exemplo temos os medicamentos para o tratamento do câncer. O câncer é a segunda maior causa de mortalidade por doença no Brasil³⁹. Além disso, exige diagnóstico precoce, tratamentos prolongados e acompanhamento adequado, devido à possibilidade de recorrência²⁷. As ações de combate ao câncer envolvem desde ações preventivas, associadas à atenção básica, até exames e tratamentos, relacionados à assistência de alta complexidade, como cirurgias, quimioterapia e radioterapia. Assim, para atender as necessidades de saúde na área de oncologia, faz-se necessária a organização de uma Rede de Atenção Oncológica²⁷.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Diferentemente dos medicamentos da Rename que tratamos anteriormente nesta aula, o financiamento de medicamentos oncológicos não se dá por meio dos Componentes da Assistência Farmacêutica. Com exceção de um pequeno rol de medicamentos adquiridos de forma centralizada pelo Ministério da Saúde (vide box a seguir), o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde não disponibilizam medicamentos para o tratamento do câncer diretamente aos pacientes^{22,43}. Então, como se dá o acesso aos medicamentos nesta situação?

Medicamentos de aquisição centralizada pelo ministério da saúde

1. Medicamento do CESAF: talidomida para a quimioterapia do mieloma múltiplo e zidovudina para leucemia/linfoma associado ao vírus HTLV-1, vide seção *Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF)* desta aula;
2. Outros medicamentos, distribuídos via Secretarias Estaduais de Saúde:
 - » mesilato de imatinibe para a quimioterapia do tumor do estroma gastrointestinal (GIST), da leucemia mielóide crônica e da leucemia linfoblástica aguda cromossoma Philadelphia positivo;
 - » mesilato de imatinibe, dasatinibe e nilotinibe para leucemia mielóide crônica do adulto;
 - » trastuzumabe para a quimioterapia do carcinoma de mama;
 - » rituximabe para linfoma difuso de grandes células B e linfoma folicular⁴³.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Os medicamentos oncológicos integram procedimentos específicos de assistência oncológica na tabela do SUS, financiados pelo Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, no âmbito da Média e Alta Complexidade (MAC)²⁶.

As modalidades terapêuticas do câncer variam conforme o estágio em que se encontra:

- » se localizado e restrito ao órgão de origem – estágio I ou estágio II sem invasão linfática;
- » se já extensivo à primeira cadeia de drenagem linfática – estágio II com invasão linfática ou estágio III; ou
- » se disseminado (estágio IV, metastático) ou recidivado local, regional ou com metástase⁴⁴.

Ainda, dependendo do tipo histopatológico e do estágio tumorais, são estabelecidos o objetivo e os meios terapêuticos (cirúrgico, radioterápico ou quimioterápico) e as suas finalidades (curativa ou paliativa), inclusive os de suporte e cuidados paliativos⁴⁴.

Portanto, para o tratamento do câncer, é necessária a “assistência oncológica” e não simplesmente a “assistência farmacêutica”, uma vez que, inclusive, se incluem em diferentes pactuações e rubricas orçamentárias^{26,41,44}.

Os procedimentos quimioterápicos da tabela do SUS não fazem referência a medicamentos, assim, os hospitais do SUS habilitados em oncologia são os responsáveis pelos medicamentos oncológicos que eles, livremente, padronizam, adquirem e fornecem, e devem codificar e registrar conforme o respectivo procedimento da Tabela do SUS⁴³.

Nesse sentido, o acesso aos medicamentos oncológicos se dá nos serviços de saúde habilitados (Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON e Centros de Assistência Especializada em Oncologia – CACON). É importante destacar que a inserção de pacientes nesses serviços é mediada pela área de regulação assistencial do município ou estado^{27,43}.

Pesquise e reflita!



Você sabe como se dá o encaminhamento de pacientes à Rede de Atenção Oncológica de Alta Complexidade?

Procure o gestor municipal de regulação e mapeie, com o apoio dele, como esse processo acontece, para que possa orientar adequadamente os pacientes na farmácia municipal.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Qualificação do acesso a medicamentos: uma ferramenta para enfrentamento da judicialização em saúde

A propositura de ações judiciais relacionadas ao direito à saúde, contra os poderes públicos, tornou-se um dos maiores desafios para gestores de saúde na atualidade, inclusive no campo da assistência farmacêutica. Nos últimos anos, houve um aumento quase exponencial do número de ações judiciais e dos valores empregados no atendimento a essas demandas, o que tem sido discutido como o fenômeno da judicialização, atingindo simultaneamente a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios. Uma parcela importante das ações judiciais contra o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde reivindica o acesso a medicamentos⁴⁵.

Os estudos sobre a judicialização em saúde têm analisado tanto as características das demandas quanto dos medicamentos judicializados. Também tem analisado a evolução do volume de gastos associados às demandas judiciais como forma de discutir seu impacto no planejamento e na execução das políticas públicas na área da saúde e/ou impacto nos princípios de universalidade e equidade do SUS⁴⁶⁻⁴⁹. Além desses aspectos, é importante compreender o impacto das aquisições de medicamentos de ações judiciais na despesa com saúde; se esse gasto público é sustentável; e seu potencial de interferir no acesso a medicamentos essenciais pela população⁵⁰. Entre os anos de 2008 e 2015, apenas os gastos da União com a oferta de medicamentos devido a ações judiciais passaram de 70 milhões a 1 bilhão de reais⁵¹. Em âmbito estadual, dados da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, por exemplo, demonstram que a judicialização correspondeu a 25% das despesas totais liquidadas com medicamentos em 2018, concorrendo por recursos originalmente destinados à política de assistência farmacêutica e resultando em redução da participação percentual dos medicamentos das listas oficiais do Sistema Único de Saúde a cada ano⁴⁵.

Nos municípios a situação também é alarmante. Um estudo realizado no município de São Paulo evidenciou que o gasto com judicialização da saúde em 2011 foi o equivalente a 6% do que o município gastou com sua política de assistência farmacêutica e 10% do total gasto com fornecimento de medicamentos e material hospitalar, ambulatorial e odontológico. Além disso, cerca de 55% desse gasto foi destinado ao fornecimento de medicamentos de responsabilidade de estados ou da União, e por volta de 45% para tratamentos não contemplados pelo SUS⁵².

Esse cenário alerta para questões de custo e sustentabilidade das políticas públicas de saúde, mas, também, para a segurança do paciente⁴⁴, uma vez que nem todos os medicamentos atendem aos critérios de inclusão às relações de medicamentos essenciais, que trataremos na próxima aula e também na *Aula 9*, do *Módulo 3**.



Fonte: Imagem – Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Assim, concluímos esta aula lembrando que a qualificação do acesso aos medicamentos essenciais no SUS também é fundamental para minimizar a ocorrência das ações judiciais no município. É de extrema importância o monitoramento do número de pacientes e os valores gastos com medicamentos para os programas oficiais de assistência farmacêutica, que vimos no decorrer desta aula, versus os gastos decorrentes da judicialização. Algumas ferramentas nesse sentido serão tratadas nas *Aulas 6 e 10*, no *Módulo 3**.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 1* de curso homônimo oferecido projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 3* podem ser acessadas no *vol. 3* desta mesma coleção, *Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais: operacionalização e prática nos municípios*.

Síntese da Aula

Nesta aula, vimos o conceito e as dimensões do acesso a medicamentos, buscamos contextualizar como esse acesso se operacionaliza no Sistema Único de Saúde e discutir as principais pesquisas referentes ao tema.

Em síntese, abordamos a concepção de integralidade em assistência farmacêutica delimitada na Lei Orgânica da Saúde, a partir de sua alteração pela Lei nº 12.401/2011²⁴, que compreende:

1. Dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo:

- » com base nas relações de medicamentos instituídas pelo gestor federal do SUS;
- » no âmbito de cada estado e do Distrito Federal, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores estaduais do SUS;
- » no âmbito de cada município, de forma suplementar, com base nas relações de medicamentos instituídas pelos gestores municipais do SUS.

2. Oferta de procedimentos terapêuticos, em regime domiciliar, ambulatorial e hospitalar, constantes de tabelas elaboradas pelo gestor federal do SUS, realizados no território nacional por serviço próprio, conveniado ou contratado.

Esperamos que após esta jornada, você tenha mais subsídios para abordagem do acesso a medicamentos junto aos profissionais de saúde e usuários de medicamentos em seu município e que os pontos principais desta aula sejam aplicados no seu dia a dia na gestão.

Referências

1. Brasil, Ministério da Saúde. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 dez. 1973.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde e Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011.
3. Bermudez, JAZ. Acesso a medicamentos: impasse entre a saúde e o comércio! Cad. Saúde Pública 2017 [acesso em 16 out 2019];33(9):e00123117. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000900301.
4. Organização das Nações Unidas (ONU). Transformando Nosso Mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Nova York: ONU; 2015.
5. Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.
6. Brasil, Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990; Seção 1. p. 1-5.
7. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 maio 2004; Seção 1. p. 52-53.
8. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 nov. 1998; Seção 1. p. 18.

9. Machado RR, et al. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. Rev. Eletr. Enf. [Internet], 2009 [acesso em 20 nov. 2019];11(1):181-7. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/46918>.
10. Brasil. Resolução nº 4, de 19 de julho de 2012. Dispõe sobre a pactuação tripartite acerca das responsabilidades sanitárias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para fins da transição entre o Pacto pela Saúde e a sistemática do Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 jul. 2012, p. 54-64.
11. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2004 [acesso em 25 nov. 2019];20(Sup. 2):S190-S198. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014.
12. Bermudez JAZ, Luiza VL, Hartz ZMA.; Mosegui GBG, Oliveira MA, Cosendey MAE, Romero CNP. Avaliação do acesso aos medicamentos essenciais: modelo lógico e estudo piloto no estado do Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1999. (mimeo.).
13. Oliveira MA, Luiza VL, Tavares NUL, Mengue SS, Arrais PSD, Farias MR, et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2016 [acesso em 23 set. 2019];50(suppl 2):6s. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006161>.
14. Mengue SS, Bertoldi AD, Boing AC, NUL Tavares, da Silva Dal Pizzol T, Oliveira MA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. Rev Saude Publica. 2016;50(supl 2):4s.
15. Álvares J, Alves MCGP, Escuder MML, Almeida AM, Izidoro JB, Guerra Junior AA, et al. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos. Rev Saude Publica [Internet]. 2017 [acesso em 20 nov. 2019];51(Supl 2):4s. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007027>.
16. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care [Internet]. 1981;19(2):127-40. DOI:10.1097/00005650-198102000-00001
17. Luiza VL, Bermudez JAZ. Acesso a medicamentos: conceitos e polêmicas. In: Oliveira MA, Zepeda Bermudez JÁ, Esher A. Acceso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2004. p.45-67.
18. Álvares J, Guerra Junior AA, Araújo VE, Almeida AM, Dias CZ, Ascef BO, et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública [Internet]. 22 set. 2017 [acesso em 23 set. 2019];51(Supl 2):20s. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102017000300318&script=sci_arttext&tlng=pt.
19. Santos RI, Soares L. Saúde e cidadania. In: Santos RI, et al. Políticas de saúde e acesso a medicamentos. Florianópolis: Ed. da UFSC; 2016 [acesso em 25 nov. 2019]. p. 21-57. Disponível em: <https://efivest.com.br/wp-content/uploads/2019/03/ufsc1.pdf>.
20. Interfarma. Guia Interfarma 2019. São Paulo: Interfarma; 2019.
21. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos. 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 72 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

22. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2018 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [acesso em 21 nov. 2019]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/rename>.
23. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 jun. 2011 [acesso em 17 set. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm.
24. Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da União, 29 abr. 2011; Seção 1. p. 1.
25. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Protocolos e Diretrizes [Internet]. 7 mar. 2016 [atualizado em 7 out. 2019; acesso em 17 out. 2019]. Disponível em: <http://conitec.gov.br/index.php/protocolos-e-diretrizes>.
26. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial União, Brasília, DF, 3 out. 2017; Seção 1. p. 569. Supl. 190.
27. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017; Seção 1. p. 61. Supl. 190.
28. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Da excepcionalidade às linhas de cuidado: o componente especializado da assistência farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
29. CONASEMS, COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ, organizadores. Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano”. 2. ed. revisada, ampliada. Rio de Janeiro: CEPESQ; 2019. 424p
30. Brasil. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do Art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF; 16 jan. 2012.
31. Sancho LG, Carmo JM, Sancho RG, Bahia L. Rotatividade na força de trabalho da rede municipal de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais: um estudo de caso. Trab. Educ. Saúde, nov. 2011/fev. 2012;9(3):431-47.
32. Brasil, Ministério da Saúde. SUS oferece fitoterápicos como alternativa de tratamento [Internet]. 8 nov. 2012 [atualizado em 26 set. 2013; acesso em 17 set. 2019]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/31437-sus-oferece-fitoterapicos-como-alternativa-de-tratamento.html>.
33. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

34. Brasil, Ministério da Saúde. Manual Instrutivo PMAQ para as equipes de atenção básica (Saúde da Família, Saúde Bucal, Equipes Parametrizadas) e NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [acesso em 10 out. 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf.
35. Brasil, Ministério da Saúde. Portal E-GestorAB. [Internet] [acesso em 10 out. 2019] Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>.
36. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 4, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre os sistemas e os subsistemas do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial União, Brasília, DF, 28 set 2017.
37. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAS/MS nº 8, de 30 de julho de 2019. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dislipidemia: prevenção de eventos cardiovasculares e pancreatite. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 ago. 2019; Seção 1. p. 75.
38. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Conjunta nº 14, de 28 de novembro de 2017. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Doença de Chron. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 8 dez. 2017; Seção 1. p. 201.
39. DATASUS [Internet]. [acesso em 8 out. 2019]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>.
40. Brasil, Ministério da Saúde. Farmácia Popular [Internet]. [acesso em 13 set. 2019]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/farmacia-popular>.
41. Vieira FS. Assistência farmacêutica no Sistema Público de Saúde no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2017;27(2):149-56.
42. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 436, de 10 de setembro de 2010. Atualizar a composição e descrição dos atributos classificando-os em gerais e complementares da Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS, que caracterizam os procedimentos, na forma dos Anexos I e II desta Portaria. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2010; Seção 1. p. 43.
43. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAS/SCTIE nº 5, de 18 de abril de 2019. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 abr. 2019; Seção 1. p. 44.
44. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Orientações sobre tratamento quimioterápico no SUS [Internet]. [acesso em 5 nov. 2019]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/orientacao_ao_gestor/orientacao-sobre-tratamento-quimioterapico-no-sus/.
45. Simone ALM, Melo DO. Impacto econômico das ações judiciais para o fornecimento de medicamentos no Estado de São Paulo. Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit., jul./set., 2019;8(3):60-9.
46. Pepe VLE, Figueiredo TA, Simas L, Osorio-de-Castro CGS, Ventura M. A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica. Cien Saude Colet. 2010 Aug;15(5):2405-14.
47. Stamford A, Cavalcanti M. Legal decisions on access to medicines in Pernambuco, Northeastern Brazil. Rev Saude Publica. 2012 Oct;46(5):791-9.
48. Pandolfo M, Delduque MC, Amaral RG. Legal and sanitary aspects conditioning access to medicines in Brazilian courts. Rev Salud Publica (Bogota). 2012;14(2):340-9.
49. Biehl J, Amon JJ, Socal MP, Petryna A. Between the court and the clinic: lawsuits for medicines and the right to health in Brazil. Health Hum Rights. 2012 Jun 15;14(1):E36-52.

50. Medeiros AL. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. Responsabilidade compartilhada por União, Estado e Municípios. 2018. 260 p. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2018.
51. Brasil, Tribunal de Contas da União (TCU). Decisão 1787/2017. [Internet]. 2017 [Acesso em 2 ago. 2019]. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/aumentam-os-gastos-publicos-com-judicializacao-da-saude.htm>.
52. Wang DWL, Vasconcelos NP, Oliveira VE, Terrazas FV. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gasto público e organização federativa. Rev. Adm. Pública, set./out. 2014 [acesso em 16 out. 2019];48(5):1191-1206. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rap/v48n5/06.pdf>.

Autora

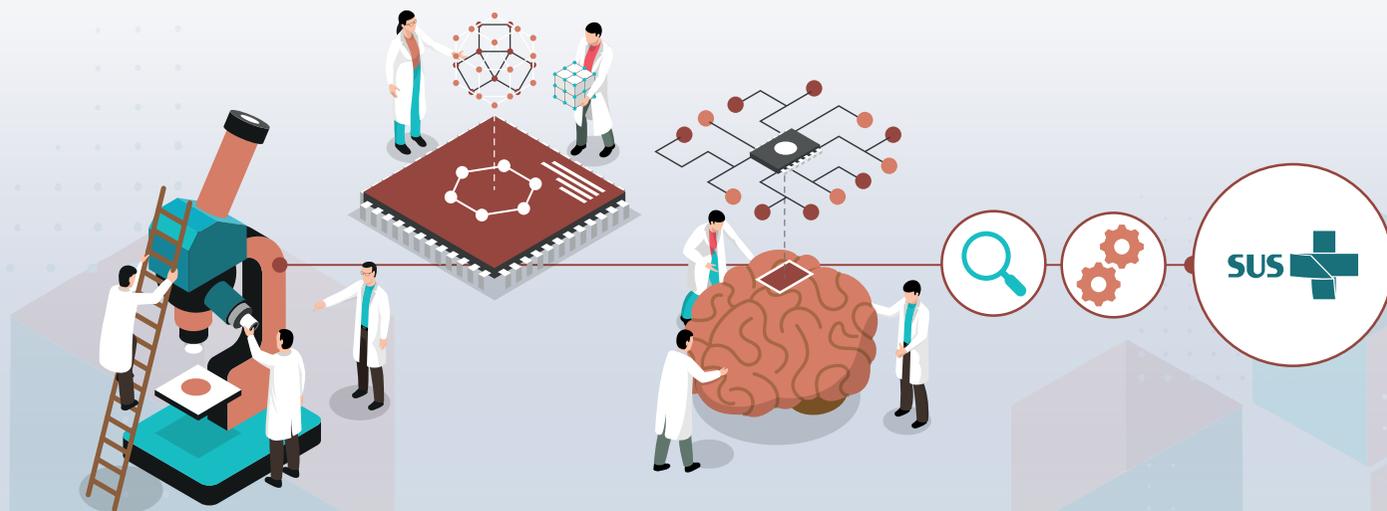
Adriane Lopes Medeiros Simone

Professora contratada da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP); agente técnico de assistência à saúde na Coordenadoria de Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Graduada em Farmácia pela Universidade de Mogi das Cruzes (UMC) em 2009. Doutora em Saúde Pública pela FSP/USP (2018), na área de Política, Gestão e Saúde e especialista em Farmácia Clínica e Hospitalar pela USP (2011). Realiza pesquisas relacionadas às políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica, vigilância sanitária de medicamentos e farmacoepidemiologia.



4

Aula



Avaliação e incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS

Autor: André Yoshikane Shoshima

Ementa da aula



Esta aula aborda o processo de avaliação e incorporação de tecnologias em saúde no SUS, as políticas informadas por evidências e as estratégias para a tomada de decisão em saúde.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Objetivo de aprendizagem



Compreender como ocorre o processo de avaliação e incorporação de tecnologias no SUS e entender a importância da política informada por evidências na tomada de decisão em saúde.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Introdução

Recentemente, foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde, para as farmácias da Atenção Básica do país, as canetas de Insulina NPH e Regular para o tratamento dos pacientes com Diabetes Mellitus tipo I.

- » Você sabe como esse medicamento se tornou disponível no SUS?
- » Quais fatores são importantes para decidir incorporar um medicamento no SUS?
- » Os medicamentos configuram a única tecnologia ofertada pelo SUS?

O processo de tomar decisões em saúde, à primeira vista, parece ser trivial, por ser corriqueiro. Entretanto, nem sempre pode ser considerado simples, uma vez que, por mais recorrente que possa parecer uma tomada de decisão, esta sempre implicará em ganhos e/ou perdas, o que muitas vezes não é uma tarefa previsível¹.

Como seria, então, a melhor maneira para embasar a tomada de decisão em saúde?



Fonte: Imagem - Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Durante séculos, as práticas em saúde foram baseadas em teorias improváveis, experiências individuais, ideologias e crenças populares. Bastava alguém dizer que determinada poção era boa para tratar ou prevenir alguma doença para que todos passassem a usá-la.

Reflexos desse empirismo resistiram com o passar do tempo: ainda tomamos o remédio que a vovó receitava, chás milagrosos indicados por terceiros e ainda nos deparamos com ações de marketing das propriedades “mágicas” da vitamina C.



Fonte: Imagem - Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Para tornar o processo de tomada de decisão ainda mais difícil, no último século, a quantidade de intervenções cresceu acentuadamente com equipamentos, novos medicamentos e procedimentos médicos. Esse aumento trouxe consigo alguns resultados melhores em saúde em áreas específicas², por outro lado, essas mudanças tecnológicas representaram a maior parte dos aumentos de custos com assistência médica ao longo do tempo³.



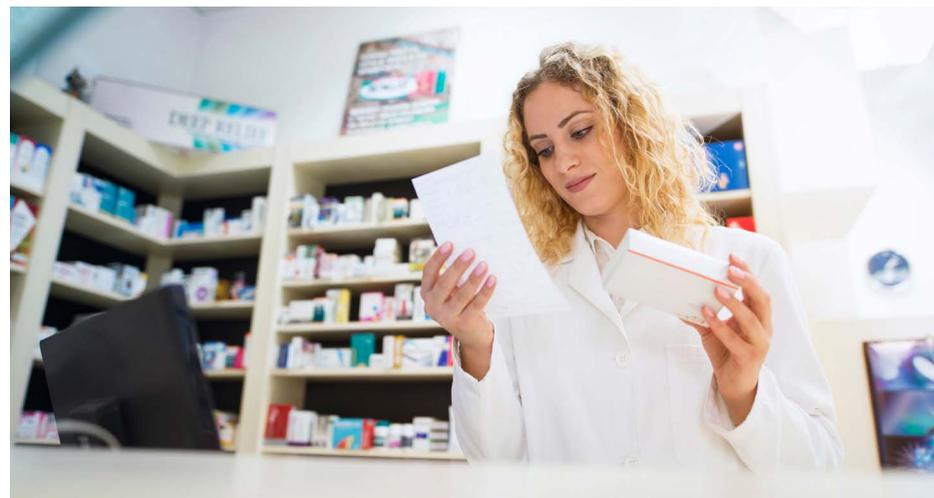
Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Os custos aumentaram drasticamente e a qualidade do cuidado em saúde não acompanhou tal crescimento. No tocante a problemas relacionados à qualidade do cuidado, há muitas manifestações. São necessárias melhores informações para identificar as intervenções médicas claramente benéficas para tipos específicos de pacientes, as intervenções menos efetivas e as que pouco agreguem benefício clínico ao usuário, mas aumentam os custos dos cuidados de saúde e podem até sujeitar alguns pacientes a riscos desnecessários⁴.

