



# CONTRIBUIÇÕES DO CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA PARA UMA AGENDA NACIONAL PRIORITÁRIA:

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, DIAGNÓSTICO  
LABORATORIAL E VIGILÂNCIA EM SAÚDE



Brasília, setembro de 2022

## **SOBRE O CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA**

O Conselho Federal de Farmácia e os conselhos regionais foram criados por meio da Lei 3.820, de 11 de novembro de 1960, para zelarem pela fiel observância dos princípios da ética e da disciplina daqueles que exercem atividades profissionais farmacêuticas no País.

A ética é o ponto focal das atividades do sistema, que é responsável pelo registro e pela fiscalização da atuação dos mais de 280 mil profissionais em atividade no país.

Os conselhos de Farmácia existem para proteger a sociedade, promovendo a assistência farmacêutica e assistência à saúde de qualidade.

### **PRESIDENTE**

Walter da Silva Jorge João

### **VICE-PRESIDENTE**

Lenira da Silva Costa

### **SECRETÁRIO-GERAL**

Luiz Gustavo Pires

### **TESOUREIRO**

João Samuel de Moraes Meira

## APRESENTAÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, no artigo XXV, estabelece que todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar-lhe e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis. Ou seja, o direito à saúde é indissociável do direito à vida, que tem por inspiração o valor de igualdade entre as pessoas.

No contexto brasileiro, o direito à saúde foi assegurado com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988. O artigo 196 da carta constitucional dispõe que “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 a promoção, proteção e recuperação”.

O primeiro grande passo para a materialização desse direito foi dado com a publicação da Lei nº 8.080/1990, a Lei Orgânica da Saúde, que criou o SUS. Em seu Art. 6º, a lei prevê a inclusão, no campo de atuação do sistema, da execução de ações de assistência terapêutica integral, o que inclui a assistência farmacêutica. Não há saúde possível dissociada da garantia de acesso aos medicamentos e às orientações para o seu uso racional.

Os medicamentos são a principal ferramenta terapêutica da medicina moderna, mas também os responsáveis por um dos maiores gastos em saúde no país. Neste sentido, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) – considerando uma de suas principais atribuições legais (que é a defesa do direito da população brasileira a uma assistência farmacêutica de qualidade) e diante da agenda inconclusa das políticas farmacêuticas (iniciada com a Política Nacional de Medicamentos e posteriormente com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica) – vem cumprir seu papel institucional e social de alertar os candidatos ao cargo de Presidente do Brasil sobre a necessidade de o futuro governo assumir o compromisso não só da garantia do acesso a medicamentos com qualidade como da garantia da qualidade do uso de medicamentos.

No Brasil, em que pesem os esforços já realizados, a garantia do acesso aos medicamentos essenciais enfrenta crescentes dificuldades, tais como:

- ineficiência no planejamento e na gestão;
- subfinanciamento crônico do SUS;
- dificuldades de aquisição por parte de muitos gestores;
- judicialização excessiva e crescente no fornecimento de medicamentos;

- limitações da estrutura de armazenamento/distribuição e dispensação, principalmente nos estados e municípios;
- aumento da demanda por novas incorporações;
- desafios à pesquisa e desenvolvimento tecnológico (evidenciados com muita ênfase nessa pandemia, em que estamos convivendo com o desabastecimento de medicamentos devido às limitações relacionadas à produção de ingredientes farmacêutico ativo, os IFAs, e de insumos, como frascos);
- dificuldade de regulação do mercado farmacêutico, entre outros.

De maneira especial, há que se ressaltar, também, como um dos grandes desafios a serem enfrentados, a baixa adesão aos tratamentos pelos usuários. Entre os idosos as taxas autorrelatadas chegam a 62,9%, e quanto maior o número de medicamentos em uso maiores são as chances de ocorrência desse problema (ROCHA et al., 2008).

A baixa adesão coloca em risco a resolutividade do próprio sistema de atenção à saúde, comprometendo todo o esforço e investimentos realizados. A oferta dos serviços farmacêuticos especializados nas farmácias do SUS, e também nas farmácias privadas que atuam em parceria com o sistema na distribuição de medicamentos do Programa Aqui Tem Farmácia Popular, pode contribuir para melhorar significativamente as taxas de adesão.

Como entidade que congrega os mais de 280 mil farmacêuticos em atividade no País, profissionais estes que atuam em 10 grandes linhas de atuação (alimentos; análises clínico-laboratoriais; educação; farmácia; farmácia hospitalar e clínica; farmácia industrial; gestão; práticas integrativas e complementares; saúde pública e toxicologia) e em 136 especialidades, o CFF reforça a necessidade de investimentos na solução de outros problemas graves:

- a precarização dos serviços de diagnóstico laboratorial (a tabela SUS para os procedimentos laboratoriais não é reajustada há cerca de 30 anos);
- o déficit de farmacêuticos nas farmácias públicas de todos os níveis de complexidade de atenção, incluindo os hospitais;
- a desvalorização dos profissionais da categoria, que atualmente trabalham no serviço público mediante remuneração insuficiente para a garantia de uma sobrevivência digna, e que, portanto, merecem um piso salarial;

- a reconstrução de uma política de vigilância em saúde com fortalecimento dos laboratórios de saúde pública em cada unidade federativa; e
- a revisão de normas sanitárias, para sua adequação a realidade atual da legislação e das necessidades em saúde da população.

Importante destacar, também, desafios que impactam a saúde como um todo e não apenas a assistência à saúde prestada pelos farmacêuticos, tais como:

- A proliferação dos cursos na modalidade EaD em praticamente todas as 14 profissões da saúde, que vai gerar, em breve, um apagão de mão de obra qualificada, tanto em relação ao aprendizado teórico quanto no que diz respeito ao desenvolvimento de habilidades e competências, possível apenas por meio das atividades práticas;
- A ameaça da venda de medicamentos em supermercados e similares, fora das farmácias, sem a supervisão e orientação técnica do farmacêutico.

Nesse contexto e considerando o início de um novo ciclo de gestão nos governos Federal (e também estaduais), entendemos serem necessárias algumas reflexões e proposições de modo a contribuir com a formulação e implementação de ações que:

- viabilizem e qualifiquem uma Política Farmacêutica Nacional, respaldada por uma Lei Federal, em prol do atendimento às principais necessidades dos usuários do SUS, em especial daqueles menos favorecidos; e
- favoreçam mudanças no Sistema Único de Saúde para uma assistência à saúde de maior qualidade, com economicidade para os cofres públicos e eficiência.

É o que detalhamos nas páginas a seguir.

**Walter da Silva Jorge João**  
Presidente do Conselho Federal de Farmácia

## 1. FUNDAMENTOS LEGAIS DA POLÍTICA FARMACÊUTICA NO BRASIL

A base legal para a instituição de uma política farmacêutica em âmbito nacional, após a nova Constituição de 1988, foi estabelecida a partir da regulamentação do SUS pela Lei 8.080/1990. Na Lei, como já citamos anteriormente, a assistência farmacêutica (AF) é destacada como parte da assistência terapêutica integral, garantida como um direito constitucional. Em 1998, com a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria MS/GAB nº 3.916, pela primeira vez foram estabelecidas as diretrizes, prioridades e responsabilidades dos gestores Federal, estaduais e municipais para a AF no País.

Outro importante componente desse marco regulatório foi a publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), por meio da Resolução CNS nº. 338/2004, formulada a partir dos debates e contribuições da I Conferência Nacional de Assistência Farmacêutica, realizada em 2003. Entre os eixos estratégicos desta política, vários se relacionam com a garantia do acesso, tanto aos medicamentos como aos serviços farmacêuticos. Merecem destaque a manutenção e a qualificação de serviços de AF na rede pública de saúde, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais, definidas nas instâncias gestoras do SUS.

Posteriormente, as edições da Lei nº 12.401 e do Decreto nº 7.508, ambos publicados em 2011, agregam importantes componentes sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS, fortalecendo o papel das redes de atenção e a necessidade de maior articulação entre as áreas de incorporação, regulação e assistência à saúde.

De maneira complementar, há que se destacar, ainda, as resoluções CFF nº 585 e nº 586, publicadas em 2013. A primeira dispõe sobre as atribuições clínicas do farmacêutico e a segunda regula a prescrição farmacêutica, no Brasil. Em 2014, outro importante marco legal foi estabelecido pela Lei Federal nº 13.021 que, entre outros aspectos relevantes, define as farmácias públicas e privadas como estabelecimentos de saúde, voltados para a prestação de serviços de AF, para assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde.

Tem-se, assim, estabelecida a base legal necessária para a formulação e implementação de uma Política Farmacêutica Nacional (PFN) editada a partir de uma Lei Federal, em substituição à portaria e à resolução existentes atualmente. Além de constituir-se em um instrumento jurídico mais robusto e adequado para legitimar uma PFN, esse processo para edição de uma Lei Federal específica também possibilitará a unificação e harmonização dos principais componentes das duas políticas existentes atualmente: a PNM e a PNAF. E o mais importante: uma PFN orientada a partir de um novo paradigma, qual seja, de uma AF integral, que proporcione melhoria contínua do acesso aos medicamentos essenciais nos três níveis de atenção, associado a serviços farmacêuticos de qualidade, que assegurem a prevenção de agravos, a promoção da

saúde e a melhoria da adesão aos tratamentos. Esse paradigma, associado à implantação de um modelo de “Gestão orientada para resultados”, por certo, contribuirão para a melhoria da resolutividade do próprio sistema de atenção à saúde.

