

ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA DA POLÍTICA NACIONAL DE DISTRIBUIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Bibliographic Review of the National Policy for Distribution of Medicines

Edilene Maria da Silva Barbosa¹, Fernanda Costa Tenório², Lílian Francisca Cândido de Souza²

¹ Professora, Mestre. Docente da Universidade de Pernambuco (UPE).

² Formandas do Curso de Especialização em Saúde Pública com ênfase em Gerência de Serviços de Saúde e Saúde da Família da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG). Universidade de Pernambuco (UPE).

E-mail da autora para correspondência: edilenemsb@ig.com.br

Recebido em 09/10/2008, Aceito em 22/04/2010

RESUMO: Sabendo-se que a Política Nacional de Medicamentos é voltada para assistência à população como um todo, priorizando aquelas de menor poder aquisitivo, este trabalho traz uma análise geral acerca da política nacional de distribuição de medicamentos. A proposta aqui é apresentar um breve levantamento conceitual acerca dessa política fazendo uma articulação com o conteúdo da disciplina. Para elaboração deste artigo, foram avaliados documentos veiculados pelo Ministério da Saúde no período de 1992 a 2008, com base nas exigências do assunto abordado e que têm como referência a Política Nacional de Medicamentos. Esta culmina com a efetiva implementação de melhorias capazes de atender e assistir no tratamento das diversas enfermidades existentes, facilitando o fornecimento de medicamentos essenciais.

Palavras-chave: políticas públicas de saúde, farmácia, assistência farmacêutica.

ABSTRACT: It is known that the National Medicines Policy aims to assist the population as a whole, prioritizing those of minor purchasing power, so this work brings a general analysis on the national policy of medicines distribution. The proposal of this study is to present a brief conceptual survey concerning this policy in connection with the contents approached by the discipline. We have analyzed documents issued by the Brazilian Ministry of Health from 1992 to 2008, based on the requirements of the topic addressed and related to the National Medicines Policy. It culminates with

the effective implementation of improvements designed to help and assist in the treatment of various existing diseases, supporting the supply of essential medicines.

Keywords: health public policies, pharmacy, pharmaceutical assistance.

RESUMEN: Sabiendo que la política farmacéutica nacional se orienta a ayudar a la población en su conjunto, priorizando a aquellos con menor poder adquisitivo, este trabajo presenta una visión general sobre la política nacional de distribución de drogas. La propuesta que aquí se presenta es un estudio conceptual breve sobre esta política que establezca una conexión con el contenido de la disciplina. En la preparación de este artículo, se evaluaron las notificaciones hechas por el Ministerio de Salud, en el período 1992 a 2008, basadas en las necesidades del sujeto y hace referencia a la Política Nacional sobre Drogas. Culmina con la aplicación efectiva de las mejoras que se pueden reunir y ayudar a tratar las diversas enfermedades existentes, facilitando el suministro de medicamentos esenciales.

Palabras clave: políticas públicas de salud, farmacia, atención farmacéutica.

INTRODUÇÃO

O Brasil é um país emergente que, apesar de ainda ser considerado subdesenvolvido, viu sua economia crescer substancialmente nos últimos anos, tendo mostrado maior desenvolvimento político e social e aumento de sua competitividade global. Ainda assim, a pobreza é um dos elementos que se fazem presentes em nossa realidade, como consequência direta da situação econômica vigente, entre outros fatores. Falta investimento na educação, na economia, na saúde e em diversos outros setores. A fome impera em diversas regiões, acompanhada de alto índice de desemprego.

Entre outros tantos programas sociais, ao longo dos últimos anos o governo vem se aprimorando e adotando medidas para atender de forma eficaz à população em geral no que se refere à aquisição de medicamentos de forma continuada. São muitas as doenças graves e crônicas que necessitam de medicação permanente. Muitas vezes os preços dos remédios são inacessíveis à população de baixa renda e até mesmo para a classe média. Daí a necessidade de apoio governamental no sentido de garantir o acesso dessas pessoas a esse tipo de medicação específica, por meio do SUS, ou seja, de forma gratuita.

