

## **A EVOLUÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO BRASIL NOS DIVERSOS ÂMBITOS DO SUS**

Juciara Jucelia de FRANÇA- Centro Universitário Tabosa de Almeida

ASCES- UNITA CEP 55016-901, Caruaru-PE/Brasil

Nilda Maria dos Santos MARQUES- Centro Universitário Tabosa de Almeida

ASCES- UNITA CEP 55016-901, Caruaru-PE/Brasil

Ana Cláudia Florêncio NEVES- Docente do Centro Universitário Tabosa de Almeida

ASCES- UNITA CEP 55016-901, Caruaru-PE/Brasil

Email: juciara.franca@hotmail.com

### **1. INTRODUÇÃO**

A LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990, define a saúde como sendo um direito fundamental à todos os seres humanos, o Estado tem dever de prover de condições adequadas para o seu pleno exercício. O dever do Estado de garantir a saúde de qualidade consiste na formulação e execução de políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso igualitário e universal às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Esta mesma Lei no seu artigo 6º estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a formulação de políticas de medicamentos e outros insumos de interesse para a saúde (BRASIL, 1990).

Dentre as políticas formuladas está a PORTARIA nº 3.916, DE 30 DE OUTUBRO DE 1998 que trata da Política Nacional de Medicamentos como uma parte

essencial da Política Nacional de Saúde, sendo um dos elementos principais para a efetiva implantação de ações capazes de melhorar as condições da assistência à saúde da população. O propósito principal dessa política é garantir segurança, eficácia, qualidade dos medicamentos, promoção do uso racional e o acesso da população sobre os medicamentos considerados essenciais. A Política de Medicamentos tem como base os princípios e diretrizes do SUS e exigirá, para a sua implementação, programas e atividades nas três esferas do governo (BRASIL,1998).

Com o passar dos anos houve a necessidade de implementar serviços que melhorem cada vez mais a saúde da população e seus direitos para ter esse acesso, então foi implantado a Assistência Farmacêutica que foi definida pela RESOLUÇÃO nº 338, DE 06 DE MAIO DE 2004 com sendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo o medicamento como insumo primordial visando seu acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve também a pesquisa, desenvolvimento e a produção de medicamentos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva de obter resultados e melhorar a qualidade de vida dos pacientes (BRASIL, 2004).

A necessidade de implementar a Assistência Farmacêutica ocorreu por que todos têm o direito constitucional à saúde e após ter sido observado que os gastos com medicamentos eram bastante elevados. Esses gastos não eram relacionados somente com a aquisição dos medicamentos, mas também ao uso inadequado, o que aumentava consideravelmente o número de internações hospitalares, contribuindo assim para elevados custos com medicamentos (PASQUETTI, 2010).

Entretanto com a Constituição de 1998, a normativa passou a garantir que a Assistência Farmacêutica é um direito fundamental, com isso houve um aumento

considerável nas ações judiciais individuais para efetivar esse direito, que abrange não apenas medicamentos para doenças direcionadas, mas de forma bem mais diversificada e para as mais diversas indicações terapêuticas (SANT'ANA et al., 2011).

Os propósitos da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica de acordo com Vieira (2008) estão distantes de se concretizar e um dos motivos que contribuem para isso é a falta de capacitação dos serviços farmacêuticos, devendo assim ser incluído na agenda dos governos, pois não é possível falar com propriedade da atenção à saúde sem que a Assistência Farmacêutica cumpra o seu papel com qualidade.

Mudanças são necessárias para garantir o uso racional do medicamento, para que isso ocorra necessita-se de algumas estratégias que melhore a Assistência Farmacêutica, prescrição e a dispensação de medicamentos, dentre as quais a necessidade de: promover estudos sobre a utilização de medicamentos, discutir seus resultados com profissionais e promover programas de informação ao doente (ARAÚJO et al., 2006).