Numerosos procedimentos têm sido rotineiramente aplicados a grandes classes de pacientes, mesmo quando os benefícios desses procedimentos são incertos para todos os pacientes ou são conhecidos apenas para certos tipos de casos.

O monitoramento fetal eletrônico é um bom exemplo. Esse procedimento foi introduzido para uso em partos de alto risco no início dos anos 1970 e, com o tempo, passou a ser usado rotineiramente para partos normais. Avaliações científicas consideráveis mostraram que, além dos casos de alto risco, o monitoramento fetal eletrônico não é mais eficaz do que a abordagem padrão baseada no uso intermitente do estetoscópio⁵.

Dentro desse cenário, qual a melhor maneira para a tomada de decisão em saúde?



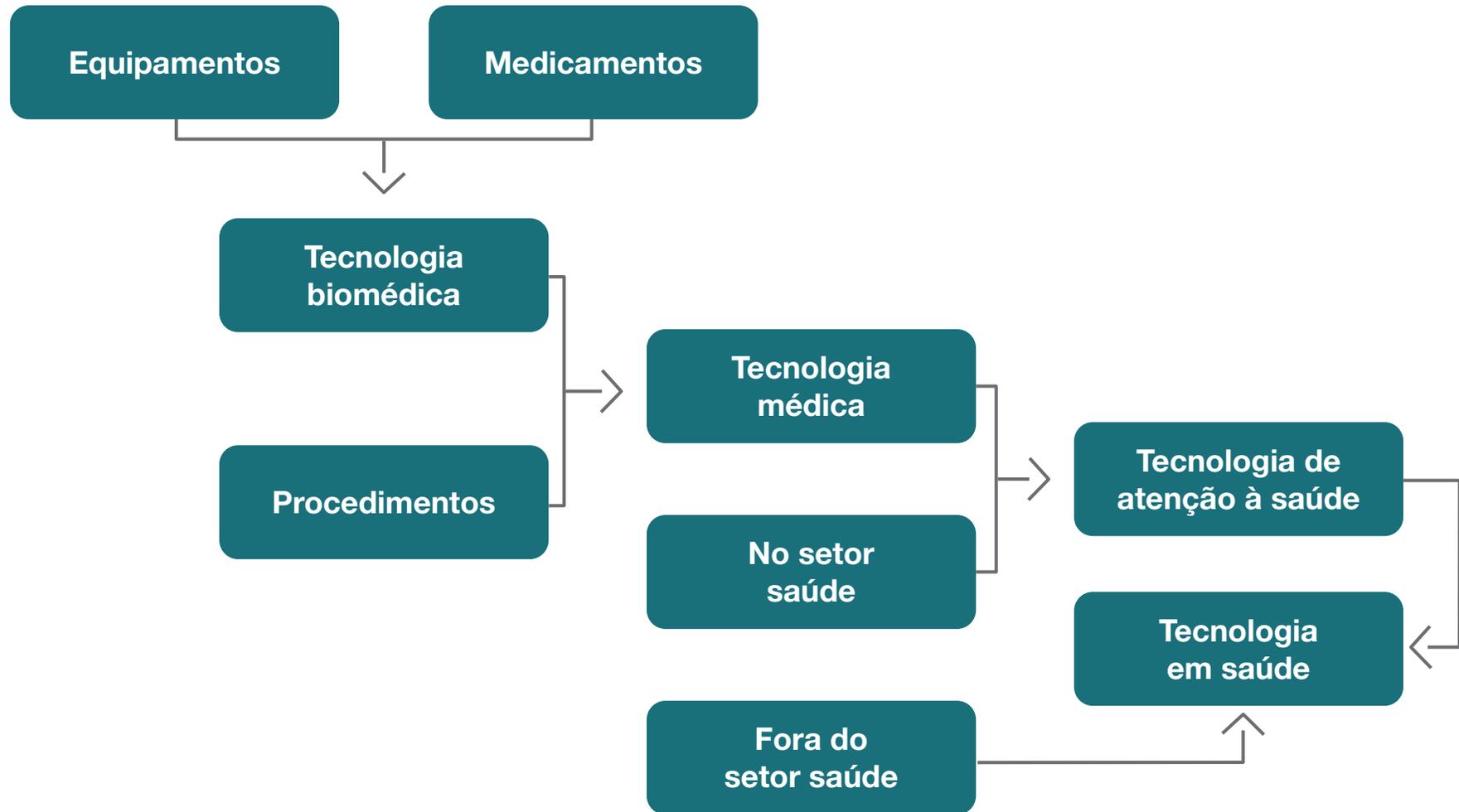
Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

A avaliação de tecnologias em saúde (ATS) surge nos países desenvolvidos em face dessa preocupação, com o objetivo de subsidiar as decisões políticas quanto ao impacto da tecnologia em saúde. Goodman resume a ATS como “[...] um campo multidisciplinar de análise de políticas, que estuda as implicações clínicas, sociais, éticas e econômicas do desenvolvimento, difusão e uso da tecnologia em saúde” (p. 9)⁶.

Tecnologias em saúde

Tecnologias em saúde são medicamentos, equipamentos, procedimentos e os sistemas organizacionais e de suporte por meio dos quais os cuidados com a saúde são oferecidos. Liaropoulos⁷ propôs uma hierarquia de tecnologias, apresentada na Figura 17.

Figura 17. Hierarquia de tecnologias em saúde



Fonte: Adaptada de Liaropoulos⁷.

As tecnologias biomédicas, que englobam medicamentos e equipamentos, são aquelas que interagem diretamente com o paciente. Os procedimentos médicos são outras tecnologias caracterizadas como técnicas essenciais para a qualidade da aplicação das tecnologias biomédicas. São exemplos de procedimentos médicos: anamnese, técnicas cirúrgicas, normas técnicas de utilização de aparelho médico. Já o conjunto dos procedimentos médicos e das tecnologias biomédicas constituem as tecnologias médicas.



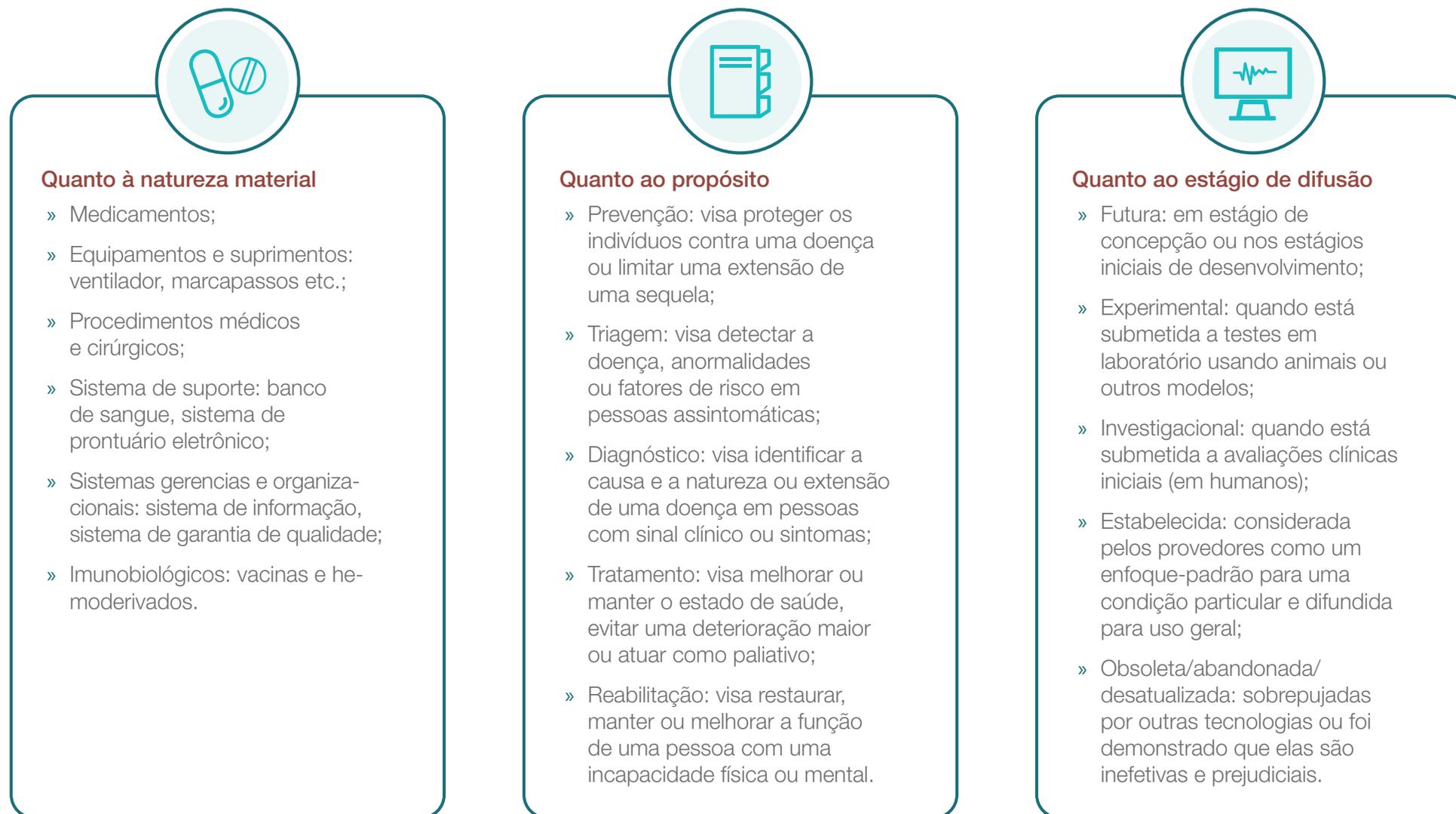
Fonte: Imagem - Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Os sistemas de suporte organizacional (sistema de informação, estrutura de apoio técnico e administrativo) juntamente com as tecnologias médicas compõem as tecnologias de atenção à saúde. Os sistemas de Suporte Organizacional podem estar localizados dentro do setor Saúde (hospitais, ambulatórios e secretarias de saúde) ou atuar fora do sistema de saúde (saneamento, controle ambiental, direitos trabalhistas). As Tecnologias de Atenção à Saúde associadas com esse Suporte Organizacional externo ao sistema, constituem as Tecnologias em Saúde (Figura 17).

As tecnologias também podem ser classificadas de acordo com a **natureza material**, o **propósito**, e o **estágio de difusão** (Figura 18) ou dentro do contexto do cuidado. Merhy et al.⁸ classifica as tecnologias em saúde em três tipos:

- » **Leves:** são aquelas relacionadas a relações, produção de vínculo, acolhimento e gestão dos serviços. Exemplo: acolhimento nos pontos de atenção, inclusive na farmácia;
- » **Leve-duras:** associadas aos saberes bem estruturados que operam nos processos de trabalho. Exemplo: consulta farmacêutica na Atenção Básica;
- » **Duras:** são as máquinas-ferramentas como medicamentos, normas e estruturas governamentais. Exemplos: medicamentos anti-hipertensivos, glicosímetros para aferir glicemia capilar.