Sabemos ainda que existem parcelas da população excluídas de qualquer tipo de atenção, daí a necessidade de uma política eficaz que atenda essa demanda. A criação da Política Nacional de Medicamentos, aprovada

pelo Conselho Nacional de Saúde por meio da Portaria n. 3.916/98, que visa garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade desses produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população aos produtos considerados essenciais, fortalecendo princípios e diretrizes constitucionais e legalmente estabelecidos, assim concretizando metas e planos do Governo e contribuindo para o desenvolvimento social do país, sendo de extrema importância para a qualidade de vida da população.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2000), os indicadores demográficos mostram que o perfil do consumidor brasileiro que possui renda zero a quatro salários mínimos representa 51% da população, os quais consomem 16% do mercado, indicando aí a necessidade de que a política de distribuição de medicamentos confira especial atenção aos aspectos relativos ao uso racional, como também à segurança, eficácia e qualidade dos produtos colocados à disposição dessa classe.

O compromisso dessa política é dar ênfase à realidade epidemiológica, visando assegurar o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo, priorizando os medicamentos essenciais que atendam à população carente.

O programa visa a padronização de remédios a serem incluídos na lista da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) para facilitar o acesso de uma grande parcela da população que sofre com a baixa disponibilidade e descontinuidade da

oferta de medicamentos essenciais para o tratamento de suas enfermidades.

PROCEDIMENTO

Para a elaboração deste artigo, foram avaliados documentos veiculados pelo Ministério da Saúde no período de 1992 a 2008, fundamentados nas exigências do assunto abordado e que têm como referência a Política Nacional de Medicamentos.

1 Política Nacional de Medicamentos – conceituação

As ações governamentais concernentes à área de saúde configuram decisões políticas explicitadas publicamente para aprovação de proposta apropriada e participativa que atenda a interesses coletivos.

Criar políticas públicas é configurar decisões de caráter geral conquistando rumos estratégicos fundamentais para assistência da coletividade. A configuração das ações de saúde, enquanto política governamental, adquire o formato de modelos tecno-assistenciais para a formulação que procura apresentá-los como projetos de políticas públicas que despertam determinados rumos possíveis para a política de governo no campo da saúde coletiva.

Para Merhy (1992), a saúde pública tem se identificado como campo das ações de saúde que tem como perspectiva a promoção e proteção da saúde individual e coletiva, por meio da atuação nas dimensões coletivas.

Criada pelo Conselho Nacional de Saúde em 1998, a Política Nacional de Medicamentos proporciona a racionalização da

produção de medicamentos com atuação coordenada e cooperada dos laboratórios oficiais, garantindo condições para a qualidade e segurança do consumo de medicamentos no país.

Baseada nos mesmos princípios que orientam o SUS (Sistema Único de Saúde), essa política foi gerada como uma estratégia essencial que contribui para viabilização da distribuição de medicamentos em geral.

2 Trajetória da Política Nacional de Saúde no Brasil

Na década de 1970, no Brasil deu-se início a uma série de estudos e pesquisas no campo da saúde, demonstrando a vinculação entre esta e a estrutura social do país. A intenção era analisar a crise no setor e propor soluções. Naquela época, as políticas de saúde empreendidas desde a unificação dos IAPs (1966) até a aprovação do Plano do CONASP (1982) estavam assim configuradas: extensão da cobertura previdenciária, abrangendo quase a totalidade da população urbana e parte da rural; privilegiamento da prática curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento das medidas de caráter preventivo e de interesse coletivo; prática médica orientada para a lucratividade, favorecendo a prática privada desses serviços; criação de um complexo médico-industrial; diferenciação da prática médica em função da classe social da clientela.

Esse tipo de política, de caráter privatizante e antipopular, acabou por gerar contradições no interior do próprio Estado, causando impossibilidade de atender à

crescente demanda por serviços de saúde, dado o aumento de custo destes; impossibilidade de controlar os custos da assistência médica previdenciária; e impossibilidade de atender aos requisitos básicos do planejamento e nacionalização das ações de saúde.