## 2. PRINCIPAIS DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

É inegável que nos últimos vinte anos, desde a edição da Política Nacional de Medicamentos, houve muitos e importantes avanços na área farmacêutica no SUS. Por outro lado, também surgiram novos problemas em virtude do aumento da demanda, da fragmentação do processo de estruturação e gestão da AF, bem como de pressões existentes em decorrência do *lobby* do mercado para incorporação de medicamentos de alto custo em detrimento da AF na atenção básica, assim como do aumento significativo do fenômeno da judicialização.

Tudo isso resultou na crescente elevação dos gastos nessa área e na perda de eficiência, em termos relativos. Essa realidade, que é viva e dinâmica, exige dos gestores uma reanálise permanente das situações e dos cenários para o devido ajuste, quando necessário, da política formulada e dos planos implementados, na busca pelo aperfeiçoamento constante de suas ações. Isso sem perder o foco na garantia do acesso aos medicamentos realmente necessários, da sua qualidade intrínseca e do seu uso correto e seguro, proporcionado pelo provimento também de serviços farmacêuticos especializados.

### 2.1 DESAFIO DO ACESSO AOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde a década de 1970, estimula a criação de listas de medicamentos essenciais como estratégia para garantir acesso e racionalidade nos sistemas de saúde. Segundo a OMS (WHO, 2012):

*Medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população. Eles são selecionados considerando a **relevância para a saúde pública, evidências de eficácia e segurança, e a análise de custoefetividade.** (grifo dos autores)*

A relação de medicamentos essenciais deve ser um instrumento orientador do cuidado em saúde, a fim de melhorar a qualidade da atenção prestada, a gestão dos medicamentos, a capacitação dos prescritores e a informação dos cidadãos. Importante destacar que o conceito de essencialidade considera o tratamento mais custoefetivo para uma dada condição, a partir de uma perspectiva epidemiológica, que reflete necessidades coletivas e, não necessariamente, individuais ou de segmentos

específicos; nem tão somente na atenção primária, mas em todos os níveis e complexidades da atenção. A seleção de um rol de medicamentos não é, por conseguinte, uma medida de austeridade financeira, mas sim um exercício de inteligência clínica e de gestão (PEÑA, 2000).

De acordo com o MSH (2012), serviços acessíveis e recursos humanos qualificados são componentes essenciais de qualquer sistema de atenção à saúde, com destaque, também, para os medicamentos, que têm especial importância, em decorrência de cinco razões principais:

- são produtos que podem salvar vidas e melhorar a saúde das pessoas;
- desempenham papel fundamental na participação dos usuários nos serviços de saúde e na construção de relações de confiança com as equipes de saúde;
- representam elevados custos para as pessoas e para o sistema de saúde;
- são diferentes de outros produtos de consumo;
- melhorias no fornecimento e no uso de medicamentos são possíveis e causam impactos relevantes para o sistema de saúde.

A maioria das causas de desconforto, invalidez e morte prematura pode ser prevenida, tratada ou pelo menos aliviada pelo uso de medicamentos custoefetivos. Assim, conforme já referido anteriormente, o acesso a medicamentos também é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde, e um determinante importante para o cumprimento do tratamento prescrito (PANIZ *et al.*, 2008).

Porém, para garantir esse acesso aos medicamentos no SUS, os desafios são constantes e complexos, incluindo as dificuldades financeiras do sistema de saúde, no planejamento das compras e na execução dos processos de aquisição, as muitas não conformidades da estrutura de armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos, assim como os problemas gerais de acesso aos serviços de assistência à saúde por grande parte da população.

Nesse contexto, por possuir várias dimensões, o desafio da garantia do acesso é, provavelmente, o mais complexo e o grande “guarda-chuva” dos desafios na área farmacêutica, conforme demonstra o Quadro 1, a seguir:

### Quadro 1 - Dimensões para a garantia do acesso aos medicamentos

<p><b>Disponibilidade (Pesquisa e Desenvolvimento)</b></p>	<p>É necessário que haja investimento em pesquisa e desenvolvimento de medicamentos para doenças predominantes no País, inclusive contemplando o tratamento das doenças negligenciadas. Esses produtos não chegam a ser desenvolvidos, em geral, por falta de interesse econômico e atrativo para a indústria farmacêutica, como também pela ausência de incentivos à pesquisa por parte dos estados.</p>
<p><b>Acessibilidade geográfica</b></p>	<p>Os medicamentos devem ser disponibilizados à população dentro de uma distância razoável, ou seja, estarem em unidades geograficamente acessíveis, considerando os pontos da rede de atenção à saúde e a distribuição territorial da população. Esta dimensão deve considerar a distância, o tempo necessário para atingir o serviço e os meios de transporte disponíveis para a população, entre outros fatores.</p>
<p><b>Acessibilidade física</b></p>	<p>Assegurar a disponibilidade física pressupõe a existência de uma relação atualizada de medicamentos essenciais e de um adequado investimento do setor público em planejamento e logística, para garantir que os processos de aquisição, armazenamento, transporte e distribuição sejam eficazes e eficientes. Outro fator determinante da acessibilidade física é a capacidade de oferta do mercado. Em alguns casos, há falta de interesse comercial pela produção e/ou venda de medicamentos. Nesse contexto, a intervenção do Estado é fundamental.</p>
<p><b>Acessibilidade econômica</b></p>	<p>A adequada disponibilidade de medicamentos essenciais pressupõe a aplicação eficiente e eficaz de recursos financeiros. Para tanto, é primordial o desenvolvimento de mecanismos de financiamento público e a implantação de estratégias nacionais que garantam a oferta de produtos, em ambos os setores, público e privado. Trata-se do necessário equilíbrio entre os recursos disponíveis para financiar os medicamentos e o custo total pago pelos mesmos. O custo financeiro dos serviços deve estar ao alcance dos usuários e ser compatível com o sistema adotado no País.</p>
<p><b>Acessibilidade funcional</b></p>	<p>Esta dimensão indica a necessária adequação das normas técnicas dos serviços de saúde, em especial da prescrição e dispensação, aos hábitos e costumes da população usuária e à disponibilidade contínua do cuidado em saúde, por meio da oferta de serviços oportunos e compatíveis com as demandas em saúde.</p>

Fonte: WHO (2004).

Além disso, esse desafio é também multifatorial, pois depende de vários determinantes: adequada estrutura e modelo de gestão; financiamento suficiente e sustentável; bom planejamento e gestão de compras; recursos humanos qualificados; adequada infraestrutura física; gestão eficiente no tocante às incorporações de novas tecnologias, tanto pelo aspecto técnico-científico como pelo aspecto estratégico; eficiente regulação econômica e sanitária do mercado farmacêutico, entre outros fatores.

A par do desafio da garantia do acesso aos medicamentos, existem outros aspectos também desafiadores e que guardam correlação direta com o acesso, mas que também possuem suas peculiaridades. Por essa razão, precisam ser destacados: o financiamento e a eficiência na gestão.

Nesses últimos 20 anos, houve um processo de descentralização e reorganização da AF no SUS, sendo o financiamento dos medicamentos dividido em três grandes componentes: básico, estratégico e especializado. Também foram inseridos alguns itens em procedimentos de alta complexidade, como a oncologia. Este modelo foi importante, num dado momento, para orientar a pactuação entre os entes federados, assim como para o planejamento e a gestão da logística ao longo dos primeiros anos.

Porém, alguns problemas recorrentes têm demonstrado que existem aspectos a serem aprimorados, tanto na gestão como no modelo de financiamento. Pelo lado da gestão, problemas de desabastecimento e a baixa adesão aos tratamentos, demonstrada por diversos trabalhos acadêmicos, indicam essa necessidade de ajustes. Pelo lado do financiamento, a hipertrofia cada vez maior do orçamento destinado ao componente especializado e as fortes pressões nesse sentido, em detrimento dos recursos destinados à atenção básica, constituem um importante sinal de alerta a ser observado e analisado.

Primeiramente, há que se repensar o atual modelo da estrutura administrativo-gerencial da AF, que tem sido adotado predominantemente no MS e nas secretarias de saúde. Essa revisão e adequação apresentam-se, portanto, como uma medida recomendada que, se bem executada, será capaz de proporcionar impacto positivo e ganhos de eficiência na gestão da AF no SUS.

### **2.1.1 A necessária adequação da estrutura administrativa e gerencial da AF**

A lógica do modelo de financiamento estruturado por componentes, ao dividir elencos e responsabilidades, também induziu à organização de muitas estruturas gerenciais de AF divididas nos mesmos moldes: fragmentado e compartimentalizado. A estrutura administrativa não foi definida em função dos grandes processos de trabalho a serem conduzidos, nem como ordenadora da aplicação dos recursos e dos grandes desafios a serem superados na AF no SUS.

De maneira inversa ao recomendado, essas estruturas foram estabelecidas de forma subordinada ao modelo de financiamento, ou seja, em função do mesmo. Como exemplo mais destacado, tem-se o próprio Departamento de Assistência Farmacêutica (DAF) do Ministério da Saúde, com suas respectivas “coordenações gerais”, definidas conforme o modelo de financiamento que, por sua vez, está centrado apenas no medicamento, organizado em componentes e com pouca (ou nenhuma) interlocução com diversas outras áreas programáticas do mesmo MS, que desenvolvem atividades com interfaces importantes com a AF.