Figura 18. Classificação das tecnologias em saúde, segundo Goodman



Fonte: Adaptada de Goodman⁶ e Imagem - Flaticon ©.

»» Ciclo de vida das tecnologias

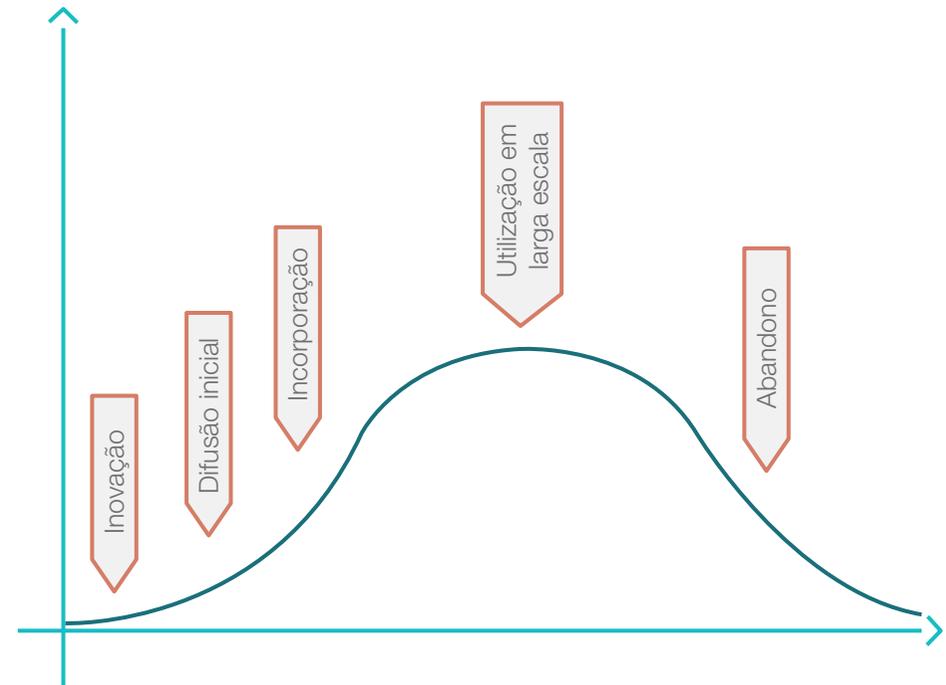
Usualmente o processo de inovação tecnológica acompanha o desenvolvimento das ciências biomédicas. A cada nova tecnologia, vários mecanismos relacionados entre si entram em movimento a partir do momento em que a tecnologia passa a ser utilizada e difundida. Num dado momento, esta tecnologia será abandonada por uma série de razões, completando seu ciclo de vida (Figura 19).

As etapas do ciclo de vida da tecnologia são:



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Figura 19. Ciclo de vida da tecnologia em saúde



Fonte: Adaptada de Banta, Behney e Willems⁹.

» Avaliação de Tecnologias em saúde

A Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) pode ser conceituada como um processo contínuo de avaliação que visa o estudo sistemático das consequências tanto a curto quanto a longo prazo da utilização de uma determinada tecnologia grupo ou tema relacionado à tecnologia¹⁰. O objetivo da ATS é prover informações para a tomada de decisão tanto política quanto clínica. As propriedades essenciais da ATS são a sua orientação para a tomada de decisão e o seu caráter multidisciplinar e abrangente^{6,11}.

Dado o seu amplo espectro de atuação, a ATS não se constitui em uma disciplina ou um campo. De fato, a ATS é um processo interdisciplinar sistemático com base em evidência científica e outros tipos de informação. Apesar de sua orientação política, a ATS precisa ser enraizada na ciência e no método científico. O processo de avaliação de tecnologias em saúde precisa ser realizado com integridade e os resultados precisam ser válidos¹².



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

»» Histórico

Após a Segunda Guerra Mundial os gastos em saúde começaram a crescer nos países desenvolvidos, reflexo do grande desenvolvimento tecnológico¹³. A difusão e a utilização de tecnologias sem a adequada avaliação tiveram, em muitos casos, consequências adversas graves e amplamente reconhecidas. Como exemplo, podemos citar os casos de malformação congênita por uso de talidomida durante a gravidez¹⁴.

Você sabia?



Beeson¹⁵ comparou as recomendações terapêuticas de um livro texto de 1927 com as de outro de 1975 e descobriu que 60% dos medicamentos recomendados em 1927 eram perigosos, duvidosos ou meramente sintomáticos e apenas 3% eram efetivos.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

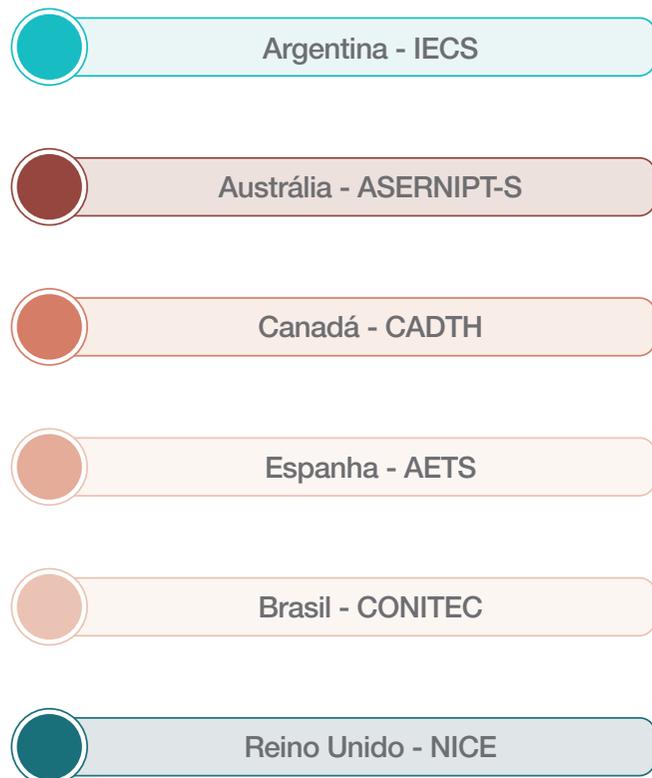
Archie Cochrane foi um dos maiores expoentes da ideia de que a seleção de intervenções tendo por base sua efetividade seria também um meio de obter eficiência na alocação dos escassos recursos para a saúde¹⁶.

Contudo, ainda existia um abismo entre a prática clínica e os resultados das melhores evidências científicas. Intervenções inapropriadas ainda eram utilizadas mesmo depois de terem sido demonstradas por estudos que eram inefetivas ou mesmo nocivas à saúde dos pacientes. Surge então o movimento da Medicina Baseada em Evidência, que busca sistematicamente transferir a evidência científica para a prática clínica.

Para o gestor que possui recursos limitados, identificar apenas as intervenções que beneficiem os usuários não estava auxiliando na decisão referente à alocação de recursos. A partir dessa problemática, economistas em saúde desenvolveram métodos sistemáticos de associar eficiência e efetividade, incluindo a variável custo no processo de decisão.

Atualmente, a ATS está estabelecida, embora ainda se encontre em evolução em diversos países, e são conduzidas por diversas entidades. A Figura 20 apresenta algumas dessas principais agências.

Figura 20. Principais agências de avaliação de tecnologia por país



Fonte: Adaptada de International Network Agencies for Health Technology Assessment¹⁷.

»» Nível de evidência

Para a tomada de decisão por evidência científica é necessário saber reconhecer publicações com maior rigor científico (estudos bem desenhados, bem conduzidos e com número significativo de pacientes)¹⁸.



Fonte: Imagem - Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Os níveis de evidência dos estudos para tratamento e prevenção são hierarquizados de acordo com a qualidade metodológica e risco de viés dos modelos, conforme definição a seguir:

Viés

Viés pode ser definido como um erro sistemático, pois trata-se de um processo que tende a produzir resultados que se desviam sistematicamente da verdade. Normalmente está associado às limitações metodológicas do tipo de estudo. Por exemplo: viés de seleção – ocorre quando os grupos de pacientes com os quais serão feitas as comparações se diferem quanto a fatores que influenciam o desfecho do estudo (idade, sexo, gravidade da doença).

No topo da pirâmide estão as revisões sistemáticas¹⁸, com ou sem meta-análise, enquanto em sua base estão a opinião de especialistas, conforme ilustra a Figura 21, e cujos principais tipos de estudos são descritos em detalhes a seguir.

Figura 21. Nível de evidência relacionada a qualidade metodológica



Fonte: Adaptada de Cook et al¹⁹.

- » **Opinião de especialistas** - A opinião de especialistas não é caracterizada formalmente como evidência, apenas é utilizada na escassez de outras fontes de informação de maior qualidade.
- » **Relato de caso** - Relato detalhado de um ou mais casos clínicos apresentando um evento clínico raro ou uma nova intervenção. Pode ajudar a elucidar os mecanismos da doença, quando bem detalhado.
- » **Série de casos** - Relato de série de casos clínicos (normalmente mais que dez) pode contribuir para o delineamento do problema clínico, mas tem limitações, principalmente por não possuir grupo de comparação. Pode ser prospectivo ou retrospectivo.

Estudo prospectivo e retrospectivo:

Nos estudos prospectivos, os indivíduos são seguidos da “causa” para o “efeito”, ou seja, para a frente acompanhando o processo a ser pesquisado neles. Nos estudos retrospectivos a situação se inverte, os indivíduos são seguidos do “efeito” para a “causa”, ou seja, para trás. O processo a ser pesquisado já ocorreu. Metodologicamente, estudos prospectivos apresentam melhor qualidade.

- » **Estudo caso-controle** - É um estudo observacional, retrospectivo, em que o pesquisador busca localizar possíveis fatores de risco a que este grupo de indivíduos com a doença foi exposto anteriormente. É indicado na identificação de fatores de risco em doenças raras e em surtos epidemiológicos nos quais tenha necessidade de identificação rápida dos fatores de risco.

- » **Estudo coorte** - É um estudo observacional, longitudinal e usualmente prospectivo em que um grupo de indivíduos (coorte) é acompanhado durante um determinado período analisando os desfechos a partir da exposição. É recomendado para a descrição de incidência, história natural de uma condição e para estabelecer relação de causalidade.
- » **Ensaio Clínico Randomizado (ECR)** - É o padrão-ouro para avaliar a eficácia em intervenções. É um estudo prospectivo no qual uma intervenção será testada em pelo menos dois grupos aleatórios de indivíduos, sendo um deles um grupo controle ou de comparação, por um determinado tempo. Alguns parâmetros são importantes para garantir a qualidade do estudo: tamanho da amostra, alocação dos indivíduos nos grupos de estudo de forma aleatória (randomizada) e sigilosa, realização do seguimento completo e mascarar, sempre que possível, médicos, pacientes e avaliadores de desfecho. Os desfechos analisados nos ECR são um ponto crítico no desenvolvimento dos estudos. Desfechos são as variáveis monitoradas durante o estudo, para medir o impacto da intervenção avaliada. Em alguns casos, são utilizados desfechos substitutos, que são normalmente biomarcadores, e estão relacionados ao desfecho clínico de maneira indireta (por exemplo: a hemoglobina glicosilada é um biomarcador de controle do Diabetes Mellitus tipo II). São utilizados nos estudos por serem mais baratos e por permitir realizar estudos mais curtos, porém, nem sempre representam um resultado clínico relevante ao paciente. O ideal é sempre utilizar nos ECR desfechos “duros” centrados no paciente. Um exemplo desse tipo de desfecho para o tratamento da Diabetes Mellitus tipo 2 seria a redução de mortalidade por doenças cardiovasculares ou a redução de amputação de membros inferiores²⁰.