No Brasil, estudo realizado em farmácias do SUS mostrou que o trabalho do farmacêutico está centrado na tecnologia de gestão do medicamento, no sentido de garantir e disponibilizar o acesso (ARAÚJO et al., 2005). Entretanto para uma adequada Assistência Farmacêutica se faz necessário bem mais que serviços gerenciais, é necessário que serviços Assistenciais garantam um adequado uso racional.

Estes serviços já começaram a ser feitos e incentivados com Políticas Públicas, como exemplo o QUALIFAR SUS, através da Portaria 1.214 de 13 de Junho de 2012 que Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS), nos seus quatro eixos: Eixo estrutura; Educação; Cuidado e Informação.

Com a implantação da RESOLUÇÃO Nº 585 DE 29 DE AGOSTO DE 2013, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico, foi possível deixar de forma mais clara e ampla que o farmacêutico contemporâneo atua no cuidado direto ao paciente, redefinindo sua prática a partir das necessidades dos pacientes, familiares, cuidadores e sociedade. (BRASIL, 2013).

Com todas estas colocações e considerações frente à Assistência Farmacêutica no Brasil, este trabalho objetiva analisar a evolução da Assistência Farmacêutica no Brasil após o surgimento de portarias, leis, resoluções e RDC's, de forma a identificar as melhorias, os direitos dos usuários e apontar os problemas que dificultam uma adequada prestação de uma Assistência Farmacêutica de qualidade nos mais diversos âmbitos do SUS.

## **2. METODOLOGIA**

Optou-se pela pesquisa bibliográfica ou seja revisão de literatura do tipo narrativa, sendo assim um estudo exploratório, buscando estudar a evolução da Assistência Farmacêutica no Brasil a partir da Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998 que trata da Política Nacional de Medicamentos (PNM). Teve como critérios de inclusão os artigos em língua portuguesa, publicados em base de dados SciElo, Lilasc, Medline relacionados à Política Nacional de Medicamentos e a prestação da Assistência Farmacêutica nos diversos âmbitos do SUS, bem como leis, portarias, RDC's e legislações referentes à Assistência Farmacêutica no SUS após a publicação da PNM.

## **3. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O estudo foi feito de acordo com o proposto na metodologia, teve 26 artigos analisados ao longo da pesquisa, destes foram descartados 9 artigos pois não tinham relevância para o estudo e ficaram 17 artigos no período de 1998 a 2015. Para uma melhor abordagem foram utilizados também 1(uma) lei, 3 (três) portarias, 3 (três) resoluções e 1 (uma) RENAME (Relação Nacional de Medicamentos) atualizada.

Dos artigos analisados foi mais viável para a discussão e um melhor entendimento dividirmos nos principais tópicos encontrados que foram: Assistência Farmacêutica no Brasil, Financiamento da Assistência Farmacêutica, Avanços tecnológicos, RENAME e questões relacionadas ao processo de judicialização.

**Tabela 1.** Artigos, resoluções e portarias utilizados em cada tópico:

Tópicos	Artigos, Resoluções e Portarias
AF no Brasil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004;</li> <li>• Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde;</li> <li>• Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde;</li> <li>• Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização.</li> </ul>
Financiamento da AF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portaria 204 de 29 de janeiro de 2007;</li> <li>• Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde.</li> </ul>
Avanços tecnológicos na AF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde;</li> <li>• Resolução CNE/CES 2, de 19 de fevereiro de 2002;</li> <li>• Lecciones aprendidas en la provisión de medicamentos para la atención primaria de la salud;</li> <li>• Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde;</li> <li>• HÓRUS: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema</li> </ul>

	<p>Único de Saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012;</li> <li>• Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS.</li> </ul>
RENAME	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2014;</li> <li>• Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros;</li> <li>• Conheça mais sobre RENAME;</li> <li>• Seleção de medicamentos essenciais e a carga de doença no Brasil.</li> </ul>
Judicialização e os desafios da AF	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade;</li> <li>• A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica;</li> <li>• Coleção Progestores para Entender a Gestão do SUS;</li> <li>• Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável.</li> </ul>

### 3.1 Assistência farmacêutica no Brasil

De acordo com a RESOLUÇÃO Nº 338, DE 06 DE MAIO DE 2004, a Assistência Farmacêutica tem ações que envolvem de forma conjunta com a Atenção Farmacêutica, considerado como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica (BRASIL,2004).