Visando aliviar as tensões decorrentes das péssimas condições de vida e de saúde de parcelas significativas da população brasileira, bem como diminuir os efeitos danosos das políticas de saúde antipopulares, os governos das décadas posteriores a 1974 passaram a assumir um discurso "social", dando espaço para políticas racionalizadoras, paralelas e subalternas. Alguns passos significativos para a reordenação do setor da saúde foram criados, indicando certo potencial de mudança, embora algumas dessas propostas tenham sofrido boicotes em sua implementação: Lei n. 6.229, que criou o Sistema Nacional de Saúde (1975), Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS, 1976), Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE, 1980) e o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (Plano CONASP, 1982).

2.1 Ações Integradas de Saúde – AIS

As Ações Integradas de Saúde (AIS) surgiram seguindo um modelo descentralizador e de cobertura universal. Ou seja, tinham como bases precursoras os alicerces para o surgimento do SUDS/SUS, que embora não tenham conseguido

substituir o modelo anterior, convivem, até hoje, com os dois modelos (privatista e descentralizador).

As AIS significaram um avanço no processo de democratização da sociedade brasileira, gerando possibilidades para a constituição de uma agenda alternativa para a política de saúde. Tinham como principais objetivos: transferência de recursos para as redes públicas estaduais de saúde; desenvolvimento de capacidade gerencial dos serviços no nível local e regional; integração da alocação de recursos oriundos de diversas fontes; valorização dos recursos humanos da equipe de saúde; planejamento da intervenção mediante o desenvolvimento de parâmetros técnicos e financeiramente viáveis e adaptados às condições locais; e orientação da pesquisa.

Mesmo existindo problemas com a operacionalização do sistema, as AIS representaram o início de um processo que foi capaz de transferir mais recursos federais para os Estados e Municípios, aumentando os níveis de equidade e universalização. Reforçaram a homogeneização das condições de oferta de serviços de saúde e representaram uma tentativa de efetivar a descentralização administrativa com maior participação decisória dos setores envolvidos.

Alguns avanços conquistados pelas Ações Integradas de Saúde merecem destaque: ativação de um processo de gestão colegiada e articulação interinstitucional, rompendo com a descoordenação da prestação de serviços de saúde verificada no período anterior; possibilidade de maior

controle e avaliação por parte dos usuários, em algumas experiências regionais e presença das ações de caráter coletivo. Esse foi o início do processo de institucionalização do comando único do sistema de saúde em cada esfera de governo, da organização da atenção à saúde, incluindo uma política pública voltada para a assistência farmacêutica nas três esferas do governo (federal, estadual e municipal) (GRANJEIRO, 2009).

Apesar de todas essas conquistas, a constituição de um novo padrão de política de saúde só aconteceu posteriormente, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

2.2 Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS)

O SUDS foi criado em 1987, diferenciando-se da AIS por conseguir uma maior aproximação entre o Governo Federal e os Estados e por possuir uma melhor estrutura de planejamento e programação das ações de saúde. Por meio dele foi possível estabelecer uma clara definição de competências entre as três esferas de governo. Seus objetivos eram: descentralizar as decisões políticas e seus desdobramentos operacionais; superar a dicotomia existente no modelo de saúde anterior, mediante a unificação institucional; regionalizar e hierarquizar as redes de atendimento; obter melhor desempenho do setor público e controle do setor privado; conferir maior resolutividade e integralidade aos serviços; e universalizar o atendimento.

Vale ressaltar que o SUDS, enquanto reafirmação da estratégia das AIS, foi

impulsionado pelo contexto político da época (Nova República), associado a uma conjuntura marcada pelo aumento significativo das receitas previdenciárias. A implantação do SUDS implicou estratégias de repasse de recursos financeiros do nível federal para as secretarias estaduais e municipais de saúde, mediante adesão destas ao convênio SUDS. Pode-se dizer que o SUDS lançou bases para a construção do SUS, embora não tenha provocado mudanças radicais nos serviços, nem no modelo assistencial por conta dos entraves inerentes à conjuntura política, burocrática e financeira do governo daquela época. O SUDS, principalmente, não conseguiu promover a efetiva descentralização administrativa para os municípios e desconsiderou a questão da participação popular, elemento considerado imprescindível para o sucesso das reformas propostas.