- » **Revisões sistemáticas** - A revisão sistemática é um tipo de estudo que reúne, de forma organizada, resultados de ensaios clínicos de boa qualidade com o objetivo de facilitar as decisões clínicas. Após a identificação, seleção e avaliação da qualidade dos ECR que abordaram a mesma pergunta clínica da revisão sistemática, os principais resultados dos estudos são extraídos. Os resultados podem ser apresentados isoladamente ou sistematizados através de métodos estatísticos e apresentados na forma de metanálise. As Revisões Sistemáticas que apresentam seus resultados através de metanálises são as evidências científicas de maior qualidade metodológica.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

»» O que deve ser avaliado em ATS

Agora que já vimos o que são tecnologias de saúde, como é seu ciclo de vida e quais são as melhores evidências científicas para a tomada de decisão em saúde, veremos o que a ATS avalia e como é realizado esse processo.

A ATS considera alguns atributos básicos, tendo em vista que um resultado negativo em algum deles pode ser suficiente para impedir a comercialização da tecnologia. Portanto, adotaremos a terminologia do Ministério da Saúde²¹ em seu manual de ATS para gestores, conforme listado a seguir:



Eficácia: probabilidade de que indivíduos de uma população definida obtenham um benefício da aplicação de uma tecnologia a um determinado problema em condições *ideais* de uso.



Efetividade: probabilidade de que indivíduos de uma população definida obtenham um benefício da aplicação de uma tecnologia a um determinado problema em condições *normais* de uso.



Risco: medida da probabilidade de um efeito adverso ou indesejado e da gravidade desse efeito à saúde de indivíduos em uma população definida associado ao uso de uma tecnologia aplicada em um dado problema de saúde em condições específicas de uso.



Segurança: risco aceitável em uma situação específica.



Custos: custo (de oportunidade) em saúde é o valor da melhor alternativa não concretizada em consequência de se utilizarem recursos escassos na produção de um dado, bem e/ou serviço.



Impacto social, ético e legal: são todos os impactos não relacionados à efetividade, à segurança, e aos custos, incluindo as consequências econômicas secundárias para indivíduos e comunidades²¹.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Precisamos diferenciar claramente **eficácia** e **efetividade**. Uma tecnologia que obtém bons resultados sob condições cuidadosamente controladas, com um grupo selecionado de pacientes sob cuidado de equipes capacitadas e treinadas (eficácia) nem sempre atinge esse resultado quando utilizada por profissionais sem a adequada capacitação ou para populações com diferentes características da população estudada (efetividade).

Um bom exemplo é a realização do exame citopatológico (Papanicolaou), mais especificamente, um estudo realizado em 850 municípios do estado de Minas Gerais que avaliou, dentre outros parâmetros, a qualidade da lâmina colhida em todos os exames de Papanicolaou realizados nestes municípios. A mediana de lâminas satisfatórias, mas limitada por dessecamento ou ausência de células endocervicais (que inviabiliza a identificação do câncer) foi de 30%, sendo que 469 municípios ficaram com valores abaixo dessa média. Esses achados revelam que mesmo tecnologias consideradas custo-efetivas, como o exame citopatológico, na realidade do país podem apresentar baixa efetividade²².

Atenção!



Você consegue diferenciar eficácia de efetividade?

Busque outros exemplos de diferença entre eficácia e efetividade e apresente como sugestão de leitura complementar.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

» Etapas da Avaliação de Tecnologias em Saúde

Apesar da grande variedade metodológica que existe em ATS, os seguintes passos básicos são considerados parcialmente ou totalmente no processo de avaliação⁶:

- » **Identificar as tecnologias disponíveis e estabelecer as prioritárias:** embora nem sempre explícitos, os programas de avaliação possuem critérios de seleção para a definição de prioridades a serem avaliadas (ônus elevado de morbidade e/ou mortalidade; grande número de pacientes afetados; custo unitário ou agregado elevado da tecnologia ou do problema de saúde).
- » **Especificar o problema a ser avaliado:** um dos aspectos mais importantes de uma avaliação é que ela deve especificar claramente o problema ou a questão que se deve dirigir. Isso afetará todos os aspectos subsequentes da avaliação. Em geral, o foco da avaliação pode envolver a especificação dos seguintes elementos (exemplo entre parênteses):
 - problema de saúde (controle da população com hipertensão moderada);
 - população de paciente (homens e mulheres acima de 60 anos, pressão sanguínea diastólica entre 90-114 mmHg, pressão sistólica inferior a 240 mmHg e nenhum outro problema sério de saúde);
 - tecnologia (tratamento farmacológico e não farmacológico);
 - profissional de saúde envolvido (clínico geral);
 - nível de atenção (primário);
 - propriedades que devem ser avaliadas (segurança – incluindo efeitos adversos, eficácia, efetividade e custo-efetividade).

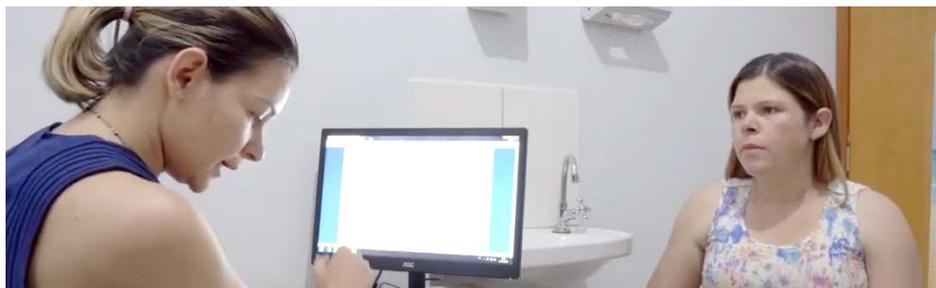
- » **Determinar o cenário da avaliação:** a natureza de uma avaliação afetará a determinação da organização mais apropriada para conduzi-la. Certamente, uma avaliação abrangente que analisa múltiplos atributos de uma tecnologia pode requerer uma experiência considerável e diversa, dados de origens diversos e outros recursos.
- » **Recuperar a evidência disponível:** dada a grande quantidade de informações científicas disponíveis atualmente, identificar a melhor evidência científica é um grande desafio. Além disso, muitas vezes, as informações de tecnologias novas são escassas enquanto as informações de tecnologias mais antigas podem ser dispersas, desatualizadas e de qualidade variável. As fontes de informação disponíveis cobrem diferentes setores da informação, embora frequentemente essas fontes se sobrepõem. Múltiplas fontes devem ser pesquisadas para que a probabilidade de recuperar relatórios e artigos relevantes seja maior.

Estudos primários

Estudos que coletam dados originais, ou seja, diferenciam-se das revisões sistemáticas (secundários) que, por sua vez, resumizam os resultados dos estudos primários²³.

- » **Obter novos dados primários:** a síntese das evidências identificadas envolve a extração dos resultados de estudos primários. É possível que os dados encontrados não sejam suficientes para a tomada de decisão. Novos estudos podem ser necessários, porém sua realização pode ser impossibilitada devido a limitações orçamentárias e tempo disponível.

- » **Interpretar a evidência disponível:** para interpretar as evidências encontradas os avaliadores devem usar um enfoque sistemático para avaliar criticamente a qualidade dos estudos disponíveis, o que requer conhecimento em epidemiologia e estatística.
- » **Sintetizar a evidência:** alguns métodos buscam sintetizar a informação de apenas um atributo (revisões sistemáticas), duas dimensões (análises de custo-efetividade) ou múltiplas dimensões (opinião de especialistas e modelagem matemática). A modelagem é um método matemático no qual a realidade é simulada através da simplificação de eventos da vida do paciente ou da população para capturar as diferenças de opções de decisões.
- » **Apresentar os resultados e formular as recomendações:** toda avaliação de tecnologia em saúde gera uma recomendação. Assim, as recomendações podem ser apresentadas de várias formas: por um conjunto de opções, uma diretriz clínica ou uma regulamentação. Por exemplo, uma avaliação teve como achado que o medicamento A é mais efetivo em uma condição específica do que o tratamento convencional; contudo, ele apresenta um forte efeito colateral constatado em 10% dos casos desse grupo. Uma possível recomendação que poderia ser ofertada ao paciente, nessa condição específica, seria: decidir junto com seu médico a utilização ou não do novo tratamento.



Fonte: Imagem - Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

- » **Disseminar os resultados das recomendações:** disseminar os achados dos estudos de ATS possuem três dimensões: grupo-alvo, meios de divulgação e estratégias de implantação. Os mesmos resultados devem ser apresentados em formatos, estilos e veículos de divulgação diferentes, dependendo do público que se queria comunicar. A disseminação dos achados deve fazer parte do planejamento inicial e ter orçamento previsto.
- » **Monitorar o impacto:** tentativas de monitorar o impacto das recomendações são pouco frequentes devido à dificuldade de fatores concorrentes: marketing do produto e mudanças no sistema de reembolso. Os órgãos governamentais, seguradoras de saúde e consórcios internacionais de agências têm dado ênfase crescente nessa temática⁶.



Fonte: Imagem - Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

»» Histórico da ATS no Brasil

Embora o primeiro interesse em estabelecer uma estrutura formal de avaliação para apoiar as atividades de incorporação de novas tecnologias tenha ocorrido no ano de 1980, diversos fatores adiaram a aplicação da ATS como instrumento de apoio à gestão dos recursos. A falta de coordenação dos recursos financeiros aliada a resistência a mudança de profissionais da saúde e gestores e insuficiência e capacitação de recursos humanos atrasou o desenvolvimento desta área do conhecimento por décadas.

Em junho de 2003 a ATS volta à pauta quando o Ministério da Saúde (MS), por meio Departamento de Ciência e Tecnologia (DECIT) da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, organiza uma oficina para elaborar uma proposta para ATS no âmbito do SUS, que deliberou:



Priorizar ações de ATS no âmbito do Ministério da Saúde, estendendo posteriormente a estados e municípios;



Focar as avaliações nas tecnologias em processo de incorporação na tabela de procedimentos financiados pelo SUS;



Organizar a monitoração de tecnologias emergentes, novas e em uso;



Atuar de forma coordenada e colaborativa com a Secretaria de Atenção à Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e demais secretarias do MS²¹.

Fonte: Imagem - Flaticon ©

No mesmo ano, o Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação é instituído através da Portaria MS nº 1.418/2003²⁴. A principal atribuição do conselho era definir diretrizes e promover a ATS visando a incorporação de novos produtos. O DECIT e o Ministério da Ciência e Tecnologia ficam responsáveis para operacionalizar a ATS e iniciam uma série de ações para fomentar a pesquisa em saúde para subsidiar o processo de incorporação e monitoramento das tecnologias.



Você sabia?