Essa estrutura de gestão fragmentada e com ênfase apenas no medicamento ajudou a organizar, em certa medida, importantes processos de trabalho. Porém, reduziu a eficiência do sistema como um todo e não dialoga mais com as demandas e necessidades atuais, **pois não contempla nem vincula o produto aos serviços farmacêuticos, além de levar a perdas de escala e fragmentação da atenção.**

Todavia, em relação à estrutura gerencial e administrativa atual do DAF, orientada para a lógica fragmentada do gerenciamento por componentes, há que se ressaltar um importante movimento realizado pelos gestores nos últimos dois anos, com o intuito de ajustá-la. Nesse período recente, avançou-se no sentido de inserir dois novos lugares institucionais na estrutura do DAF: gestão da informação e gerenciamento de projetos. Essa mudança representa um avanço, porém, ainda insuficiente, pois não modificou a lógica fragmentada por componentes do financiamento e centrada no medicamento.

Por essa razão, torna-se fundamental **repensar a atual estrutura administrativa e gerencial do DAF, assim como seu modelo de gestão, para que venha a ser capaz de sustentar a condução mais eficiente de uma Política Farmacêutica Nacional.** Para tanto, é necessário que essa nova estrutura incorpore uma concepção mais articulada horizontalmente, com gestão em rede; que avance na sua capacidade de governança; que incorpore ferramentas modernas de gestão; e que institucionalize um lugar voltado para a implantação e gestão dos serviços farmacêuticos no SUS. Mudanças importantes que tornem o DAF uma estrutura capaz de entregar à sociedade uma AF integral, de qualidade, resolutiva e com significativos ganhos de eficiência na aplicação dos recursos públicos.

Ressalte-se que, analisando a estrutura atual do DAF, **verifica-se que é perfeitamente possível efetivar a referida mudança na sua estrutura administrativa, apenas com a transformação dos cargos já existentes, ou seja, sem gerar despesas novas com pessoal.**

### 2.1.2 Do financiamento e outros desafios afins na área da AF

O atual modelo de financiamento tem acarretado a destinação crescente de recursos para os medicamentos denominados especializados, voltados para o tratamento de doenças raras, reproduzindo-se na AF a mesma distorção observada para

o SUS: gastos proporcionais cada vez maiores destinados à alta complexidade que, conforme demonstram diversos estudos, competem negativamente com a atenção básica e não constituem a melhor opção em termos de impacto nos desfechos de real importância em saúde coletiva. Nesse contexto, há que se repensar a pouca priorização dada à AF básica, cujos defensores têm tido cada vez menos poder de vocalização. Esta situação compromete o princípio da equidade e tem levado a uma supremacia absoluta da média e alta complexidade, numa lógica inversa àquela que deveria orientar as prioridades em termos de políticas públicas de saúde.

Outro aspecto importante e que merece destaque refere-se à sobreposição de atividades e elencos de medicamentos que esse atual modelo vem produzindo, com a oferta de itens coincidentes por meio de diferentes estratégias: do componente básico da AF e do Programa Farmácia Popular. Apesar de este programa ser uma estratégia complementar para garantir o acesso, seu orçamento é maior do que o do componente básico. A sobreposição de elencos tem gerado uma concorrência negativa de mercado e inflacionado os preços praticados, pois é mais vantajoso para as empresas e distribuidoras venderem para o setor privado do que concentrar as vendas em processos de compras públicas. Além disso, a inexistência de sistemas informatizados que integrem os dados dessas estratégias em uma única base possibilita duplicidade de atendimento e compromete a qualidade do gasto público (MACHADODOSSANTOS; NASCIMENTO, 2015).

Ademais, essa situação vem comprometendo a eficiência na aplicação dos recursos e submetendo os usuários a uma variedade de regras e à necessidade de peregrinação por diferentes serviços de saúde de diferentes esferas de gestão. Têm-se, assim, vários fatores promotores de ineficiência e dificultadores da oferta de uma AF integral, resolutiva e voltada para as reais (e principais) necessidades sanitárias da população usuária do SUS.

Com relação à capacidade aquisitiva, em termos de escala, destaca-se a predominância de municípios de pequeno porte no País, com dificuldades administrativas e baixo poder de compra. Ainda relacionada com esse tema, a pouca regularidade na distribuição aos estados e municípios dos medicamentos padronizados no Programa Saúde da Mulher (contraceptivos e insumos) traz a necessidade de se discutir qual a melhor forma de aplicar esses recursos financeiros.

No tocante ao Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), importante registrar que este oferece 171 fármacos para 102 condições clínicas, atendendo a mais de 2,8 milhões de usuários. Entre as estratégias exitosas no âmbito desse componente, destacam-se o estabelecimento de 93 Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDTs) e a centralização, pelo MS, da compra da maioria dos medicamentos de fabricação exclusiva, para posterior distribuição aos estados. Esse fato fortaleceu o papel estratégico do MS na regulação dos preços e no controle dos gastos (MACHADODOSSANTOS; NASCIMENTO, 2015).

Em relação aos processos e procedimentos inerentes à incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS, houve uma mudança importante implementada a partir da criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec), por meio da Lei nº 12.401/2011. Essa comissão tem por objetivo assessorar o Ministério da Saúde nas decisões relativas à incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde pelo SUS, bem como na constituição ou atualização de PCDTs.

Nesse contexto de demandas por novas incorporações de medicamentos no SUS – a grande maioria com evidente viés para itens de preços mais elevados – é fundamental jogar luz sobre duas premissas centrais:

- a)** os recursos disponíveis são limitados e, por conseguinte, escolhas são inevitáveis;
- b)** as decisões sobre todo e qualquer novo tratamento a ser custeado com recursos públicos devem considerar a relação custo-efetividade para uma dada condição demandada, mas sempre a partir de uma perspectiva epidemiológica, coerente com as principais necessidades sanitárias e os desfechos de real importância em termos coletivos.

Tendo em vista a experiência já adquirida ao longo desses anos com o atual modelo estabelecido para a tomada de decisões quanto às incorporações no SUS, assim como a importância técnico-científica e estratégicas da regulamentação e do regramento nessa área, torna-se imperiosa uma ampla reavaliação. Esta é necessária para identificar os aspectos positivos a serem reforçados e as possíveis oportunidades de melhoria a serem implementadas. É urgente fortalecer o papel da epidemiologia para a definição das prioridades em saúde pública e promover uma maior articulação entre as áreas de incorporação, regulação e da assistência à saúde.

Além dos medicamentos disponibilizados diretamente pelo DAF, há vários outros que o são pelo SUS, por meio de outras secretarias do próprio MS, mas que possuem pouca ou nenhuma interface com o departamento de AF. Os antirretrovirais, considerados medicamentos do Componente Estratégico, são adquiridos de forma centralizada pelo MS, desde 1996, com programação e distribuição executadas pelo Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/HIV/Aids).

Em decorrência da garantia do acesso ao tratamento e dos processos de planejamento, monitoramento e avaliação constantes, o programa obteve êxito na melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids. Porém, destaca-se a necessidade de melhor articulação entre a AF e o programa, a fim de reduzir a fragmentação nas atividades do ciclo logístico e permitir a integração das diferentes bases de dados. Outro aspecto de fragmentação a ser superado refere-se à dispensação que, nos moldes atuais, submete esses usuários à busca por diferentes serviços, para a obtenção dos medicamentos necessários (MACHADODOSSANTOS; NASCIMENTO, 2015).

Nesse contexto, merece destaque o acesso ainda limitado às profilaxias Pré e Pós-Exposição ao HIV. Dados epidemiológicos do Ministério da Saúde mostram que, infelizmente, a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) disponível atualmente no Brasil ainda não atinge as pessoas trans mais vulneráveis, pobres, negras, e muitas outras pessoas, como as mulheres cis, que têm acessado menos a profilaxia. Quem mais acessa a PrEP são homens gays e cisgêneros (84,3%), brancos (56,76%), de alta renda e com muita escolaridade, minimamente uma pós-graduação (72%). As pessoas trans representam apenas 4% dos usuários de PrEP, enquanto as mulheres cis, 6%.

Uma perspectiva importante para promover o acesso em um cenário em que a espera gira em torno um mês e meio, e até dois meses em alguns lugares, é ampliar o número de profissionais da saúde autorizados a prescrever as profilaxias. Porém, o que ocorreu recentemente foi o contrário. Depois de buscar o apoio do CFF e dos farmacêuticos neste sentido, e após a pronta disponibilidade de ambos em contribuir, o Ministério da Saúde autorizou a prescrição farmacêutica, mas a cassou apenas quatro meses depois, restringindo a prestação desse serviço a apenas duas classes profissionais. Por pressão de segmentos que compõem a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) no Sistema Único de Saúde, o País está tolhendo o acesso de homens e mulheres trans, mulheres cis, pobres e negros à prevenção do contágio pelo HIV. O CFF judicializou a questão.

Em relação às vacinas, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, é o responsável pela organização da política nacional de vacinação da população brasileira e coordena as atividades de imunizações desenvolvidas rotineiramente na rede de serviços do SUS. Está sob sua responsabilidade a aquisição de soros e vacinas e posterior distribuição aos estados e municípios. Importante salientar que o PNI propiciou o desenvolvimento de um parque produtor nacional, atualmente responsável pela produção da maior parte das vacinas disponibilizadas à população, o que deve ser fortalecido continuamente.

Assim como para os medicamentos em geral, nos últimos anos também foi reportado o desabastecimento de algumas vacinas e soros na rede pública, o que não havia ocorrido desde a criação do PNI. Por se tratar de itens muito críticos não podem ter nenhuma descontinuidade no abastecimento. O ajuste no planejamento e na programação de compras de medicamentos – para garantir a regularidade da aquisição e distribuição – é fundamental para a redução da morbidade e mortalidade por doenças transmissíveis no Brasil.