2.3 Sistema Único de Saúde - SUS

A partir da Constituição de 1988, a saúde finalmente passou a ser vista como um direito de todos e dever do Estado, garantindo, mediante políticas sociais e econômicas, a redução do risco de doença e de outros agravos, e, principalmente, o acesso universal e igualitário de todos às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que passou a integrar as ações e serviços públicos de saúde numa rede regionalizada e hierarquizada, cuja organização passou a obedecer as seguintes diretrizes: descentralização com direção única

em cada esfera do governo; atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; participação da comunidade.

Com a criação do SUS, ficaram superados, no plano jurídico, os principais entraves ao enfrentamento dos problemas de saúde de uma forma bastante ampla, contemplando ações preventivas, curativas e de promoção de saúde, garantindo a participação de representante dos usuários na elaboração das políticas de saúde, participação esta bastante necessária para garantir a concretização dos avanços inscritos na lei.

2.4 Assistência Farmacêutica – AF

A Assistência Farmacêutica (AF) tem como atividade básica a distribuição de medicamentos em qualquer nível de assistência à saúde. Segundo a OMS, o conceito de Atenção Farmacêutica (AF) é um compêndio de atividades, comportamentos, compromissos, inquietudes, valores éticos, funções, conhecimentos, responsabilidades e habilidades do farmacêutico na prestação da farmacoterapia (MEROLA; TERRA; COSTA, 2008).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM) definiu as funções e finalidades da AF dentro do SUS como estando relacionadas diretamente com o medicamento, incluindo o abastecimento (seleção, programação e aquisição), a conservação e o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica, o acompanhamento e avaliação da utilização para assegurar o seu uso racional. A gestão da AF deve ser

descentralizada e a aquisição feita com base em critérios epidemiológicos a fim de melhor atender às necessidades locais das populações por medicamentos.

Durante muitos anos, as ações da AF no sistema de saúde público do Brasil se confundiram com as ações da Central de Medicamentos (CEME), que foi criada em 1971 com o objetivo de promover e organizar as atividades de assistência farmacêutica direcionadas a essa população; identificar indicadores de saúde por região e faixa etária e levantar a capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos oficiais e nacionais; e coordenar mecanismos de distribuição e venda de medicamentos em todo o território nacional. Os recursos financeiros eram originários do convênio firmado entre a CEME e o INPS e sua gestão era centralizadora.

A CEME, ao longo dos anos, apresentou diversos problemas, entrando numa profunda crise na década de 1990 devido a atritos entre a instituição e os laboratórios oficiais e escândalos de corrupção que culminaram na sua extinção em 1997. Nesse contexto, houve a reedição do Programa Farmácia Básica (PFB), que também apresentou falhas, principalmente no abastecimento. A seguir, foi elaborado e aprovado em 1998 o PNM, Programa Nacional de Medicamentos.

Com base nos mecanismos de financiamento no processo de descentralização da AF, no final da década de 1990 os municípios passaram a gerir a aquisição de medicamentos essenciais distribuídos na ABS, ficando os demais centralizados na esfera estadual e federal.

A Assistência Farmacêutica, por sua importância estratégica para o sistema de saúde e pela complexidade do assunto, mereceu a publicação de uma Portaria Ministerial no final de 1998 que traçou a Política Nacional de Medicamentos. Essa Política configura e explicita uma série de decisões de caráter geral adotadas pelo poder público e que apontam para os rumos e as linhas estratégicas de atuação a serem seguidas (BRASIL, 2000).

As diretrizes observadas pelo Ministério da Saúde no desenho da Política Nacional de Medicamentos foram estruturadas a partir de três eixos de ação governamental:

- Regulação Sanitária: para proteger a população em geral que está usando ou usará em algum momento da sua vida medicamentos. Por meio da qualidade, segurança e eficácia;

- Regulação Econômica: objetiva reduzir custos na aquisição dos medicamentos, tanto pelo usuário como pelo setor público. Aqui destaca-se o Programa Farmácia Popular;

- Assistência Farmacêutica: no âmbito da assistência realizam-se o mapeamento das necessidades da população, as prioridades sob o prisma da saúde pública, os objetivos, as estratégias de promoção e expansão do acesso. É centrada, inclusive, no Programa de Medicamentos Essenciais.