A tomografia por emissão de pósitrons (pet-scan) foi a primeira tecnologia a passar por um processo de avaliação para incorporação no SUS.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Em 2004, foi publicada a Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS), que prevê o aprimoramento da capacidade regulatória, garantido pela formação de redes com a participação de órgãos executivos e legislativos regulatórios, dos centros de investigação científica e de desenvolvimento tecnológico, dos hospitais de ensino e outras instituições assistenciais públicas e de organizações voltadas para o controle social²⁵. No mesmo ano, durante a 12ª Conferência Nacional de Saúde, foi criada a Coordenação Geral de Avaliação de Tecnologias em Saúde (CGATS), vinculada à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), pelo reconhecimento da ATS como instrumento estratégico para subsidiar a gestão crítica de tecnologias de saúde.



Fonte: Imagem - Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

A primeira iniciativa para estruturação da Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS) foi o estabelecimento de parcerias com instituições de ensino para realização de cursos de pós-graduação em gestão de tecnologias em saúde voltados para os profissionais do SUS, desde 2006, culminando no seu lançamento em agosto de 2008²⁶.

Mas foi em abril de 2011 que realmente houve o grande marco legal de ATS no Brasil. Trata-se da criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). A CONITEC foi criada pela Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011²⁷, substituindo a Comissão de Incorporação de Tecnologias (CITEC), alterando a Lei nº 8.080/1990, conhecida como Lei Orgânica do SUS.

Figura 22. Linha do tempo do avanço da ATS no Brasil



Fonte: Elaboração própria.

Saiba mais!

A [Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011](#), que cria a CONITEC, é uma leitura recomendada para entender sua importância para o SUS.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)

Uma das mudanças ocorridas a partir da criação da CONITEC foi a nova composição do plenário da Comissão, ampliando a participação da sociedade e do próprio Ministério da Saúde. As principais diferenças entre a CITEC e a CONITEC são apresentadas na Quadro 16.

Quadro 16. Principais mudanças da CITEC para a CONITEC

Características	Características	CONITEC
Nome	Comissão de Incorporação de Tecnologias do Ministério da Saúde (CITEC)	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC)
Instrumento legal	Portaria nº 2.587, de 30 de outubro de 2008	Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que alterou a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
Composição da comissão	Colegiado, grupo técnico assessor e grupos de trabalho permanentes	Plenário e Secretaria-Executiva
Composição do colegiado/plenário	5 titulares e 5 suplentes representando as seguintes entidades/órgãos: Anvisa, ANS, SAS, SVS e SCTIE	13 titulares com 1º e 2º suplentes representando as seguintes entidades/órgãos: a) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS); b) Secretaria-Executiva (SE/MS); c) Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI/MS); d) Secretaria de Atenção à Saúde (SAS/MS); e) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS); f) Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS); g) Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS); h) Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); i) Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa); j) Conselho Nacional de Saúde (CNS); k) Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); l) do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems); m) Conselho Federal de Medicina (CFM), especialista na área
Confidencialidade e conflito de interesses	Os membros da CITEC firmavam termo de confidencialidade e declaração de conflito de interesse relativamente aos assuntos deliberados no âmbito da CITEC	Não mudou. Todos os membros do plenário ou da Secretaria Executiva devem firmar termo de confidencialidade e declaração de conflito de interesse relativamente aos assuntos deliberados no âmbito da CONITEC

(continua)

(continuação)

Características	Características	CONITEC
Prazo para efetivar a oferta ao SUS	Não havia prazo para efetivar a oferta ao SUS	A partir da publicação da decisão de incorporar medicamento, produto ou procedimento, ou mesmo protocolo clínico e diretriz terapêutica, as áreas técnicas do MS têm prazo máximo de 180 dias para efetivar a oferta ao SUS
Documentos exigidos	Não havia exigência de documentos para protocolizar processos na CITEC	Incluem-se entre os documentos exigidos: a) número e validade do registro na Anvisa; b) evidência científica que demonstre que a tecnologia pautada é, no mínimo, tão eficaz e segura quanto aquelas disponíveis no SUS para determinada indicação; c) estudo de avaliação econômica comparando com as tecnologias já disponibilizadas no SUS; d) no caso de medicamentos, o preço fixado pela Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED)
Realização de consulta pública	Não havia a obrigatoriedade de realização de consulta pública sobre as matérias avaliadas	A CONITEC submete à consulta pública todas as matérias em avaliação
Realização de audiência pública para decisão final sobre o mérito	Não havia a realização de audiência pública sobre as matérias avaliada	O Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde pode solicitar a realização de audiência pública sobre temas em avaliação, caso julgue necessário
Prazo máximo de análise de processos e recomendação da comissão	Não havia prazo	O prazo máximo para avaliação de processo pela CONITEC não deverá ser superior a 180 dias, contados da data em que foi protocolado o pedido, admitida prorrogação por 90 dias corridos, quando as circunstâncias exigirem. Considera-se a decisão do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde sobre o pedido formulado no processo administrativo como o termo final para fins de contagem desse prazo

Fonte: Adaptado de CONITEC²⁸

Enquanto a CITEC contava com cinco representantes, a CONITEC agora conta com treze. A participação social está presente pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que reúne representantes de entidades e movimentos de usuários, de trabalhadores da área da saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde. A participação dos estados e municípios também está garantida pela representação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Ainda conta com a participação do Conselho Federal de Medicina (CFM), como órgão de classe envolvido diretamente com a legitimação das ações e procedimentos médicos, portanto de elevado interesse para as discussões da CONITEC.

Duas outras mudanças apresentam grande impacto sob a perspectiva dos demandantes: a primeira é o estabelecimento de prazos que não havia ante-

riormente, estipulando 180 dias como prazo para a finalização da análise da proposta, podendo ser prorrogado por, no máximo, mais 90 dias; e a segunda é a obrigatoriedade de abertura de processo administrativo para toda demanda submetida à CONITEC e, como tal, deve seguir a Lei do Processo Administrativo que estabelece, entre outros critérios, a figura do recurso da decisão à instância superior quando o interessado julgar pertinente recorrer. Sob o ponto de vista da sociedade, há prazo também para ofertar a nova tecnologia no SUS que é de, no máximo, 180 dias após a publicação da deliberação no Diário Oficial da União (DOU).

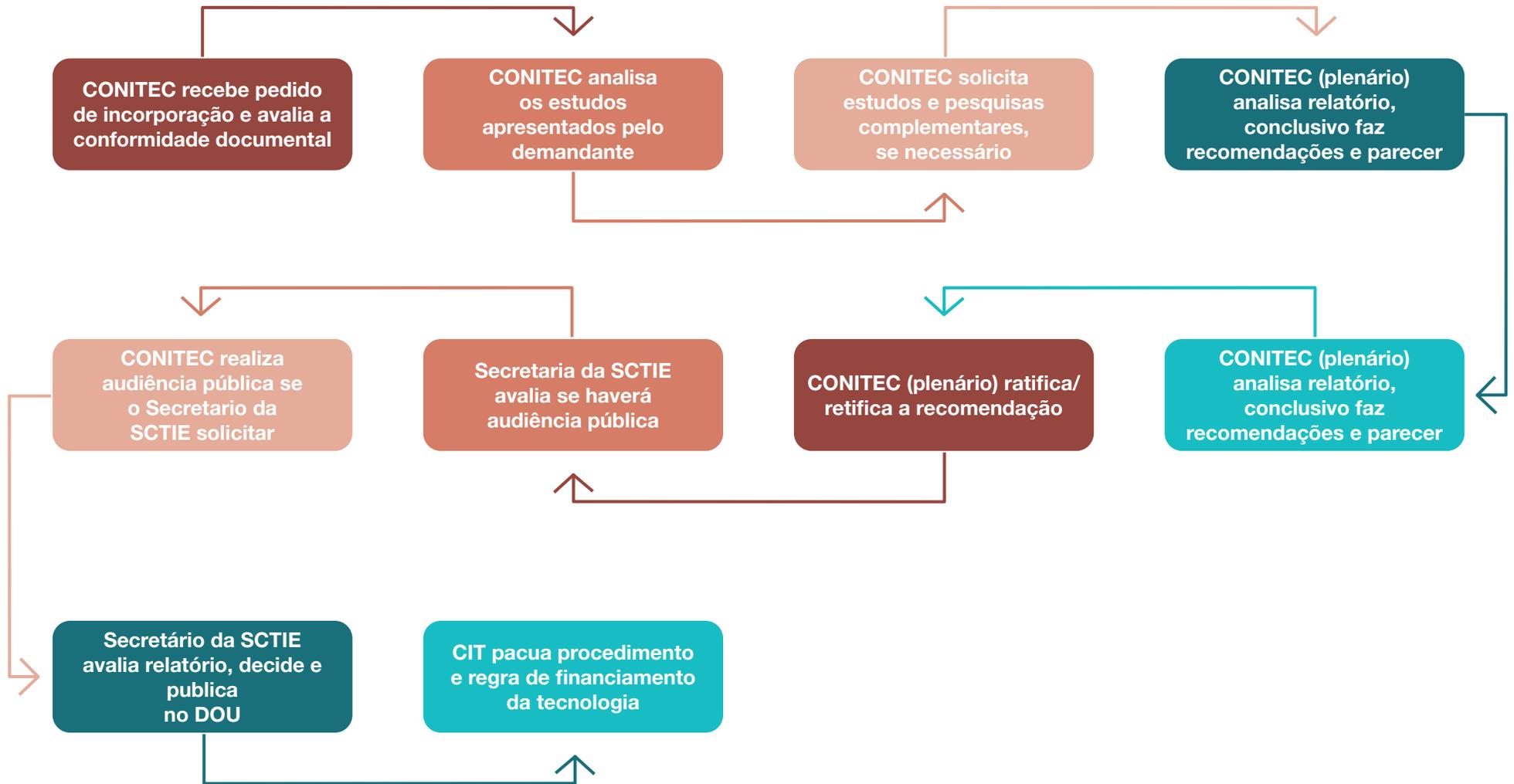


Conselho Nacional de Saúde

Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

O fluxo de incorporação de tecnologia se tornou mais claro, transparente e é apresentado na Figura 23.

Figura 23. Fluxo de Incorporação



Fonte: Adaptada de CONITEC²⁹.

Vamos saber um pouco mais sobre a CONITEC?

No início desta aula falamos a respeito das Canetas de Insulina NPH e Regular disponíveis em todas as farmácias municipais do Brasil. Essa tecnologia, antes de ser disponibilizada à população, foi avaliada e aprovada pela CONITEC.

Vamos analisar o relatório de avaliação da CONITEC referente a essa incorporação seguindo os passos abaixo:

- » Acesse o portal da [CONITEC](#) ;
- » No canto esquerdo da página inicial, nos subitens da Avaliação de Tecnologias, clique na opção “Recomendações da CONITEC”;
- » Abrirá uma tela com todas as recomendações já realizadas pela CONITEC desde a sua criação. Existem duas opções de localizar a tecnologia desejada: a primeira opção é em ordem alfabética, mais indicada para nossa situação; a outra seria através da ordem cronológica, porém, essa opção é mais indicada quando sabemos o período em que a tecnologia foi avaliada. Então, clique em “Ordem Alfabética”;
- » As letras do alfabeto se tornarão disponíveis, clique na letra “C”;
- » A terceira tecnologia que aparecerá é a caneta para injeção de insulina. Haverá três informações disponíveis: o relatório de recomendação da CONITEC, a decisão e a portaria referente a decisão tomada.
- » Vamos acessar a recomendação? Clique em “Relatório 256 – Caneta para injeção de insulina humana NPH e insulina humana regular”³⁰.