Essa junção compreende atitudes, valores éticos, habilidades, comportamentos, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promovendo e recuperando a saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a ligação direta do farmacêutico ao usuário, visando uma farmacoterapia racional para obtenção de resultados definidos, voltados para uma melhor qualidade de vida ao usuário (BRASIL,2004).

A Assistência Farmacêutica não está restrita apenas à produção e distribuição de medicamentos, mas sim a um conjunto de procedimentos que são essenciais à

promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, direcionada ao medicamento. Dessa forma com esse direcionamento a Assistência Farmacêutica passa a englobar atividades de pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição e dispensação, esta última entendida como o ato indispensável de orientação do farmacêutico quanto ao uso adequado e farmacovigilância (ARAÚJO et al.,2005).

Neste mesmo artigo foi definido o papel do farmacêutico nesta política:

“O farmacêutico ocupa papel-chave nessa assistência, na medida em que é o único profissional da equipe de saúde que tem sua formação técnico-científica fundamentada na articulação de conhecimentos das áreas biológicas e exatas. E como profissional de medicamentos, traz também para essa área de atuação conhecimentos de análises clínicas e toxicológicas e de processamento e controle de qualidade de alimentos” (ARAÚJO et al.,2005).

Quando tratamos da organização da assistência farmacêutica pública de saúde no Brasil, é necessário ponderar que o seu modelo de administração segue os mesmos moldes da administração de gestão da saúde. Primeiro, é necessário dividir o que é assistência farmacêutica ambulatorial (com dispensação de medicamentos diretamente aos pacientes para uso em suas residências) e o que é assistência farmacêutica hospitalar (com dispensação de medicamentos para administração aos pacientes nos serviços de saúde) (VIEIRA et al.,2011).

A organização da Assistência Farmacêutica, em conjunto com todas as suas ações, apresenta-se ainda como uma realidade em construção, desarticulada das demais ações de saúde, centralizada, oposta a proposta de trabalho da equipe. Para que ocorra uma transformação, é primordial renovar para reconstruir o modo de agir, de pensar dos sujeitos envolvidos nesse processo (gestores, trabalhadores, usuários) que de modo direto fazem parte da organização (ALENCAR, 2011).

É preciso lembrar e usar mais a humanização na assistência no serviço de saúde, juntamente com o processo de organização da Assistência Farmacêutica, pensando nas atividades do seu ciclo logístico, compreendendo que a organização dessas ações reforça o sentido de integralidade das ações que estão estabelecidos como princípio do SUS, uma vez que contribuirá para tornar mais eficiente e resolutiva as ações de saúde (ALENCAR,2011).

É nítido que a Assistência Farmacêutica começou a evoluir após o surgimento de resoluções e portarias pois estes garantiram de forma efetiva a saúde para todos e o papel primordial do farmacêutico nessa prestação de saúde. Mas ainda é necessário grandes transformações para que a Assistência Farmacêutica aconteça em todos os lugares, e isso vai depender de todos os profissionais e os gestores fazerem seu melhor trabalho e se unirem em uma missão comum ao paciente.

### **3.2 Financiamento da AF**

A PORTARIA 204 DE 29 DE JANEIRO DE 2007 regulamenta o financiamento para ações e serviços de saúde através de recursos federais na forma de blocos de financiamento tendo um maior controle e monitoramento. O bloco de financiamento destinado para a Assistência Farmacêutica é constituído por três componentes:

1. Componente Básico da Assistência Farmacêutica: é destinado para aquisição de medicamentos e insumos, incluindo os que são relacionados a agravos e programas de saúde específicos da Atenção Básica à Saúde (programas de Hipertensão, Diabetes, Asma, Rinite, Saúde Mental, Saúde da Mulher, Alimentação, Nutrição e Combate ao



Tabagismo).O financiamento deste componente básico é de responsabilidade da União, Estados, e dos Municípios o chamado financiamento tripartite.

2. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: destinado ao financiamento de ações de assistência farmacêutica dos seguintes programas de saúde estratégicos:

- Controle de endemias: tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de chagas e outras doenças que são endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- Antirretrovirais referente ao programa DST/Aids;
- sangue e hemoderivados;
- imunobiológicos.

3. Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE): destinado ao financiamento de Medicamentos de Dispensação Excepcional, para aquisição e distribuição do grupo de medicamentos, conforme critérios estabelecidos em portaria específica, o financiamento é de responsabilidade do Ministério da Saúde e dos Estados (BRASIL, 2007).

VIEIRA et al.,(2011), ressalta que a Assistência Farmacêutica começou a acontecer de forma adequada depois que foi implantado os componentes de financiamento que são destinados à aquisição de medicamentos para à população. Por que antes da portaria de financiamento não se tinha uma média de custo para cada componente e com isso muito dinheiro era gasto indevidamente, medicamentos eram comprados sem necessidade pois os profissionais não conheciam o perfil daquele lugar, e não tinha valor certo de quanto se tinha para gastar com tais medicamentos.

Com o surgimento da portaria de financiamento surgiram vários outros programas que ajudaram a Assistência Farmacêutica a evoluir, a divisão dos

componentes por exemplo facilitou a aquisição dos medicamentos pois para cada componente tem um valor e uma esfera de governo é responsável por repassar esse dinheiro.

A equipe de farmacêuticos agora consegue dividir a compra de acordo com cada programa, ou seja, se tem um maior planejamento de acordo com o perfil da população. Os pacientes passaram a ter mais acesso aos medicamentos gratuitamente, seja para doenças básicas como: hipertensão, diabetes, asma, dentre várias outras, como para doenças de alta complexidade como: hepatite, osteoporose, endometriose, puberdade precoce, dentre várias outras.

### **3.3 Avanços Tecnológicos na AF**

As transformações no perfil do profissional farmacêutico, ocorreu através da implantação do currículo generalista, onde confere ao profissional inserir-se no sistema de saúde, assumindo um papel importante passando informação correta sobre os medicamentos e também no desenvolvimento pleno da assistência farmacêutica (ARAÚJO et al.,2006).

A implantação do currículo generalista se deu através da RESOLUÇÃO CNE/CES 2, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002, onde o Curso de Graduação em Farmácia passou a ter como perfil do formando egresso/profissional o Farmacêutico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde. Capacitado para o exercício de atividades referentes aos fármacos, medicamentos, análises clínicas e toxicológicas e ao controle, produção e análise de alimentos, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício da sociedade (BRASIL, 2002).

A oferta de medicamentos necessita de estratégias para funcionar da melhor forma possível como: universalizando o acesso a bens e serviços, contendo os custos e melhorando a eficiência através de recursos (TOBAR, 2008).

A qualidade dos serviços farmacêuticos ainda é muito criticada devido à estruturação dos serviços prestados, que apresentam constantes problemas relacionados a falta de medicamentos por conta de um controle de compra ineficiente, a falta de atenção dos prescritores com os medicamentos padronizadas para os serviços de saúde, adequação as práticas de armazenagem visando a manutenção da qualidade e evitando perdas (VIEIRA, 2008).

Com o passar dos anos surgiu a necessidade de implementações de programas tecnológicos para auxiliar a assistência farmacêutica e tentar aprimorar ainda mais essa assistência para a população, um deles foi o HÓRUS: O Sistema Hórus foi concebido para atender às particularidades da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, por meio dos componentes: básico, estratégico e especializado. Seu advento, em 2009, teve como objetivo qualificar a gestão e os serviços da Assistência Farmacêutica nos três níveis de governo, além de tentar aprimorar as ações de planejamento, monitoramento, desenvolvimento e avaliação de assistência à saúde (COSTA et al., 2012).