Na área de oncologia, estruturada para atender de forma integral e integrada os que necessitam de tratamento, o fornecimento dos medicamentos oncológicos ocorre por meio da inclusão desses usuários nos procedimentos quimioterápicos registrados no subsistema APACSA (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade do Sistema de Informação Ambulatorial). Os medicamentos são oferecidos por serviços credenciados no SUS, habilitados como Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) ou Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), de acordo com os protocolos de tratamento que adotam livremente.

Esses medicamentos, no entanto, têm sido alvo constante de demandas judiciais, inclusive oriundas dos próprios serviços cadastrados, o que demonstra a necessidade de avaliação da atual política de oncologia adotada pelo SUS. Destaque-se que, apesar de esse elenco de medicamentos não ser de responsabilidade direta da AF, as demandas judiciais são destinadas a esta área.

Com relação aos laboratórios públicos, os principais desafios referem-se à necessidade de redefinir sua vocação institucional e o seu papel estratégico para o SUS, assim como de implantar uma gestão cada vez mais profissional, que atenda às demandas do sistema de saúde, e organizada em rede. Torna-se essencial para ampliar o acesso e aprimorar a eficiência do sistema, correlacionar produção nacional de medicamentos, parcerias para a transferência de tecnologia, pesquisa e produção científica das universidades com as principais necessidades em saúde da população e os vazios assistenciais.

Grande parte desses medicamentos, quando adquiridos por uma secretaria estadual ou municipal de saúde, apresenta variações importantes nos preços, mesmo em situações de exclusividade de fornecedor. Trata-se de um problema de abrangência nacional, que compromete a sustentabilidade do sistema. A participação do farmacêutico nos núcleos de assessoria técnica para a avaliação de demandas judiciais em saúde contribui para a otimização dos recursos e melhoria da qualidade da atenção.

Em função desse desafio, o CFF constituiu um Grupo de Trabalho de Farmacêuticos que atuam no Sistema de Justiça (GTFSJ), com o objetivo de traçar planos estratégicos com foco na inserção, monitoramento e avaliação das atividades farmacêuticas e dos Centros de Informação sobre Medicamentos. Esse trabalho busca fomentar a colaboração de farmacêuticos com o sistema de justiça, por meio de pareceres e informações técnicas aos magistrados nos processos relacionados à judicialização da saúde, ou ainda, na fase administrativa, evitando a instauração de processos judiciais, e/ou subsidiar e qualificar as decisões, evitando-se situações desnecessárias e injustificáveis.

No âmbito nacional, saliente-se que alguns avanços foram recentemente atingidos por meio do Programa Nacional de Qualificação da AF (QualifarSUS), que tem investido prioritariamente em municípios com população em situação de extrema pobreza, com recursos de custeio e capital. Decorridos mais de cinco anos do seu início e, apesar da boa concepção teórica desse Programa, há que se avaliar o real impacto produzido por ele, no sentido de identificarem-se possibilidades e necessidades de ajustes estratégicos.

Dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (Pnaum), corroboram com os principais desafios já referidos, tanto em relação à infraestrutura como em relação ao acesso. Demonstram que a estrutura das unidades de dispensação da rede pública permanece com diversas não conformidades:

- inadequação dos espaços físicos destinados à espera dos usuários, ao armazenamento e à dispensação de medicamentos;
- baixa disponibilidade de equipamentos e mobiliários necessários à garantia da qualidade no armazenamento dos medicamentos e ao atendimento aos pacientes; predomínio do modelo de guichês para o atendimento em pé;
- inexistência de espaço físico adequado para o acolhimento e o aconselhamento, comprometendo a qualidade da atenção à saúde;
- número reduzido de farmacêuticos nas unidades de dispensação da atenção básica, sendo os piores índices observados nas regiões Nordeste e Norte, entre outros problemas estruturais (como veremos mais detalhadamente a seguir);
- são produtos que podem salvar vidas e melhorar a saúde das pessoas.

Em relação ao acesso aos medicamentos, a pesquisa demonstrou haver muita heterogeneidade, variando fortemente a cobertura em função do tipo de problema a ser tratado. Na média, ficou evidenciado que aproximadamente 50% da população usuária do SUS ainda não possuem acesso aos medicamentos que demandam.

Nesse contexto, o QualifarSUS pode ser uma importante estratégia de intervenção, no sentido de otimizar seu real impacto e proporcionar a ampliação da oferta de serviços farmacêuticos nas farmácias públicas e na integração às linhas de cuidado das redes de atenção à saúde, assim como a melhoria efetiva da infraestrutura municipal destinada ao armazenamento e dispensação de medicamentos.

As implicações sanitárias da ausência do farmacêutico nos estabelecimentos que dispensam medicamentos são importantes, uma vez que a atuação desse profissional em conjunto com os demais membros das equipes de saúde gera benefícios consideráveis de ordem clínica, epidemiológica e econômica.

## **2.2 DESAFIO DO ACESSO AOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS**

Não obstante a importância dos aspectos inerentes aos produtos farmacêuticos, há que se ressaltar como grande desafio a inexistência de uma estratégia para assegurar a provisão de serviços farmacêuticos qualificados para os usuários dos medicamentos disponibilizados pelo SUS, com vistas à promoção do seu uso racional e seguro. Há evidências de que a provisão de serviços farmacêuticos é benéfica para o sistema de

saúde. A oferta de serviços clínicos prestados por farmacêuticos contribui diretamente para uma maior adesão, efetividade e segurança da farmacoterapia, resultando no controle de doenças crônicas e na prevenção de seus agravos. Essas ações evitam hospitalizações e a ocorrência de eventos adversos preveníveis, reduzem custos e melhoram a qualidade de vida das pessoas.

Nesse sentido, além de assegurar a disponibilidade dos produtos farmacêuticos, é essencial o investimento em infraestrutura, na qualificação dos recursos humanos envolvidos em atividades de AF e na oferta de serviços farmacêuticos. Alguns estados possuem experiências exitosas na estruturação de farmácias públicas, na fixação de farmacêuticos e na prestação de serviços farmacêuticos de qualidade, com excelentes resultados. Destacam-se, também, iniciativas de implantação do cuidado farmacêutico em âmbito local, com avanços importantes na melhoria do cuidado integral à saúde.

Entretanto, atualmente, os recursos são destinados, quase que exclusivamente, ao custeio das despesas com medicamentos. Permanece em segundo plano e de maneira residual, a garantia de recursos federais suficientes e sustentáveis para custear também a disponibilização de serviços farmacêuticos de qualidade, assim como investimentos na infraestrutura destinada ao armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos. Essa realidade vem distorcendo as responsabilidades pactuadas pelos entes federados, promovendo gastos proporcionais cada vez maiores pelos estados e municípios para a manutenção da rede assistencial.

Ressalte-se que esses gastos são, na verdade, investimentos, na medida em que podem contribuir efetivamente para a melhoria da adesão aos tratamentos pelos usuários e, por consequência, da resolutividade do próprio sistema de saúde, com redução de outras despesas muito mais elevadas, visto que são relacionadas com o agravamento de situações que podem ser tratadas e controladas adequadamente na atenção básica.

Segundo dados publicados pelo Ministério da Saúde, no Volume 4 dos Cadernos de Saúde Pública, entre usuários de medicamentos para diabetes, a baixa adesão ao tratamento foi estimada em 50%, influenciando negativamente o controle glicêmico (SOUZA et al., 2011). No caso da hipertensão, em estudo realizado na cidade de Araucária, Estado do Paraná, foi constatado que a não adesão pode chegar a 60% dos usuários (MELCHIORS, 2008). Entre os idosos são encontradas taxas de não adesão ao tratamento autorrelatadas de 62,9%, e quanto maior o número de medicamentos em uso maiores são os problemas de adesão ao tratamento (ROCHA et al., 2008).

A essas estatísticas devem ser acrescentados os problemas de saúde decorrentes do uso incorreto de medicamentos. De acordo com dados da literatura, 9% a 24% das internações em serviços de urgência resultam de problemas relacionados a medicamentos (PRMs). No País, estima-se um gasto elevado com internações por PRMs, sendo que 70% desses eventos são considerados evitáveis e, portanto, a prestação de serviços farmacêuticos pode reduzi-los significativamente. Apesar da escassez de dados, estimativas nacionais apontam que esta redução pode gerar uma economia equivalente ao custeio anual de até duas equipes da estratégia de saúde da família (ESF), em cada Município do País.

### **3. DIRETRIZES PRIORITÁRIAS PARA A POLÍTICA FARMACÊUTICA NO SUS**

Conforme já abordado, a garantia do acesso aos medicamentos na rede pública é um tema extremamente complexo e abrangente. Garantir que a população tenha acesso aos medicamentos necessários e que estes possuam qualidade, eficácia e segurança, são desafios constantes para o sistema de saúde. Além da garantia dos recursos suficientes para o financiamento desse acesso, também é importante que se garanta uma boa gestão dos mesmos, visto que, conforme o pressuposto econômico, esses recursos sempre serão escassos e limitados diante das crescentes necessidades em saúde. E isso torna ainda mais importante qualificar esse gasto (MACHADODOSSANTOS; NASCIMENTO, 2015).

Tem-se, então, um trinômio indissociável, na medida em que não se deve abordar a questão do acesso aos medicamentos sem considerar, também, o financiamento adequado e a gestão eficiente desses recursos. Essa gestão eficiente em saúde pública, por sua vez, requer o equilíbrio entre a utilização racional dos recursos disponíveis e a obtenção dos melhores resultados possíveis em saúde, em termos coletivos. Ou seja, recursos finitos frente às necessidades que se apresentam ilimitadas, como na área da saúde, levam à inexorável conclusão: a perspectiva da gestão não deve ser a da satisfação individual, mas a de contemplar as prioridades de toda a comunidade, no sentido de otimizar a aplicação naquelas tecnologias que produzam os melhores desfechos possíveis em saúde, em termos coletivos.