Pesquise e reflita!

Faça a leitura do Relatório de **Recomendação de Incorporação das Canetas de Insulina**, publicado pela CONITEC, fazendo a associação com os conhecimentos adquiridos nesta aula.



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Após a leitura do relatório, vejamos, primeiramente, que o Relatório da CONITEC caracteriza a tecnologia avaliada e a doença que será tratada com a tecnologia. Logo em seguida os dados de eficácia são analisados em Evidências Científicas, conforme trecho reproduzido a seguir:

“Vários estudos que comparam as formas de administração de insulina mostram perfis mais favoráveis com o uso da caneta, quando comparada à seringa, em relação aos parâmetros de preferência, adesão ao tratamento, facilidade de uso, conveniência, manuseio e ajuste de dosagem. Numa revisão sistemática da literatura, foram avaliados 17 estudos, sendo 7 experimentais e 10 observacionais, com o objetivo de se avaliar o uso de canetas comparado ao uso de seringas para administração de insulina,

em termos de controle glicêmico, hipoglicemia, adesão ou qualidade de vida dos pacientes. As populações incluídas nos estudos foram principalmente adultos com diabetes mellitus tipo 2. Os pacientes que utilizaram as canetas apresentaram melhores resultados nas alterações medias de hemoglobina glicosilada (HbA1c), na ocorrência de hipoglicemia e na adesão e persistência ao tratamento do que os pacientes que usaram seringas. Nos estudos que avaliaram a preferência dos pacientes, os pacientes preferiram as canetas em relação as seringas, embora os estudos não tenham utilizado ferramentas validadas para a avaliação. Todos os estudos apresentaram falhas metodológicas e os resultados devem ser interpretados com cautela (p. 16)³⁰.

O relatório utilizou uma revisão sistemática com 17 estudos em que a população principal foi de adultos com Diabetes Mellitus tipo 2. O comparador foi a utilização de seringa e os desfechos analisados foram controle glicêmico, hipoglicemia, adesão ou qualidade de vida dos pacientes.

A avaliação econômica nesse relatório é apresentada através de uma Análise de Impacto Orçamentário (Tabela 1). Observa-se que a projeção de impacto orçamentária da incorporação em três anos era de aproximadamente R\$ 100 milhões. Nesse contexto, a CONITEC recomendou a incorporação das canetas e em março de 2017 o Ministro da Saúde publicou a incorporação dessa tecnologia ao SUS.

Tabela 1. Tabela de impacto orçamentário para a incorporação das canetas para injeção de insulina humana NPH e Regular avaliada pela CONITEC

Ano	População DM1	População DM2 elegível à insulina	Impacto orçamentário
2017	641.382	1.082.140	R\$ 53.118.935,94
2018	452.330	763.172	R\$ 37.461.770,94
2019	195.246	329.419	R\$ 16.170.171,14
Total	1.288.958	2.174.730	R\$ 106.750.878,02

Fonte: Adaptada de CONITEC³⁰.

Embora diversos avanços sejam observados na área de ATS com a criação da CONITEC, outro fenômeno ocorreu causando uma certa desarticulação dentro de um dos eixos prioritários da Política Nacional de Medicamentos: a discussão referente a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). Até a criação da CONITEC o órgão responsável pela atualização da Rename era a Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Comare). Para a OMS, o conceito de medicamentos essenciais que deveria embasar a Elaboração da Rename é: medicamentos que satisfazem as necessidades prioritárias de cuidado de saúde da população³¹.



Fonte: Imagem - Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

No Brasil, a atualização da Rename seguiu a orientação da OMS no período de 2000 a 2010, com cinco revisões. A partir da Rename 2012 houve uma mudança na definição de medicamentos essenciais³². Segundo a Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012, que estabelece as diretrizes nacionais da Rename 2012, medicamentos essenciais são aqueles definidos pelo SUS para garantir o acesso do usuário ao tratamento medicamentoso³³.

A partir de então, a Rename passou a ser constituída por todos os medicamentos constantes nos Componentes de Financiamento da Assistência Farmacêutica (Componente Básico – CBAF, Componente Estratégico – CESAF e Componente Especializado – CEAF), sendo também incluída a Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos e a Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar³⁴. A união das listas dos Componentes de Financiamento da Assistência Farmacêutica para constituição da nova Rename refletiu no aumento de medicamentos para causas já contempladas nas Rename anteriores. Dessa maneira, a partir da Rename 2012 a lista de medicamentos atende praticamente as mesmas causas da Carga de Doença do Brasil 200835, porém, com um número superior de medicamentos³².

O mercado farmacêutico possui uma característica de diferenciação de produtos como padrão de competição e leva à inserção de inúmeros medicamentos no mercado, sem que isso se traduza em uma melhoria da terapêutica disponibilizada à população: os medicamentos *me-too*^{36,37}.

Em meio a esse contexto de grande oferta de produtos, a Rename 2012 parece ter sido tensionada tanto por pressões do crescente mercado de novas tecnologias em saúde como pelas oportunidades políticas de ofertar medicamentos, muitas vezes presentes em ações judiciais, deixando de ser uma relação de medicamentos essenciais e se tornando uma lista de financiamento da assistência farmacêutica³⁸.



Fonte: Imagem - Shutterstock ©.

Medicamentos *me-too*

Medicamentos *me-too* são medicamentos com pequenas variações químicas do medicamento inovador (o primeiro de uma classe nova de medicamento) que não agregam ganho terapêutico ao tratamento já estabelecido³⁹. Os fabricantes anunciam como medicamentos inovadores e realizam grande investimento de marketing nestas “novidades” conquistando muitos profissionais de saúde que passam a prescrever esses medicamentos e, muito frequentemente, pressionam os sistemas de saúde para a sua incorporação⁴⁰.

Como exemplo podemos citar as estatinas: no Brasil existem 7 estatinas registradas (sinvastatina, lovastatina, pravastatina, fluvastatina, atorvastatina, rosuvastatina e pitavastatina), usadas para redução do colesterol, que são variantes da primeira estatina descoberta, a sinvastatina⁴¹.

Todas as incorporações da CONITEC são incluídas na próxima revisão da Rename. Usualmente, grande parte dos medicamentos avaliados são medicamentos inovadores e, em alguns casos, para enfermidades de baixa incidência. Dessa forma, os medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica, aqueles que são disponibilizados nas farmácias dos municípios, pouco foram avaliados pela CONITEC e estão defasados desde 2011 com a extinção da COMARE. As poucas avaliações realizadas pela CONITEC foram pautadas pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Um exemplo foi a avaliação que

acessamos anteriormente, referente à incorporação das canetas para injeção de insulina NPH e humana regular. Portanto, a articulação dos municípios em suas regiões de saúde, em seus estados, através de seus Conselhos Estaduais de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems) e no Brasil, através do Conasems, faz-se necessária para que as demandas municipais de ATS sejam pautadas na CONITEC.

Redes de Suporte em ATS

Para que a ATS seja realizada num país é necessário um corpo técnico qualificado e organizado que desenvolva e sistematize a produção científica dentro do contexto local. No Brasil, os estudos relacionados a ATS são desenvolvidos pelos Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS) e os processos de produção científica são organizados pela Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS).

»» NATS e REBRATS

Os NATS fazem parte da estratégia de fortalecimento do Grupo de Trabalho de Formação Profissional e Educação Continuada da REBRATS, que tem o objetivo de promover e difundir a área de avaliação de tecnologias no Brasil.

Os NATS buscam introduzir a cultura de ATS nos Hospitais de Ensino, por meio da utilização de evidências disponíveis para auxiliar o gestor hospitalar na tomada de decisão.

A REBRATS, por sua vez, busca estabelecer a ponte entre pesquisa, política e gestão, fornecendo subsídios para decisões de incorporação, monitoramento e abandono de tecnologias. A REBRATS é uma estratégia para viabilizar a Elaboração e a disseminação de estudos de ATS prioritários para o sistema de saúde brasileiro, contribuindo para a formação e a educação continuada nas áreas do sistema de saúde brasileiro.

Saiba mais!

Acesse o portal [REBRATS](#)



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

»» EVIPNet

A Rede para Políticas Informadas por Evidência (EVIPNet – Evidence-informed Policy Network) tem como objetivo estabelecer mecanismos para facilitar a utilização de produção científica na formulação e implantação de políticas em saúde.

A iniciativa promove o intercâmbio entre gestores, pesquisadores e representantes da sociedade civil organizada, facilitando a formulação e a implantação de políticas, além da gestão dos serviços e sistemas de saúde informado por evidências. No Brasil, a rede é coordenada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde.

Para os municípios, todo material disponibilizado por essas ferramentas (CONITEC, NATS, REBRATS e EVIPNET) serve de suporte para auxiliar a gestão e a tomada de decisão local. Um bom exemplo de material que pode contribuir para o planejamento das ações do cuidado e de gestão é a síntese de evidências para políticas de saúde referente ao controle da Diabetes Mellitus (DM) tipo 2 no município de Franco da Rocha (SP)⁴². Uma das opções que esse relatório traz é a ampliação da atuação de profissionais farmacêuticos na atenção ao paciente com DM tipo 2.

Saiba mais!

Saiba mais sobre o EVIPNet acessando o [portal](#)



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

ATS e os municípios

Realizar a ATS nos municípios é um grande desafio por diversos fatores, dentre os quais destacamos:



Realidade local: Dependendo do tamanho do município, a estrutura de gestão da Secretaria de Saúde é reduzida, na qual poucos profissionais desempenham diversas funções.



Recursos humanos capacitados: A ATS é uma área do saber recente e diversos profissionais quando se formaram não tiveram contato com essa disciplina.



Recursos financeiros limitados: Com a Emenda Constitucional 95/2016, que limita o teto de gastos públicos, muitos municípios estão com sua capacidade de investimento reduzida, limitando assim a incorporação de tecnologias sem o repasse de recursos de outros entes federativos.

Fonte: Imagem - Flaticon ©.



Fonte: Imagem - Webdoc Brasil, aqui tem SUS/Levante Filmes/Conasems ©.

Primeiramente, é necessária a capacitação de profissionais para o desenvolvimento da ATS no município. Recentemente, diversos cursos e capacitações tem sido ofertados, inclusive um do Programa de Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADIS-SUS) em parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz ([HAOC](#) .

A ATS no município, em muitos casos, deverá se desenvolver nas Comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT), responsável pela seleção dos medicamentos. Retomaremos esse assunto sobre seleção de medicamento na *Aula 6, no Módulo 2**.

Alguns municípios já possuem CFT atuando há muito tempo e produzindo ATS dentro do contexto local. Um exemplo é a Comissão Farmacoterapêutica do município de São Paulo que é responsável por atualizar a Relação Municipal de Medicamentos (Remume) e desenvolver estratégias para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos desde 2004. Em 2014, o município excluiu o medicamento carbonato de cálcio 600 mg + colecalciferol (vitamina D3) 400 UI comprimido da Remume devido à baixa eficácia e potencial risco cardiovascular.