O HÓRUS é um sistema *web* onde os cadastros iniciais são preenchidos pelos gestores estaduais e municipais, compreendendo informações como: dados de estabelecimentos de saúde e departamentos envolvidos na distribuição e dispensação de medicamentos, dados de usuários de medicamentos do SUS, locais de armazenamento de medicamentos, insumos e procedência das prescrições. O Hórus possibilita, ainda, registro de medicamentos sob controle especial, uma parceria estabelecida com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (COSTA et al.,2012).

A PORTARIA Nº 1.214, DE 13 DE JUNHO DE 2012, trata do QUALIFAR-SUS (Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde), esse programa contribui para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nos serviços e ações de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura responsável e humanizada, esse programa contribuiu para a evolução dos avanços na Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2012).

O QUALIFAR-SUS está organizado em 4 (quatro) eixos, com os seguintes objetivos:

I - Eixo Estrutura: contribui para a estruturação dos serviços farmacêuticos no SUS, de modo que estes sejam compatíveis com as atividades desenvolvidas na Assistência Farmacêutica considerando a área física, equipamentos, mobiliários e recursos humanos;

II - Eixo Educação: promove a educação permanente e capacita os profissionais de saúde para qualificação das ações da Assistência Farmacêutica;

III - Eixo Informação: produz documentos técnicos e disponibiliza informações que possibilitem o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços da Assistência Farmacêutica; e

IV - Eixo Cuidado: insere a Assistência Farmacêutica nas práticas clínicas visando a resolutividade das ações em saúde, otimizando os benefícios e minimizando os riscos relacionados à farmacoterapia (BRASIL, 2012).

Um conjunto de mudanças começou a ocorrer com a implantação do QUALI-SUS onde esse programa proporciona um maior conforto para o usuário, atendimento de acordo com o grau de risco, atenção efetiva pelos profissionais de saúde. Esses foram avanços que favoreceram a Assistência Farmacêutica e programas como esses deveriam ser implantados por todos os cantos (O'DWYER,2007).

Os avanços tecnológicos foi um ponto de grande avanço para a Assistência Farmacêutica pois foi possível ter um maior contato paciente farmacêutico tendo um acompanhamento farmacoterapêutico de qualidade. E a implantação do currículo generalista influenciou para isso, pois os profissionais passaram a ter contato direto com o paciente e não só se preocupar em dispensar o medicamento e sim acompanhá-lo.

### **3.4 RENAME**

De acordo com a RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS 2014, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define medicamentos essenciais como aqueles prioritários às necessidades da saúde à população, os quais devem ser acessíveis em todos os momentos, na dose adequada e a todos os segmentos da sociedade (BRASIL, 2014).

No Brasil estas listas oficiais de medicamentos são elaboradas desde 1964, antes mesmo da publicação recomendada de lista modelo de medicamentos feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978. Inicialmente, as atualizações eram realizadas pela Central de Medicamentos (Ceme), que a partir da versão de 1975 passou a receber a denominação de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (BRASIL, 2014).

Após um período sem atualizações na RENAME, o processo foi retomado de forma sistemática pelo 8º Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos /

Ministério da Saúde em 2005, com a criação da Comissão Técnica e Multidisciplinar de atualização da RENAME (Comare), a qual foi, sob coordenação do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), passou-se a revisar e publicar a RENAME a partir de sua quinta edição em 2006 (BRASIL,2014).

Os estudos nacionais sobre esse tema têm focado principalmente a prescrição de medicamentos constantes na RENAME ou nas Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (REMUME), sendo que estas últimas devem ser elaboradas para que atenda às necessidades específicas da população de cada município, tendo a RENAME como modelo a ser seguido (DAL PIZZOL et al., 2009).