Nesse sentido, apresentamos algumas diretrizes estratégicas que, em nossa concepção, devem ser norteadoras das atividades e ações prioritárias a serem implementadas nos próximos anos em termos de política farmacêutica no Brasil:

**I. Melhoria do acesso aos medicamentos essenciais;**

**II. Financiamento adequado e sustentável;**

**III. Eficiência na gestão;**

**IV. Disponibilização de serviços farmacêuticos nas farmácias, incluindo aquelas que fazem parte do Programa Aqui Tem Farmácia Popular, mediante remuneração do farmacêutico;**

**V. Fomento e regulamentação adequada do desenvolvimento, inovação e incorporação de novas tecnologias em saúde;**

**VI. Regulação econômica e sanitária eficiente do mercado farmacêutico.**

### 3.1 PROPOSTAS PARA UMA AGENDA NACIONAL PRIORITÁRIA EM AF

Além das pautas relacionadas ao financiamento e suas recentes mudanças, num processo em permanente construção e negociação na Comissão Intergestores Tripartite, entendemos como uma necessidade fundamental a readequação da atual estrutura administrativa do DAF. Tal mudança faz-se necessária para dotar essa estrutura e modelo de gestão da AF às necessidades e demandas atuais, potencializando sua capacidade de entregar mais e melhores resultados na área farmacêutica e, por consequência, proporcionar ganhos de eficiência na gestão e mais qualidade no gasto.

Há que se pensar em uma estrutura organizacional e gerencial do DAF mais moderna, que migre do modelo fragmentado/vertical existente atualmente para um modelo articulado/transversal, que possibilite a gestão em rede. Além disso, uma estrutura que saia do viés unidimensional – foco no produto e na sua logística – para um lugar institucional que contemple também outras dimensões essenciais nessa área: serviços farmacêuticos e gestão estratégica.

Para isso, sugerimos que o DAF, além de sua Diretoria, passe a ser composto por três diferentes “coordenações gerais”. Cada “coordenação” com seus respectivos grandes grupos de atividades afins, num modelo de gestão em rede, onde as atividades afins sejam gerenciadas por núcleos ou estrutura equivalente, porém, com interfaces bem definidas e articuladas:

**a) Coordenação geral de planejamento e gestão da logística farmacêutica:** responsável pelas atividades relacionadas com a cadeia logística do medicamento, a serem conduzidas de maneira organizada por um “núcleo de programação e monitoramento da aquisição”; e um “núcleo de recebimento, armazenamento, distribuição e gestão de estoques de medicamentos e outros insumos”;

**b) Coordenação geral de serviços farmacêuticos:** responsável pelas atividades relacionadas com a implantação e implementação de serviços farmacêuticos no SUS, a serem conduzidas por um “núcleo de apoio à implantação de serviços farmacêuticos”; e um “núcleo de apoio à educação permanente e qualificação da assistência farmacêutica”, ao qual ficariam vinculados os programas QualifarSUS e Farmácia Popular.

**c) Coordenação geral de gestão estratégica na assistência farmacêutica:** responsável pelas atividades relacionadas com o planejamento estratégico, assim como pelas articulações intra e intersetoriais, pela gestão de tecnologias, gestão de custos e pelo gerenciamento de projetos. Atividades estas a serem conduzidas por um “núcleo de informações e monitoramento”; um “núcleo de avaliação de tecnologias e gestão de custos”; “núcleo de judicialização” e um “núcleo de gerenciamento de projetos”.

Ademais, entendemos ser perfeitamente possível essa adequação no curto prazo e, ainda, sem representar despesas extras. Ou seja, essa nova reconfiguração da estrutura pode ser viabilizada por meio da transformação dos cargos e custos existentes atualmente.

Ressalte-se que essa nova estrutura proporcionará, entre outros ganhos, a existência de um lugar institucional em condições de formular e implementar ações que fomentem a oferta de serviços farmacêuticos na rede pública, de maneira sustentável e qualificada. Ou seja, com real perspectiva de promover o uso qualificado e seguro dos medicamentos, assim como a melhoria da adesão aos tratamentos e da resolutividade do próprio sistema de saúde.

Outro avanço importante com essa nova estrutura proposta refere-se à possibilidade de implantação de um modelo de gestão orientada para resultados, tendo em vista a adoção do gerenciamento de projetos, modelo já implementado e validado em diversas organizações públicas e privadas. Afinal, a definição de uma carteira de projetos prioritários e o seu gerenciamento intensivo, com método adequado e pessoal qualificado, tem produzido excelentes resultados (MACHADODOSSANTOS; NASCIMENTO, 2015).

Acrescente-se, ainda, a previsão de um lugar institucional que sustente a implantação de um modelo de gestão de custos, fundamental para evitar desperdícios, qualificar os gastos e otimizar os investimentos realizados.

### 3.1.1 Outras propostas concretas, no sentido de proporcionar avanços importantes na gestão da AF pelo Ministério da Saúde, encontram-se sumarizadas a seguir:

- **Política Farmacêutica Nacional (PFN):** formular, a partir da PNM e da PNAF, uma única Política Farmacêutica Nacional na forma de um Projeto de Lei Federal, cuidando de articular sua tramitação e aprovação junto ao Congresso Nacional;
- **Programa QUALIFAR:** necessidade de avaliar impacto e, se necessário, rever critérios e estratégias de implantação/implementação; contemplar também uma proposta para beneficiar os estados; rever os mecanismos e critérios de financiamento;
- **Qualificação da gestão da AF no SUS:** prover apoio aos estados e municípios (de grande porte) no tocante à qualificação da gestão, viabilizando serviço especializado de consultoria e assessoramento em gestão, por meio da seleção e constituição de um grupo de consultores *ad hoc* para atuar como “assessores e tutores em gestão”, garantindo apoio estratégico àqueles estados e municípios que necessitarem;

- **Informação como ferramenta de gestão:** implementar o Sistema Nacional de Informações Gerenciais em Assistência Farmacêutica, contemplando também indicadores econômico-administrativos e clínico-assistenciais, cuidando de adotar medidas que ampliem a acessibilidade e fomentem a usabilidade dessas informações pelos gestores estaduais e municipais;
- **Serviços farmacêuticos no SUS:** definir e implantar novas estratégias voltadas à melhoria da estrutura das farmácias públicas, à qualificação dos recursos humanos envolvidos e à garantia da presença e atuação de farmacêutico, objetivando o provimento adequado de serviços farmacêuticos; implantar projetos piloto de cuidados farmacêuticos no SUS, baseados em um modelo metodológico adequado; fomentar a estruturação e implantação estadual de “pólos de aplicação assistida” e centros de referência, como estratégia para a melhoria da qualidade da assistência clínica, assim como para a redução dos custos relativos e dos desperdícios;
- **Estabelecer, propor e efetivar as farmácias como estabelecimentos de saúde,** estimulando a sua inserção como pontos de vacinação durante as campanhas previstas no Calendário Anual de Imunização do Ministério da Saúde, inserindo os serviços farmacêuticos, realizados na rede privada, nas políticas públicas de saúde;
- **Inserção da AF nas Redes de Atenção à Saúde (RAS):** definir e implantar estratégias que fomentem a efetiva inserção, contemplando não apenas as atividades do ciclo logístico, mas também o fortalecimento da farmácia como estabelecimento de saúde e a inserção do farmacêutico no trabalho multidisciplinar, com atribuições relacionadas aos cuidados voltados para a integralidade da atenção, melhoria dos níveis de adesão aos tratamentos e promoção do uso racional de medicamentos;
- **Desenvolver/implantar programas de assistência farmacêutica** (nas três esferas de governo), cujos investimentos possam manter a regularidade do fornecimento de medicamentos aos usuários do SUS e consignar efetivamente esse fornecimento com orientação técnica farmacêutica, além de garantir ações para implantação e qualificação dos serviços de cuidado farmacêutico, vinculados aos serviços de saúde dos diferentes níveis de complexidade e atenção;
- **Farmácia Popular:** avançar na implementação de melhorias como aperfeiçoamento dos mecanismos de controle (vinculando a liberação dos medicamentos ao farmacêutico responsável técnico pela farmácia, por meio de certificado digital padrão Infraestrutura de Chaves Públicas (ICP Brasil); ampliação do elenco de medicamentos disponibilizados; garantia da oferta dos serviços farmacêuticos mediante remuneração do profissional responsável e integração das unidades do programa com o SUS;
- **Estabelecer, propor e efetivar a cadeia de produção nacional** desde a produção de matéria-prima, investindo urgentemente em desenvolvimento e infraestrutura, de modo a ampliar a produção nacional e a superar a dependência internacional no fornecimento de insumos e medicamentos.