Diretrizes que orientam as ações de competências e abrangências da Assistência Farmacêutica no Brasil:

1. Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais;

2. Regulamentação sanitária de medicamentos;

3. Reorientação da assistência farmacêutica;

4. Promoção do uso racional de medicamentos;

5. Desenvolvimento científico e tecnológico;

6. Promoção da produção de medicamentos;

7. Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;

8. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

2.4.1 O programa de genéricos

É ponto doutrinário fundamental para a construção de uma política de medicamentos genéricos o seu embasamento em princípios éticos e na confiabilidade dos atores nela envolvidos, compreendendo o usuário, o prescritor, o dispensador, o produtor e a autoridade reguladora.

A proposta da Política Nacional de Medicamentos encaminhada ao Conselho Nacional de Saúde pelo Ministério da Saúde, insere diretrizes gerais para a promoção do uso de medicamentos genéricos, por intermédio da adequação de instrumento legal específico, englobando a adoção de denominação comum e ações direcionadas à prescrição e uso desses produtos. Adicionalmente, a adoção de uma política de medicamentos genéricos envolve sua produção, garantia de qualidade, comercialização e prescrição, além de seu uso, fazendo parte substancial da diretriz referente à promoção do uso racional de medicamentos no país.

Essa promoção do uso racional dos medicamentos tem sido também uma das principais diretrizes preconizadas pela OMS, com o objetivo de orientar as políticas nacionais para a utilização correta dos produtos farmacêuticos. Para alcançar esse objetivo, é fundamental a participação ativa e consciente dos profissionais responsáveis pela prescrição e dispensação de medicamentos (médicos, odontólogos e farmacêuticos), além da ampla disseminação junto à população de informações corretas e isentas de conjecturas pessoais por todos os profissionais de saúde (SILVA, 2000).

2.4.2 Alguns conceitos aplicáveis

Medicamento Genérico: entende-se como medicamento genérico, na referência da OMS, "produto farmacêutico intercambiável", um produto farmacêutico que pretende ser intercambiável com o produto inovador, geralmente produzido após a expiração da proteção patentária ou outros direitos de exclusividade, independente de autorização da companhia farmacêutica inovadora;

Produto Farmacêutico Intercambiável: um produto farmacêutico é intercambiável quando é equivalente terapêutico de um medicamento de referência;

Denominação Genérica: nome empregado para distinguir um princípio ativo que não está amparado por marca comercial. É usado comumente por diversos fabricantes e reconhecido pela autoridade competente para denominar produtos farmacêuticos que contenham o mesmo princípio ativo. O nome genérico geralmente corresponde ao da

Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, complementarmente, da Denominação Comum Internacional (DCI), recomendada pela OMS;

Medicamento Inovador: em geral, é aquele com marca, autorizado em primeiro lugar para comercialização (normalmente como medicamento patenteado), com base em documentação de eficácia, segurança e qualidade, reconhecida pela autoridade sanitária nacional;

Medicamento de Referência: corresponde a um produto comercializado com o qual outros produtos pretendem ser intercambiáveis na prática clínica. Geralmente corresponde ao produto farmacêutico inovador ou, na sua ausência, ao líder de vendas no mercado, para o qual se comprovam a eficácia, a segurança e a qualidade;

Medicamento Similar: é aquele que contém os mesmos princípios ativos, as mesmas concentrações, as mesmas formas farmacêuticas, a mesma via de administração, a mesma indicação terapêutica, a mesma posologia, e que é equivalente ao medicamento de referência, podendo diferir somente em características de tamanho, forma, prazo de validade, embalagem, rotulagem e excipientes;

Biodisponibilidade: é a taxa e o grau de absorção (velocidade e totalidade) de um princípio ativo proveniente de uma forma de dosificação, de acordo com o determinado por sua curva de concentração – tempo na circulação sistêmica – ou pela sua excreção na urina;

Bioequivalência: dois produtos são bioequivalentes se farmacologicamente equivalentes e se suas biodisponibilidades depois da administração da mesma dose molar são similares em tal grau que seus efeitos sejam essencialmente os mesmos;