Trata-se do acesso universal e igualitário aos medicamentos, assim, o termo RENAME é ampliado e a relação passa a compreender a seleção e a padronização de todos os medicamentos indicados para tratamento das doenças e dos agravos no âmbito do SUS. A RENAME apresenta os medicamentos a serem disponibilizados e ofertados aos usuários no SUS, visando garantir a integralidade do tratamento medicamentoso (BRASIL,2014).

A RENAME deve ser o instrumento principal para as ações de planejamento, seleção de medicamentos e organização da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Aos gestores estaduais e municipais, deve haver a elaboração e pactuação de suas Relações de Medicamentos. Às equipes de saúde, principalmente os prescritores, devem seguir a RENAME, juntamente com o Formulário Terapêutico Nacional, como um importante auxílio na escolha da melhor terapêutica. Para a população e usuários do SUS, a RENAME passa a ser um compromisso com a disponibilização de medicamentos selecionados nos preceitos técnico-científicos e de acordo com as prioridades de saúde de nossa população (TEMPORÃO, 2008).

Com os avanços tecnológicos foi preciso melhorar em vários aspectos a assistência farmacêutica, um deles foi ter estudos sobre a RENAME onde foi visto que houve um significativo aumento da lista de medicamentos essenciais e por consequência disto um aumento na inclusão de medicamentos em políticas e programas vigentes contribuindo para um maior acesso à medicamentos essenciais com maior racionalidade em seu uso. Em meio a esse contexto de grande oferta de produtos e dentre as vantagens de uma lista limitada de fármacos de elevada prioridade estão: a manutenção de substâncias ineficazes ou tóxicas fora do uso comum; a opção por medicamentos com melhor relação custo-efetividade entre produtos terapeuticamente equivalentes; gerência mais eficiente de um limitado estoque farmacêutico e a necessidade de produzir informações sobre os fármacos disponíveis (BRASIL,2014).

A atual RENAME do ano de 2014 segue o mesmo formato da anterior, é constituída por todos os medicamentos constantes nos Componentes de Financiamento da Assistência Farmacêutica (básico, estratégico e especializado), sendo também incluída a Relação Nacional de Uso Hospitalar e a Relação Nacional de Insumos Farmacêuticos. Nela também foram inseridos os medicamentos homeopáticos e fitoterápicos (FIGUEIREDO, 2014).

Segundo FIGUEIREDO(2014), a versão de 2014 da RENAME o faz com um número superior de medicamentos, diferenciando-se dentre as demais no critério de essencialidade. Os medicamentos dos Componentes buscam, em alguns casos, atender às particularidades da população por eles coberta, o que vai de encontro ao conceito de medicamentos essenciais preconizado pela OMS. Contudo, ainda há um grande número de prescrição de medicamentos fora das listas, o que nos leva a refletir que ainda existe uma cultura de prescrição influenciada pela indústria farmacêutica, pela falta de

conhecimento em relação aos medicamentos disponibilizados pelo SUS, mas também pode revelar uma deficiência na formulação das listas de medicamentos fornecidos.

Alguns problemas precisam ser discutidos, a RENAME precisa ser atualizada mais frequentemente pelo menos anualmente, pois o perfil da população sofre alterações, surge a cada dia medicamentos com tecnologias mais avançadas e melhor benefício e eficácia terapêutica, e outro ponto a ser discutido é a ampliação dessa relação com mais medicamentos para atender a um maior número de patologias, pois esses problemas dificultam uma Assistência Farmacêutica de qualidade e muitas vezes induzem a judicialização da Assistência Farmacêutica.

### **3.5 Judicialização da política pública na saúde e os desafios da assistência farmacêutica**

O recebimento de medicamentos por ação judicial tornou-se uma prática comum nos últimos anos. Após a aprovação da *Constituição Federal* Brasileira de 1988 tornou-se cada vez mais frequente a intervenção do poder judiciário em questões que, inicialmente, são da competência dos poderes executivos ou legislativos. A este novo papel exercido pelo Judiciário na tentativa de garantir direitos individuais tem sido atribuída a noção de *judicialização*. No campo da política de saúde, a *judicialização* tem se traduzido como a garantia de acesso a bens e serviços por intervenção do recurso a ações judiciais (CHIEFFI et al., 2009).