- **Laboratórios públicos:** rever e aprimorar o seu papel na implementação da Política Farmacêutica Nacional voltada para o desenvolvimento da capacidade científica, tecnológica e produtiva nacional, sempre considerando as principais necessidades do SUS (assistenciais, econômicas e estratégicas); Hoje esses laboratórios, bem como suas equipes altamente capacitadas, estão subutilizados.
- **Desenvolver, implantar política de desoneração de insumos e medicamentos,** alcançando toda a cadeia de produção e manipulação de medicamentos;
- **Incorporação de novos medicamentos:** para as tomadas de decisão relacionadas com a incorporação ou desincorporação, rever e aprimorar os mecanismos geradores das demandas, assim como seus critérios de priorização, os processos de trabalho, os papéis e as responsabilidades de cada ator envolvido, bem como o arranjo de governança;
- **Responsabilidades entre os três entes federativos:** rever, ajustar e pactuar as responsabilidades no tocante à aquisição e dispensação dos medicamentos, observando-se os aspectos estratégicos e econômico-financeiros envolvidos;
- **Judicialização do acesso aos medicamentos:** realizar uma pesquisa avaliativa para dimensionar o crescimento percebido e citado pelos gestores, assim como identificar os principais fatores determinantes desse aumento nos últimos anos e, a partir da análise de sua causalidade, redefinir estratégias conjuntas e articuladas nacionalmente para o seu enfrentamento;
- **Definir e estabelecer programa de abatimento,** no Imposto de Renda da Pessoa Física (IRPF), de gastos com qualquer medicamento;
- **Articulação interinstitucional:** constituir um “Fórum Interinstitucional Permanente de AF”, composto por representantes dos vários setores afins do próprio MS, assim como pela representação dos três entes federados e de outros órgãos ou entidades nacionais estratégicas (CFF, academia etc), com o propósito de discutir, subsidiar e referendar as políticas e ações da AF implementadas pelo DAF;
- **Estabelecer políticas de prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)** inserindo e garantindo aos farmacêuticos prescreverem a Profilaxia Pré e Pós-Exposição ao HIV/AIDS (PrEP e PEP) a pacientes de serviços públicos especializados do SUS;
- **Fitoterapia:** realizar avaliação em relação ao status atual de atividades desenvolvidas versus o preconizado na Política/Programa Nacional, possibilitando uma melhor definição de ações necessárias à sua implementação no País;
- **Desenvolver, implantar e estimular o programa de Farmácia Viva,** envolvendo a agricultura familiar na produção de plantas medicinais, instalação das hortas medicinais e estruturação da manipulação, na dispensação fitoterápica e do cuidado farmacêutico na rede SUS;

- **Saúde indígena:** reavaliar e ajustar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos indígenas, com a adequada definição de papéis e responsabilidades dos três entes federados, em especial no tocante ao financiamento, operacionalização, monitoramento e controle do acesso aos medicamentos e serviços farmacêuticos;
- **Fortalecer e viabilizar e logística reversa na área farmacêutica,** intensificando a fiscalização e criando controles que garantam a destinação final dos resíduos.

## **4. OUTROS DESAFIOS RELATIVOS À PROFISSÃO FARMACÊUTICA E À SAÚDE PARA O ADEQUADO FUNCIONAMENTO DO SUS**

Além das questões relacionadas diretamente à assistência farmacêutica, o Conselho Federal de Farmácia considera como cruciais as ações voltadas às seguintes melhorias para o adequado funcionamento do SUS:

### **4.1 REVISÃO DA TABELA PARA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO LABORATORIAL**

Serviços de diagnóstico laboratorial são imprescindíveis ao funcionamento do Sistema Único de Saúde, visto que 70% das decisões médicas são baseadas nos resultados de exames laboratoriais, segundo dados divulgados pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica. Apesar de terem um papel tão fundamental para a saúde pública, o segmento responsável por esses serviços não tem recebido do governo federal a valorização que merece.

A tabela SUS para os procedimentos laboratoriais não é reajustada há cerca de 30 anos. Ou seja, há quase três décadas os laboratórios recebem os mesmos valores. E é com base nessa tabela que o governo paga os laboratórios pelos diversos exames que são fundamentais para o diagnóstico de doenças.

Existem mais de 2 mil procedimentos de exames laboratoriais, dos quais apenas três ou quatro foram reajustados nos últimos anos. Atualmente, um teste de dosagem da taxa de glicose no sangue é remunerado com o irrisório valor de R\$ 1,85, e por um exame parasitológico de fezes paga-se R\$ 1,65. O resultado é a perda de qualidade e até a falência dos estabelecimentos.

Em audiência pública realizada em março último pela Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados, o coordenador-geral dos Sistemas de Informação do Ministério da Saúde, Fábio da Fonseca, reconheceu que o valor pago está defasado. Mas argumentou que os preços estão sendo mantidos porque a automação dos laboratórios, com o uso de máquinas para fazer a análise dos materiais coletados dos pacientes, permitiu a redução nos custos dos exames por conta do ganho de escala e da redução dos custos não só com materiais como também com pessoal. No entanto, outros custos aumentaram, como os aluguéis dos prédios e o valor dos salários pagos aos funcionários, isso sem contar a alta da inflação.

Sem um reajuste, os laboratórios privados, principalmente as empresas familiares, que atendem na faixa de 88% dos serviços ao SUS, irão fechar as suas portas, por falta de condições de arcar com os custos operacionais atuais. É fundamental que o próximo Presidente seja sensível a esse problema para que o atendimento aos usuários dos serviços não seja descontinuado. O adequado financiamento do SUS é condição

fundamental para garantir que os valores pagos pelos procedimentos sejam reajustados de forma a garantir a qualidade e implantação de novas tecnologias para os exames laboratoriais. O reajuste da tabela é a garantia de sustentabilidade dos laboratórios que prestam serviços essenciais aos usuários do SUS.

## **4.2 MAIOR INSERÇÃO DE FARMACÊUTICOS EM TODOS OS NÍVEIS DE ATENÇÃO DO SUS**

Em 08 de agosto de 2014, foi sancionada a Lei nº 13.021, que dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas no País. A lei diz:

*Art. 3º. Farmácia é uma unidade de prestação de serviços destinada a prestar assistência farmacêutica, assistência à saúde e orientação sanitária individual e coletiva, na qual se processe a manipulação e/ou dispensação de medicamentos magistrais, oficinais, farmacopeicos ou industrializados, cosméticos, insumos farmacêuticos, produtos farmacêuticos e correlatos. (...)*

*Art. 6º. Para o funcionamento das farmácias de qualquer natureza, exigem-se a autorização e o licenciamento da autoridade competente, além das seguintes condições:*

*I - ter a presença de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento;*

A referida lei previa a extinção dos dispensários de medicamentos e das unidades volantes licenciados na forma da Lei nº 5.991/1973, transferindo às farmácias, com exclusividade, a dispensação de medicamentos. No entanto, essa parte da lei foi vetada, na forma da mensagem de veto nº 232, de 8/8/2014, conforme transcrito abaixo:

*"Art. 9º - Somente as farmácias, observado o disposto no art. 3º, podem dispensar medicamentos, cosméticos com indicações terapêuticas, fórmulas magistrais, oficinais e farmacopeicas e produtos fitoterápicos."*

*"Art. 17. Os postos de medicamentos, os dispensários de medicamentos e as unidades volantes licenciados na forma da Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, e em funcionamento na data de publicação desta Lei terão o prazo de 3 (três) anos para se transformarem em farmácia, de acordo com sua natureza, sob pena de cancelamento automático de seu registro de funcionamento."*

### **Razões dos vetos**

*"As restrições trazidas pela proposta em relação ao tratamento hoje dispensado para o tema na Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, poderiam colocar em risco a assistência farmacêutica à população de diversas regiões do País, sobretudo nas localidades mais isoladas. (...)".*

A Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, estabelece o seguinte:

*"(...)*

*XIV - Dispensário de medicamentos - setor de fornecimento de medicamentos industrializados, privativo de pequena unidade hospitalar ou equivalente;*

*(...)*

*Art. 15 - A farmácia e a drogaria terão, obrigatoriamente, a assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei.*

*§ 1º - A presença do técnico responsável será obrigatória durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento.*

*(...)*

*Art. 19 - Não dependerão de assistência técnica e responsabilidade profissional o posto de medicamentos, a unidade volante e o supermercado, o armazém e o empório, a loja de conveniência e a drugstore."*

As duas leis em vigor criaram categorias diferentes de pacientes: uma que tem acesso à orientação e à supervisão técnica do farmacêutico no ato da dispensação de seus medicamentos, e outra que está à margem desse direito, assegurado constitucionalmente. Os motivos dessa injusta discrepância estão claros nas razões dos vetos aos artigos 9º e 17º da Lei 13.021/2014, de que as restrições trazidas pelo texto proposto e aprovado no Congresso Nacional, *"poderiam colocar em risco a assistência farmacêutica à população de diversas regiões do País, sobretudo nas localidades mais isoladas"*.

Não vislumbramos tal ameaça, visto que, o Brasil tem o maior número de cursos de Farmácia do planeta. São 751 cursos presenciais e 1.058 polos EaD, e temos mais de 280 mil farmacêuticos em atividade no País. Em sua publicação "Estudo da distribuição de farmacêuticos e de postos de trabalho em municípios brasileiros vulneráveis e de extrema pobreza", publicado em dezembro de 2019, o CFF demonstra que a falta de farmacêuticos em pouquíssimas localidades no País é reflexo muito mais da má distribuição geográfica da força de trabalho existente, não havendo motivos para gerar a exclusão de usuários do SUS do acesso à assistência farmacêutica.

Assim, defendemos o desenvolvimento de políticas e programas para a inserção de farmacêuticos em quantidade suficiente de forma a suprir as demandas das farmácias dos serviços públicos de saúde, desde as menores unidades básicas, até as unidades de pronto atendimento, evitando definitivamente e irrestritamente a dispensação de medicamentos sem a supervisão do farmacêutico;

#### **4.3 APROVAÇÃO DO PISO SALARIAL NACIONAL DO FARMACÊUTICO E DA CARREIRA ÚNICA DOS TRABALHADORES DA SAÚDE**

Os farmacêuticos constituem uma categoria profissional extremamente importante para a segurança sanitária da população brasileira. Muitas vezes, o primeiro contato do cidadão com um profissional de saúde se dá através de um farmacêutico, quando acometido por uma enfermidade. Então, fixar uma remuneração mínima digna a estes profissionais é assegurar uma melhor qualidade de vida a estes trabalhadores, assim como um atendimento melhor e mais bem qualificado aos cidadãos.