Equivalência Farmacêutica: dois produtos são farmacologicamente equivalentes se contêm a mesma quantidade da mesma substância ativa, na mesma forma farmacêutica, se tem padrões idênticos ou comparáveis e se são indicados para administração pela mesma via. Entretanto, equivalência farmacêutica não necessariamente acarreta equivalência terapêutica, tendo em vista que as diferenças nos excipientes e/ou no processo de fabricação podem conduzir a diferenças no desempenho do produto;

Equivalência Terapêutica: dois produtos farmacêuticos são terapêuticamente equivalentes se farmacologicamente equivalentes e se, depois de sua administração na mesma dose molar, seus efeitos com respeito a eficácia e segurança são essencialmente os mesmos, determinados por meio de estudos apropriados (bioequivalência),

2.4.3 Programa de Farmácia Popular

É um Programa do Governo Federal criado em 2004 com a intenção de atender aos anseios da população e ampliar o acesso a medicamentos essenciais.

O programa tem o intuito de fornecer à população em geral os medicamentos essenciais para a vida do cidadão. Os

medicamentos são vendidos por meio de farmácias próprias a preço de custo e constam na lista, por enquanto, 107 itens para as doenças mais comuns na população brasileira (analgésicos, anti-hipertensivos, medicamentos para diabetes, colesterol, gastrite, pressão alta, etc.).

O programa funciona com a atuação da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sendo órgão do Ministério da Saúde e organizadora do programa que adquire os medicamentos de laboratórios farmacêuticos oficiais públicos e, também, do setor privado. Esses medicamentos produzidos nos laboratórios são adquiridos nos pregões realizados pela fundação.

Um das mais importantes iniciativas do programa é a parceria com as farmácias privadas (Aqui tem Farmácia Popular) que oferece os três tipos de medicamentos mais importantes para: diabetes, hipertensão e anticoncepcionais – fornecidos por laboratórios particulares. Essa iniciativa foi criada em 2006 e oferece medicamento subsidiado, ou seja, o Governo Federal paga até 90% do valor do produto e o usuário paga somente os demais 10% do valor de referência (BRASIL, 2000).

De acordo com a Política Nacional de Medicamentos, agora em 2010 novas empresas farmacêuticas poderão ser credenciadas no programa.

2.5 Relação Nacional de Medicamentos – RENAME

Entre as diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM) estão a adoção da Relação Nacional de Medicamentos (Rename),

que deverá servir de base para o desenvolvimento tecnológico e científico, para a produção de medicamentos no país e para as novas listas de assistência à saúde elaboradas nos níveis estadual e municipal. A relação, elaborada com base no quadro nosológico do país, é o fundamento para orientação da prescrição e do abastecimento da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), com vistas ao aperfeiçoamento de questões administrativas e de redução de custos, instrumentalizando o processo de descentralização. Abrange um elenco de medicamentos necessários ao tratamento e controle das enfermidades prioritárias em saúde pública nos diversos níveis de assistência do país.

Pode ser utilizada também como parâmetro para o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária no estabelecimento de suas ações prioritárias, tais como: a concessão e revisão de registros de medicamentos, a análise das informações veiculadas aos profissionais de saúde e à população, a padronização e atualização de rotulagem e bulas, o estabelecimento de programa de avaliação da qualidade laboratorial e a avaliação pós-comercialização.

Por ocasião da 28ª Assembleia Mundial de Saúde (1975), a OMS apresentou um informe onde examinava os problemas dos países em desenvolvimento, com relação a medicamentos. Ele se referia ao uso de medicamentos essenciais e à implantação de uma política de medicamentos com a finalidade de estender o acesso e o uso racional às populações cujas necessidades não

eram atendidas pelos sistemas de saúde. "Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem as necessidades de atenção à saúde da maioria da população; portanto, eles devem estar disponíveis a todo momento em quantidades adequadas e nas formas e dosagens apropriadas" (WHO, 1997).

O conceito da OMS foi criado como uma resposta às necessidades do setor farmacêutico e sanitário, para melhorar o acesso, equidade e qualidade, assim como a eficiência dos sistemas de saúde, por meio da redução de gastos desnecessários. Esse conceito não é estático, procura considerar os novos conhecimentos sobre os medicamentos e os tratamentos. Seu valor não está limitado apenas ao atendimento primário do setor público, também é útil para várias situações, incluídos os seguros e o setor privado. A seleção desses medicamentos depende de vários fatores, como grau de prevalência de certas doenças, facilidade de tratamento, capacitação e experiência dos profissionais envolvidos com a prescrição, recursos financeiros e fatores genéticos, demográficos e ambientais.