***Nota do editor:** Este livro integra a coleção *Assistência Farmacêutica na gestão municipal: da instrumentalização às práticas de profissionais de nível superior nos serviços de saúde* e apresenta o conteúdo das aulas que compõem o *Módulo 1* de curso homônimo oferecido pelo projeto *Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde*, realizado no âmbito do *PROADI-SUS*. As aulas do *Módulo 2* podem ser acessadas no *vol. 2* desta mesma coleção, *Gestão e planejamento da Assistência Farmacêutica no SUS*.

Saiba mais!

Acesse os documentos produzidos pela [Comissão Farmacoterapêutica](#) 



Fonte: Imagem - Flaticon ©.

Entretanto, nem todos os municípios conseguem ter a estrutura que a gestão do município de São Paulo possui. Portanto, as articulações em suas Regiões de Saúde e parcerias com universidades, faculdades e NATS podem auxiliar no desenvolvimento da ATS nos municípios. Realizar análises de eficácia, segurança e impacto orçamentário poderiam ser ferramentas desenvolvidas localmente para a tomada de decisão.

A CONITEC permite que qualquer órgão solicite a incorporação de tecnologia, porém, devido à realidade citada anteriormente, torna muito difícil que essa iniciativa parta dos municípios. Uma articulação ascendente com Cosems e Conasems permitiria um maior tensionamento da CONITEC para avaliar as tecnologias pertinentes ao município (Componente Básico da Assistência Farmacêutica).

Ressaltamos que a utilização da ATS nos municípios permite uma maior qualificação da gestão e tomada de decisão baseada nas melhores evidências tornando os processos de cuidado mais eficientes.

Síntese da Aula

Vimos nesta aula que o objetivo da ATS é prover informações baseadas nas melhores evidências científicas para a tomada de decisão, tanto política quanto clínica. As propriedades essenciais da ATS são a sua orientação para a tomada de decisão e o seu caráter multidisciplinar e abrangente. A ATS avalia tecnologias em saúde que são medicamentos, equipamentos, procedimentos e os sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais os cuidados com a saúde são oferecidos.

Para realizar uma avaliação é necessário identificar as tecnologias disponíveis, estabelecer prioridades, especificar o problema a ser avaliado determinando seu cenário, recuperar a evidência científica disponível e interpretá-las; se necessário, buscar novos dados primários, sintetizar seus resultados e apresentá-los para formular recomendações disseminando os resultados.

No Brasil, a CONITEC é responsável por realizar as recomendações de incorporações de tecnologias em saúde no SUS com o suporte dos NATS e da REBRATS. Essas ferramentas estão disponíveis, juntamente com o EVIPNET, para auxiliar os municípios na tomada de decisão de gestão local. Os maiores desafios para os municípios realizarem a ATS são, portanto, desenvolver a capacitação dos recursos humanos através das ferramentas disponíveis no Ministério da Saúde e melhorar a integração nas regiões de saúde, nos estados, através dos Cosems e nacionalmente através do CONASEMS.

Referências

1. Costa CGF, Silva EV. O que realmente importa no processo de tomada de decisão considerando políticas públicas baseadas em evidência. *Revista Administração em Diálogo*. Maio/jun./jul./ago. 2016;18(2):124-43.
2. Hunink M, Goldman L, Tosteson AN, Mittleman MA, Goldman PA, Williams LW, et al. The recent decline in mortality from coronary heart disease, 1980–1990: the effect of secular trends in risk factors and treatment. *Journal of the American Heart Association*. 1997;27(7):535-42.
3. Braunwald E. Cardiovascular medicine at the turn of the millennium: triumphs, concerns, and opportunities. *New England Journal of Medicine*, 1997;337(19):1360-69.
4. Cutler DM, McClellan M. Is technological change in medicine worth it? *Health Affairs*, 2001;20(5):11-29.
5. United States General Accounting Office (GAO/USA), Program Evaluation and Methodology Division (PEMD). Report to congressional requesters. Cross design synthesis: a new strategy for medical effectiveness research. Washington: US Government Printing Office; 1992. Document GAO/PEMD-92-18.
6. Goodman CS. Introduction to health care technology assessment. National Library of Medicine. National Information Center on Health Service Research & Health Care Technology (NICHSR), TA101. Jan. 1998 [acesso em 3 dez. 2019]. Disponível em: <https://www.nlm.nih.gov/nichsr/ta101/ta101.pdf>.
7. Liaropoulos L. Do we need 'care' in technology assessment in health care, letter to the editor. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1997;13(1):1257.
8. Mehry EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodríguez RA. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R., organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 113-50.
9. Banta HD, Behney CJ, Willems JS. *Toward rational technology in medicine: considerations for health police*. New York: Springer Publ. Co.; 1981.
10. Panerai RB, Penã-Mohr JP. *Health technology assessment: methodologies for developing countries*. Washington D.C.: PAHO; 1989.
11. Banta HD, Luce BR. *Health care technology and its assessment: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press; 1993.
12. Banta HD. Report from the EUR-ASSESS project. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 1997;13(2): Special Section.
13. Warner KE, Luce BR. *Cost-benefit and cost-effectiveness analysis in health care*. Ann Arbor: Health Administration Press; 1982.
14. Lambert EC. *Modern medical mistakes*. Bloomington: Indiana University Press; 1978.
15. Banta HD. The development of health technology assessment. *Health Policy*. 2003;63:121-32.
16. McDaid D. Evaluating health interventions in the 21st century: old and new challenges. *Health Policy*. 2003;63:117-20.
17. International Network of Agencies for Health Technology [homepage da internet]. Members list. [acesso em 3 nov. 2019]. Disponível em: http://www.inahta.org/members/members_list/.
18. Sackett DL, Rosenberg W, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based Medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023):71-2.

19. Cook DJ, Guyatt GH, Laupacis A, Sackett DL, Goldberg, RJ. Clinical recommendations using levels of evidence for antithrombotic agents. *Chest*. 1995;108(4):Supp:227S-230S.
20. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia clínica: elementos essenciais*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
21. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. 110 p. : il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
22. Brasil, Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer. Estudo custo-efetividade comparando diferentes estratégias para a detecção precoce do câncer do colo do útero e suas lesões precursoras. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2006 [acesso em 2 dez. 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v16n1/v16n1a07>.
23. Instituto de Avaliação de Tecnologias em Saúde (IATS). *Dicionário de Avaliação de Tecnologias em Saúde*. Porto Alegre: Hospital das Clínicas de Porto Alegre; 2014.
24. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 1.418, de 24 de julho de 2003. Dispõe sobre a criação do Conselho de Ciência, Tecnologia e Inovação do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 jul. 2003.
25. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. *Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde*. 2ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2008. 44 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).
26. Brasil, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.915, de 12 de dezembro de 2011. Institui a Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde (REBRATS). *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 12 dez. 2011.
27. Brasil, Ministério da Saúde. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. [Internet] 2011. [acesso em 3 nov. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm.
28. Brasil, Ministério da Saúde. CONITEC. Mudanças da CITEC para CONITEC. [Internet], 2019 [acesso em 3 nov. 2019]. Disponível em: <http://conitec.gov.br/mudancas-da-citec-para-a-conitec>.
29. Brasil, Ministério da Saúde. CONITEC. Fluxo de Incorporação de Tecnologias no SUS. [Internet], 2019 [acesso em 3 nov. 2019]. Disponível em: <http://conitec.gov.br/fluxo-de-incorporacao-de-tecnologias-no-sus>.
30. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria nº 11, de 13 de março de 2017. Torna publica a decisão de incorporar caneta para injeção de insulina humana NPH e insulina humana regular no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
31. World Health Organization (WHO). The world medicines situation 2011 – selection of essential medicines. [Internet] 2011. [acesso em 3 nov. 2019]. Disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch14_wRational.pdf.
32. Figueredo TA, Schramm JMA, Pepe VLE. Seleção de medicamentos essenciais e a carga de doença no Brasil. *Cad Saúde Pública*. Nov. 2014;30(11):2344-56.
33. Brasil, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestora Tripartite. Resolução nº 1, de 17 de janeiro de 2012. Estabelece as diretrizes nacionais da Relação Nacional Medicamentos Essenciais (Rename) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet] 2012 [acesso em 2 nov. 2019]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2017/02/CIT1-2012.pdf>.

34. Brasil, Ministério da Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Serie B. Textos Básicos de Saúde).
35. Leite IC, coordenador. Relatório Final. Carga de Doenças do Brasil, 2008. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz/Núcleo de Pesquisa em Métodos Aplicados aos Estudos de Carga Global de Doença; 2013.
36. Bastos VD. Inovação farmacêutica: padrão setorial e perspectivas para o caso brasileiro. BNDES Setorial. 2005;22:271-96.
37. Machado-dos-Santos SC. Busca da equidade no acesso aos medicamentos no Brasil: os desafios impostos pela dinâmica da competição “extra-preço” [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001.
38. Santos-Pinto CDB, Ventura M, Pepe VLE, Osorio-de-Castro CGS. Essential medicines and technology incorporation following novel Brazilian Public Health System regulations. Cad Saúde Pública; 2013;29:1056-8.
39. Angell M. The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it. New York: Random House; 2004.
40. Lexchin J, Bero LA, Djulbegovic B, Clark O. Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. British Medical Journal. 2003;326:1167-70.
41. Gava CM, Bermudez JAZ, Pepe VLE, Reis ALA. Novos medicamentos registrados no Brasil: podem ser considerados como avanço terapêutico? Ciência & Saúde Coletiva. 2010;15(supl 3):3403-12.
42. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde : controle da diabetes mellitus tipo 2 no município de Franco da Rocha. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 40 p.

Material Complementar

Brasil, Ministério da Saúde, Hospital Alemão Oswaldo Cruz (HAOC). Guia de Avaliação de Tecnologias em Saúde na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Portaria nº 11, de 13 de março de 2017. Torna pública a decisão de incorporar caneta para injeção de insulina humana NPH e insulina humana regular no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Síntese de evidências para políticas de saúde: controle da diabetes mellitus tipo 2 no município de Franco da Rocha. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. 40 p.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009. 110 p. : il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

Brasil. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. [Internet] 2011. [acesso em 3 nov. 2019]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm.

São Paulo (Prefeitura Municipal), Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete. Área Técnica de Assistência Farmacêutica. Comissão Farmacoterapêutica. CIM Informa: Exclusão de carbonato de cálcio 600 mg + colecalciferol (vit. D3) 400 UI comprimido da REMUME-SP. [Internet] Fev. 2014 [acesso em 2 dez. 2019]. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/assistenciafarmaceutica/CIM_2014_Fevereiro.pdf.

Autor

André Yoshikane Shoshima

Farmacêutico do município de Santana de Parnaíba/SP. Professor da Faculdade Estácio Campus Carapicuíba das disciplinas de Farmacoeconomia, Introdução a Assistência Farmacêutica e Trabalho de Conclusão de Curso. Graduado em Farmácia, modalidade Análises Clínicas, pela Universidade Estadual Paulista (UNESP) em 2008. Especialista (2013) em Gestão da Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal de Santa Catarina, Mestre (2017) em Avaliação de Tecnologias em Saúde pelo Instituto Nacional de Cardiologia e Especialista (2017) em Gestão da Clínica pelo Hospital Sírio-Libanês. Atualmente é coordenador da Comissão de Farmácia e Terapêutica e responsável pela farmácia do componente especializado do município de Santana de Parnaíba/SP.





Volume 1



Coleção



DISQUE SAÚDE 136

Biblioteca Virtual em Saúde
do Ministério da Saúde
bvsmms.saude.gov.br



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

Governo
Federal