Medicamentos não são produtos comuns e devem ser rigorosamente controlados, preparados e armazenados. Essas atividades, dentre tantas outras, são privativas aos farmacêuticos, tornando estes profissionais indispensáveis, cuja atividade implica em enorme responsabilidade que exige 4 mil horas de estudo no curso de graduação e atualização constante.

O exercício de uma atividade de tamanho nível de complexidade não é compatível com a insegurança financeira imposta por salários de R\$1,2 mil, estampados em editais de processos seletivos pelo País, e pelo excesso de trabalho em postos de trabalho públicos ou privados.

Por todas essas razões, é justo estabelecer uma remuneração mensal mínima aos farmacêuticos tanto da rede pública quanto da rede privada. Assim, reivindicamos do futuro Presidente do País, o compromisso de aprovação do Projeto de Lei PL 1559/2021 e seus apensados. O projeto de lei institui o Piso Salarial do Farmacêutico e, atualmente, encontra-se em tramitação na Câmara dos Deputados, onde já foi aprovado na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), ou seja, não há dúvidas que os farmacêuticos merecem, e que é legítima a instituição do nosso piso salarial.

Em paralelo, o CFF defende também a implantação de uma carreira única para todos os trabalhadores do setor da saúde, como medida fundamental não somente para o desenvolvimento gerencial dos serviços de saúde, mas, sobretudo, para a consolidação do SUS no que se refere à estruturação da equipe multiprofissional.

A proposição destaca a prioridade para ocupação de cargos de gestão por servidores da carreira (promovendo a profissionalização da gestão do SUS, mesmo que gestores fora do quadro da carreira possam ser nomeados para cargos de gestão — em nível inferior de prioridade) e o estímulo à qualificação profissional, à dedicação exclusiva ao sistema, à interiorização da atividade profissional (que resolveria o déficit de profissionais da saúde, incluindo farmacêuticos, em muitos municípios do País) e à avaliação contínua do servidor. Deve, também, ser produto da pactuação entre os entes federados no que diz respeito ao financiamento e a contratação dos trabalhadores.

A crise enfrentada pelo Sistema Único de Saúde tem como um de seus causadores entraves na gestão dos trabalhadores de saúde. A proposta da criação da carreira de trabalhadores de saúde do SUS subsidia-se em recomendações das “Diretrizes Nacionais do Plano de Cargos, Carreiras e Salários (PCCS) do SUS”, pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde, defendendo pisos nacionais por nível de escolaridade, estímulo à dedicação exclusiva, interiorização e a qualificação, bem como observância a situações locais específicas e a profissionalização da gestão do SUS (a partir dos seus próprios quadros).

#### **4.4 RECONSTRUÇÃO DE UMA POLÍTICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE COM FORTALECIMENTO DOS LABORATÓRIOS DE SAÚDE PÚBLICA EM CADA UNIDADE FEDERATIVA**

A Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância Epidemiológica e a Rede Nacional de Laboratórios de Vigilância em Saúde Ambiental, que compõem o Sistema Nacional de Laboratórios de Saúde Pública (Sislab), fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS). O Ministério da Saúde, por meio da Coordenação Geral de Laboratório de Saúde Pública (CGLAB), é responsável por assessorar e cooperar tecnicamente, junto aos estados e o Distrito Federal, na implementação da Rede Nacional de Laboratórios, em articulação com as demais unidades competentes, além de ajudar a promover o processo de educação permanente e de capacitação dos profissionais de vigilância em saúde.

O Ministério da Saúde também auxilia no processo de elaboração de normas e medidas para o monitoramento, controle e prevenção da resistência microbiana em serviços de saúde, em articulação com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), e articula linhas prioritárias para o desenvolvimento de estudos, pesquisas, análises e outras atividades técnico científicas de interesse para o SUS.

O monitoramento e o comportamento epidemiológico de doenças e agravos, objeto de controle no campo laboratorial junto ao Centro de Informações Estratégicas em Saúde (Cievs), nos âmbitos nacional e internacional, estão vinculados à Rede Nacional de Laboratórios para desenvolvimento adequado e planejado das políticas públicas na área da saúde.

O SISLAB é o conjunto de redes nacionais de laboratórios, organizadas em sub-redes, por agravos ou programas, de forma hierarquizada por grau de complexidade das atividades relacionadas à vigilância em saúde – compreendendo a vigilância epidemiológica e vigilância em saúde ambiental, vigilância sanitária e assistência médica.

Para o aperfeiçoamento desse importante serviço, é necessário fortalecer o Sistema de Vigilância em Saúde e a resposta às emergências de saúde pública com estruturas adequadas, disponibilizadas em rede por todo o País, com estoques de medicamentos estratégicos emergenciais. Esse fortalecimento passa pela ampliação dos quadros de farmacêuticos, incluindo o da Anvisa e a modernização da estrutura atual, de forma a promover e proteger a saúde da população e intervir nos riscos decorrentes da produção e do uso de produtos e serviços sujeitos à vigilância sanitária.

#### **4.5 REVISÃO DE NORMAS SANITÁRIAS, PARA SUA ADEQUAÇÃO A REALIDADE ATUAL DA LEGISLAÇÃO E DAS NECESSIDADES EM SAÚDE DA POPULAÇÃO**

Diante da publicação da Lei nº 13.021/2014, torna-se fundamental a revisão da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) Nº 44/2009, que dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos. A lei muda o conceito de farmácia no Brasil, reclassificando esses estabelecimentos como unidades de assistência à saúde, e incorporando serviços.

A norma sanitária que regula o funcionamento desses estabelecimentos precisa ser revista para acompanhar essa evolução que demanda, por exemplo, o espaço adequado para a prática clínica, no caso, o consultório farmacêutico. Outra norma sanitária que precisa passar por atualização é a RDC nº 302/2005, que estabelece os requisitos técnicos para atividades relacionadas à realização de exames na área de análises clínicas. Minutas de novos textos para essas resoluções foram colocadas em consulta pública pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), mas os textos são controversos e a discussão não avançou.

Também se faz urgente e necessária a revisão Portaria nº 344/1998 (CP n.º 1.046/2021), que aprova o regulamento técnico das substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Atualizada pela última vez há mais de 20 anos, a portaria interfere diretamente no dia a dia dos farmacêuticos, principalmente, nos profissionais atuantes em farmácias comunitárias.

O CFF propõe, entre outras alterações:

- a autorização para dispensação parcial de medicamentos controlados para auxiliar o uso racional de medicamentos, principalmente se realizada com a emissão das prescrições por meio eletrônico, o que possibilitaria o registro da dispensação pelo farmacêutico por meio do uso de assinatura digital certificada;
- a uniformização e substituições de termos, como, por exemplo, trocar drogaria por farmácia, atenção farmacêutica por cuidado farmacêutico, profissional dispensador por farmacêutico, estabelecimento dispensador por farmácia, unidade de assistência médica por unidade de assistência à saúde pública e privada, e etc;
- a autorização para o farmacêutico prescrever medicamentos sujeitos ao controle especial das Listas C1 e C2, como por exemplo, a bupropiona, da Lista C1, com indicação terapêutica para auxílio na cessação tabágica, conforme já previsto em protocolo do SUS;
- Sobre o dispositivo de medicamentos controlados, armário ou sala para medicamentos sujeitos a controle social com estoque de até 4 semanas em clínicas ou outros segmentos, o CFF entende que é uma tentativa para possibilitar a compra, a armazenagem e o uso sem o farmacêutico responsável e solicita a exclusão deste termo e o retorno do conceito da maleta de emergência.

## **4.6 COMBATE À MODALIDADE DE ENSINO A DISTÂNCIA NA GRADUAÇÃO EM SAÚDE**

A proliferação dos cursos na modalidade EaD em praticamente todas as 14 profissões da saúde, que vai gerar, em breve, um apagão de mão de obra qualificada, tanto em relação ao aprendizado teórico quanto no que diz respeito ao desenvolvimento de habilidades e competências, possível apenas por meio das atividades práticas.

De acordo com dados levantados pela Comissão de Educação do CFF a partir de dados do Sistema e-MEC, com a flexibilização da normatização promovida pelo MEC a partir de 2017, o número de vagas EaD na graduação em todos os cursos da saúde passou de 527,5 mil para 1,7 milhão em quatro anos. A farmácia está entre os cursos com o maior número de vagas de EaD, com 247,3 mil.

Junto com os demais conselhos profissionais da área da saúde e o Conselho Nacional de Saúde, o CFF apoia o Projeto de Lei nº 5414/2016, que propõe alterar o artigo 80 da Lei de Diretrizes e Bases (Lei nº 9.394/96) para proibir o incentivo aos

cursos na modalidade EAD na área de saúde. Embora o PL esteja em fase adiantada de tramitação na Câmara de Deputados, não há previsão de desfecho. O conselho espera do novo presidente o compromisso de banimento da modalidade EaD da graduação em saúde.

Que o novo governo possa desenvolver política direcionada para a qualificação do ensino, de forma a garantir que a formação (graduação) dos profissionais farmacêuticos e demais profissionais da saúde, ocorra de forma presencial, principalmente naquelas disciplinas de práticas profissionais de estágios ou às práticas que exijam laboratórios especializados, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação (DCNs), afastando e impedindo cursos oferecidos na modalidade EAD.