Com o aumento dessas ações e a impossibilidade de previsão orçamentária dos gastos por elas acarretados, os gestores do sistema de saúde, nos âmbitos municipal, estadual e federal, tentam resolver de diversas formas os impasses criados (CHIEFFI et al., 2009).



A “judicialização da saúde”, expõe limites e possibilidades institucionais estatais e instiga a produção de respostas efetivas pelos agentes públicos, do setor saúde e do sistema de justiça. A intervenção judicial da gestão do setor de saúde tem sido alvo de intenso debate e, recentemente, ganhou destaque no Supremo Tribunal Federal (STF), com a realização de audiências públicas, que possibilitou a interlocução entre pessoas envolvidas (PEPE et al., 2010).

Os problemas de gestão da assistência farmacêutica (AF) relacionados à judicialização da saúde não está restrita à entrega de medicamentos presentes ou não nas listas oficiais públicas. Há características específicas para esta demanda, que vem exigindo uma atuação do gestor, administrativo e judicial, para responder às ordens judiciais, de forma a evitar o crescimento de novas demandas e preservar os princípios e as diretrizes do sistema único de saúde (SUS) (PEPE et al., 2010).

A aquisição de medicamentos e produtos para atendimento das demandas judiciais concedidas estabelece um prazo de cinco a quinze dias para a dispensação do medicamento ao usuário. Esse é o tempo previsto para instrução do processo, aquisição, entrega do medicamento ou produto pela empresa e a dispensação ao paciente (CONASS, 2007).

Quando se trata de medicamentos não padronizados e que não integram nenhum Programa e que, portanto, provavelmente não estão disponíveis no estoque da Secretaria Estadual de Saúde ( SES ), as formas frequentemente utilizadas para atender no prazo são, a aquisição por dispensa de licitação por emergência ou declaração de inexigibilidade por exclusividade, sendo o fundamento legal, respectivamente, o Inciso IV do Artigo 24 e o Inciso I do Artigo 25, ambos da Lei 8666/93, que institui normas

para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências (CONASS, 2007).

De acordo com BASSETTE(2011), foi possível estudar formas de reduzir esses processos, apontando para o fato de ser necessário uma atualização mais rápida da Relação Nacional de Medicamentos e dos protocolos do SUS, porque pela falta de alguns medicamentos na lista que muitos entram com processos na Justiça. A judicialização da saúde carece de uma maior atenção de todos os setores da sociedade, pois seu crescimento desordenado poderá trazer graves consequências para o equilíbrio orçamentário do país. A saúde é um direito humano fundamental, esse é o principal fator que desencadeia a expansão dos processos judiciais. Por isso, é necessário haver um equilíbrio entre a manutenção do direito individual e das políticas públicas previstas, para que o orçamento público não seja desfalcado a tal ponto que torne inviável a atuação do Estado.

#### **4. CONCLUSÃO**

No presente trabalho concluímos que apesar de todas as leis, portarias, RDC's e legislações vigentes, considerando uma visível evolução, todos os avanços na organização da Assistência Farmacêutica que dispõe de lista oficial de medicamentos que é a RENAME, com um financiamento onde participa as três esferas de governo num modelo tripartite, e mesmo tendo uma política de qualificação da atenção a saúde no SUS que é o programa QUALI-SUS, ainda encontra-se desarticulada das demais ações de saúde e por isso a qualidade dos serviços farmacêuticos disponibilizados é muito criticada devido à sua estruturação na prestação à população.