Essa seleção está inserida em um dos três eixos da ação governamental nas diretrizes observadas pelo Ministério da Saúde no desenho da Política Nacional de Medicamentos e que, ao mesmo tempo, orientam as ações de competências e abrangências da Assistência Farmacêutica no Brasil.

Hoje o Brasil possui uma estrutura montada dentro do que foi orientado pela OMS e respaldada pelo SUS, porém, o acesso da

população que de fato necessita a essa política nacional não é fácil, a contar pelas grandes diferenças regionais e a epidemiologia de agravos à saúde, também de caráter regional, invoca um olhar globalizante, mas também regionalizante, sobre os medicamentos considerados essenciais.

CONSIDERAÇÃO FINAIS

Este artigo descreveu a trajetória da Política Nacional de Medicamentos no Brasil, desde a sua criação. A PNM trouxe como diretrizes básicas a adoção da RENAME, a regulação sanitária de medicamentos, a reorientação da assistência farmacêutica com descentralização da gestão, a promoção do uso racional de medicamentos, o desenvolvimento científico e tecnológico, a promoção da produção de medicamentos, a garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos envolvidos com a AF.

Sabe-se que a realidade do povo brasileiro é permeada por imensas dificuldades no tocante ao aspecto financeiro. Seja por inadequação das políticas públicas, seja pela omissão dos políticos em criar projetos que

atendam verdadeiramente às necessidades da população, seja pelo desemprego, pelo analfabetismo e pela extrema pobreza a que é submetido nosso povo, seja por diversos outros motivos, o que vemos mesmo é um triste quadro de sofrimento.

Sem plano de saúde, ganhando muitas vezes apenas um salário-mínimo e muitas vezes desempregado, o cidadão brasileiro normalmente é vítima de doenças graves, sejam de origem genética ou epidemiológica. Não dispondo de recursos financeiros para comprar remédios caros, que devem ser tomados continuamente, ele precisa recorrer ao governo para sobreviver.

Foi nesse sentido que o governo criou a Política Nacional de Medicamentos, a qual vem desempenhando papel importante na vida de boa parte da população. Muitas vidas se mantêm à custa desse programa governamental. Sabemos que nem sempre a população é atendida de forma adequada, que faltam médicos e medicamentos, muitas vezes essenciais à manutenção da vida do indivíduo. No entanto, o esforço do governo tem sido grande nesse sentido. Por isso, essa política é de fundamental importância. Sem ela, muitos indivíduos não estariam sequer vivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, M. F. Z. J.; AMARAL, R. G.; PROVIN, M. G, Intervenção farmacêutica no processo de cuidado farmacêutico: uma revisão. *Revista Eletrônica de Farmácia*, 2008, 1(1).

BONFIM, J. R. A.; MERCUCCI, V. (Orgs.). *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1997.

BRASIL. *Farmácia básica: manual de normas e procedimentos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. *Farmácia básica: manual de normas e procedimentos. Políticas e diretrizes da assistência farmacêutica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

GRANGEIRO, Alexandre; SILVA, Lindalva Laurindo da; TEIXEIRA, Paulo Roberto. Resposta à AIDS no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. *Rev Panam Salud Pública*, Washington, 26(1), jul. 2009.

MERHY, Emerson Elias. *A saúde pública como política*. São Paulo: Hucitec, 1992.

MEROLA, Y. L.; TERRA, F. S.; COSTA, A. M. D. D. Incentivo à assistência farmacêutica na atenção básica: um projeto em discussão. *Revista Eletrônica de Farmácia*, 2008, 1(1).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Medicamentos*. Disponível em: <http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/pnm.pdf>. Acesso em: 2 out. 2008.

NEGRI, Barjas. *A Política Nacional de Medicamentos*. Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/protocolos/03_negri.pdf. Acesso em: 2 out. 2008.

SILVA, Regina Célia dos Santos. *Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

WHO. World Health Organization, 1997. Disponível em: www.who.int. Acesso em: 18 abr. 2010.