Importante destacar que o Ministério Público Federal impetrou Ação Civil Pública contra a União (Ministério da Educação), em que pede a suspensão de novas autorizações (e a fiscalização das já existentes) de cursos de graduação na área da saúde na modalidade de Ensino a Distância (EaD) em todo o País. A 4ª Vara Federal da Seção Judiciária do Estado de Goiás concedeu ao Conselho Federal de Farmácia autorização para figurar como *Amicus curiae* na ação.

#### **4.7 PELA VENDA DE MEDICAMENTOS EXCLUSIVAMENTE SOB A RESPONSABILIDADE TÉCNICA DO FARMACÊUTICO**

Reiteradamente, tramitam, no Congresso Nacional, propostas de liberação da venda de medicamentos fora das farmácias, em supermercados e estabelecimentos similares, o que inclui conveniências, mercados de bairro e outros estabelecimentos. Sob o argumento de favorecer o acesso a medicamentos, a proposta ameaça piorar um já grave problema de saúde pública e, na verdade, apenas beneficia os supermercadistas e as indústrias de medicamentos isentos de prescrição.

Medicamentos respondem por quase um terço das intoxicações no País. Pesquisa feita na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS) aponta que, atualmente, o SUS gasta R\$ 60 bilhões ao ano no tratamento de problemas de saúde causados por medicamentos. A banalização do acesso, além do enorme dano para a saúde das pessoas, poderá causar desequilíbrio das contas públicas.

Segundo dados do Ministério da Saúde, no Brasil, medicamentos causaram quatro intoxicações por hora nos últimos 14 anos, com 533.472 casos. Já os MIPs provocaram nove mil casos de intoxicação entre 2014 e 2018, o que corresponde a seis casos por dia. Mais da metade das vítimas são crianças pequenas e os medicamentos que mais provocam intoxicações estão entre aqueles que os deputados querem liberar a venda nos supermercados.

Ainda de acordo com levantamento feito pelo CFF a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde, e de estudos publicados nos Cadernos de Saúde Pública da Fiocruz, a venda de MIPs em supermercados entre 1993 e 1995, coincidiu com o aumento de mais 23% nos casos de intoxicação. Em contrapartida, com a venda exclusivamente nas farmácias, entre 2007 e 2009, houve queda de 14%.

Outro fator de destaque é que o Brasil é um dos campeões mundiais em automedicação, 90% das pessoas se automedicam. De acordo com a pesquisa do CFF, 47% se automedicam pelo menos uma vez por mês, e 25% todos os dias ou, pelo menos, uma vez por semana. Analgésicos, antiinflamatórios e relaxantes encabeçam a lista de medicamentos consumidos por conta própria.

Não têm fundamento os argumentos dos representantes do ramo de supermercados e do Ministério da Economia, de que é preciso contar com o apoio dos supermercados para o acesso aos medicamentos porque não há farmácias em muitas cidades do interior do País. O Brasil conta com 90 mil farmácias, 280 mil farmacêuticos e 44 mil unidades básicas de saúde pública, as quais contam com médicos e distribuição gratuita de medicamentos. Se o Ministério da Economia considera necessário ter farmácias em todos os municípios para garantir o acesso, a solução seria abrir linhas de crédito do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para fomentar a abertura de farmácias por farmacêuticos no interior do País e não, banalizar a oferta de medicamentos.

Por último, é preciso destacar que, substituir o ácido acetilsalicílico em suas indicações, é muito diferente de, no supermercado, trocar o arroz por macarrão. O autocuidado somente tem resultado positivo se ocorre de forma responsável. Quando os supermercados usam como referência modelos de países desenvolvidos, ignoram que existem, no Brasil, mais de 11 milhões de analfabetos. Considerando o analfabetismo funcional, chegamos a 38 milhões de pessoas. Quem vai auxiliar essas pessoas nos supermercados? As farmácias têm um papel fundamental nisso!

Não há argumentação econômica, sanitária ou social que justifique a venda de medicamentos em supermercados e similares. Nós já vivemos uma pandemia silenciosa de uso irracional de medicamentos, pois a maioria dos danos e das mortes causados por esse mal, aqui e em todo o mundo, não aparece nas estatísticas. As pessoas adoecem e morrem de hemorragia, hepatite tóxica e outras causas. Quase nunca é apontado como causa o uso inadequado de medicamentos.

Diante da vulnerabilidade dos usuários de medicamentos, o CFF espera que o próximo Presidente acate as recomendações das organizações e órgãos de saúde, incluindo sanitários, no sentido de garantir que os medicamentos, SEM QUALQUER EXCEÇÃO, PERMANEÇAM EXCLUSIVAMENTE EM FARMÁCIAS PÚBLICAS OU PRIVADAS, sob a responsabilidade técnica integral e presencial de farmacêuticos.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, a dimensão territorial e as inúmeras distorções do sistema de saúde, que incluem diferenças epidemiológicas, de financiamento público e capacidade de planejamento e gestão entre as esferas de governo e os entes federados, são importantes fatores de vulnerabilidade do sistema. A presença do farmacêutico nas unidades de saúde do SUS, em seus diferentes níveis de organização e complexidade, sua inclusão efetiva nas equipes multiprofissionais e o desenvolvimento de atividades clínicas integradas, ainda representam um desafio a ser superado e, ao mesmo tempo, uma oportunidade de agregar importantes ganhos de resolutividade ao SUS.

Em um ambiente assim, heterogêneo em seus aspectos estruturais, demográficos e epidemiológicos e, também, em que convivem diferentes formas de financiamento e de estratégias de acesso aos medicamentos, permanece o desafio de conciliar as reais necessidades em saúde da população (individual *versus* coletivo), com as demandas apresentadas para incorporação ao sistema.

Nesse contexto, mostra-se essencial, especialmente para efeitos de regulação do mercado e do financiamento público, internalizar na gestão a definição de inovação em termos de melhoria terapêutica efetiva e, ainda, condicionar o financiamento público ao alcance dessas melhorias, sempre à luz das melhores evidências científicas disponíveis e das prioridades em saúde pública.

Alguns aspectos relacionados com as supracitadas características continentais do País e à complexidade do SUS apontam para a necessidade da implantação e consolidação de modelos de gestão flexíveis, para que sejam adaptáveis às diferentes realidades. No campo da AF, é preciso estabelecer uma agenda estratégica, com prioridades bem definidas de curto, médio e longo prazos – objetivando o enfrentamento e a superação dos muitos e complexos desafios existentes.

Portanto, é essa engrenagem que, apesar de complexa, poderá proporcionar a efetiva entrega de mais e melhores resultados aos usuários e à sociedade em geral, no campo da AF, desde que bem estruturada e conduzida. A partir das contribuições apresentadas, verifica-se a existência de uma realidade desafiadora por um lado, mas por outro, com oportunidades de avanços importantes e a real possibilidade de efetivá-los no campo da Política Farmacêutica Nacional.

Para isso, deve-se caminhar no sentido da busca pela articulação de parcerias interinstitucionais e pela melhoria da eficiência na gestão da assistência farmacêutica. Nesse sentido, o Conselho Federal de Farmácia apresenta este trabalho e coloca-se à disposição do Ministério da Saúde para seguir colaborando com a permanente construção de um SUS equânime e cada vez mais resolutivo.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. s. 1, n. 182, p. 15.

\_\_\_\_\_. Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 de novembro de 1998. Seção 1, n.215, p.1.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 338**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, de 06 de maio de 2004. 3 p.

\_\_\_\_\_. 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. Brasília: Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 de abril de 2011b.

\_\_\_\_\_. 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. Brasília: **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 de junho de 2011a.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 set. 2013b. Seção 1, p. 1868.

\_\_\_\_\_. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set. 2013c. Seção 1, p. 1368.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Brasília: **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 de agosto de 2014.

MACHADODOSSANTOS, S. C.; NASCIMENTO, R. C. R. M. Gestão da assistência Farmacêutica no SUS: uma abordagem estratégica e orientada para resultados. In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para a ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015, p. 97130.

MACHADODOSSANTOS, S. C.; NASCIMENTO, R. C. R. M. Acesso aos medicamentos no SUS. In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para a ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015, p. 163193.

MACHADODOSSANTOS, S. C.; NASCIMENTO, R. C. R. M.; BARCELOS, P. C. Judicialização da assistência farmacêutica como garantia do direito constitucional à saúde: avanço ou retrocesso? In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para a ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015, p. 197205.

MACHADODOSSANTOS, S. C.; NASCIMENTO, R. C. R. M. Pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos e a regulação do mercado em saúde no Brasil: desafios para a garantia do acesso. In: CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para a ação**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015, p. 209221.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Essential medicines.** Disponível em [http://www.who.int/topics/essential\\_medicines/en](http://www.who.int/topics/essential_medicines/en). Acesso em 10 de setembro de 2012.

MSH. Management Sciences for Health. **Managing Access to Medicines and Health Technologies.** Arlington, USA: Management Sciences for Health, 2012.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world medicines situation.** Genebra; WHO: 2004

PANIZ, V. M. V. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, fev. 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2008000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000200005&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 27 de janeiro de 2014.

PENA, Julián Perez. Marco lógico para la selección de medicamentos. **Rev Cubana Med Gen Integr**, 2000; 16(2):17785.

PENCHANSKY,R.; THOMAS, J.W. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v.19, n.2, p.127141, 1981.



**Conselho  
Federal de  
Farmácia**

[www.cff.org.br](http://www.cff.org.br)