Visando diminuir essa desarticulação foram feitos vários investimentos para auxiliar a Assistência Farmacêutica, dentre eles programas tecnológicos à exemplo do HÓRUS que apesar de disponível não há uma obrigatoriedade na implantação desse sistema, os meios estão disponíveis mais os gestores não investem para colocar em prática, poucas regiões, municípios utilizam esse programa. Devido a essa falta de adequação no atendimento, houve um crescimento considerável da população na busca por garantir seus direitos estabelecidos no SUS através de ação judicial e o aumento da demanda judicial acarreta um impacto sobre a gestão da Assistência Farmacêutica, onde foram verificadas grande deficiência nas atividades da Assistência Farmacêutica regular, falta de recursos humanos e falta de estrutura física para uma adequada disponibilização de medicamentos à população.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter nos dado saúde, força e fé pra seguir em frente com esse trabalho;

Aos nossos pais e familiares por todo apoio e palavras de incentivo;

A nossa orientadora Prof<sup>a</sup> Msc. Ana Cláudia Florêncio Neves, por toda paciência e colaboração em todo esse trabalho;

Enfim a todos que nos ajudaram diretamente ou indiretamente o nosso muito obrigado!

## REFERÊNCIAS

ALENCAR, T.O.S. **Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização.** Universidade estadual de Feira de Santana, 2011.

ARAÚJO, A.L.A et al. **Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde.** Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., v. 26, n.2, p. 87-92, 2005.

ARAÚJO, A.L.A et al. **Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde.** Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas vol. 42, n. 1, jan./mar., 2006.

BASSETTE, F. **Judicialização da saúde: em busca de uma contenção saudável.** O Estado de São Paulo, Vida, Saúde. São Paulo, 28 abr. 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 set. 1990.

BRASIL. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998.** Ministério da Saúde, Brasília, DF, 30 out. 1998.

BRASIL. **Resolução CNE/CES 2/2002**. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de março de 2002. Seção 1, p. 9.

BRASIL. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 06 mai. 2004.

BRASIL. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 29 jan. 2007.

BRASIL. **Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 13 jun. 2012.

BRASIL. **Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013**. Conselho Federal de Farmácia, 29 ago. 2013.

BRASIL. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2014**, disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao\\_nacional\\_medicamentos\\_essenciais\\_rename\\_2014.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_essenciais_rename_2014.pdf) >. Acesso em: 03/07/2015.

CHIEFFI, A.L et al. **Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(8):1839-1849, ago, 2009.

CONASS. **Coleção Progestores para Entender a Gestão do SUS.** Volume 7  
Assistência Farmacêutica no SUS 1ª edição Brasília, 2007.

COSTA, K.S et al. **HÓRUS: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde.** Rev Saúde Pública 2012.

DAL PIZZOL, T.S et al. **Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros.** Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil, 2009.

FIGUEIREDO, T.A. **Seleção de medicamentos essenciais e a carga de doença no Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30(11):2344-2356, nov, 2014.

PASQUETTI, C.V. **O Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no Brasil: evolução da legislação e o seu contexto histórico.** Pontifícia Universidade de Goiás – PUC-GO/Instituto de Estudos Farmacêuticos – IFAR, 2010.

PEPE, V.L.E et al. **A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2405-2414, 2010.

O'Dwyer, G.O et al. **Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS.** Departamento Administração e Planejamento em Saúde, Escola

Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Av. Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ.

SANT'ANA, J.M.B et al. **Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil**. Rev Panam Salud Publica. 2011;29(2):138-44.

TOBAR, F. **Lecciones aprendidas en la provisión de medicamentos para la atención primaria de la salud**. *Salud Pública de México*, Cuernavaca, 2008.

TEMPORÃO, J.G. **Conheça mais sobre RENAME**. 2008. Disponível em: <<http://www.universitario.com.br/noticias/n.php?i=6360>>. Acesso em 16/03/2015.

VIEIRA, F.S. **Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde**. Rev Panam Salud Publica. 2008;24(2):91-100.

VIEIRA, F.S et al. **Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde**. Doutora em Saúde Coletiva, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Ministério da Saúde, Brasília, DF, Brasil, 2011.

