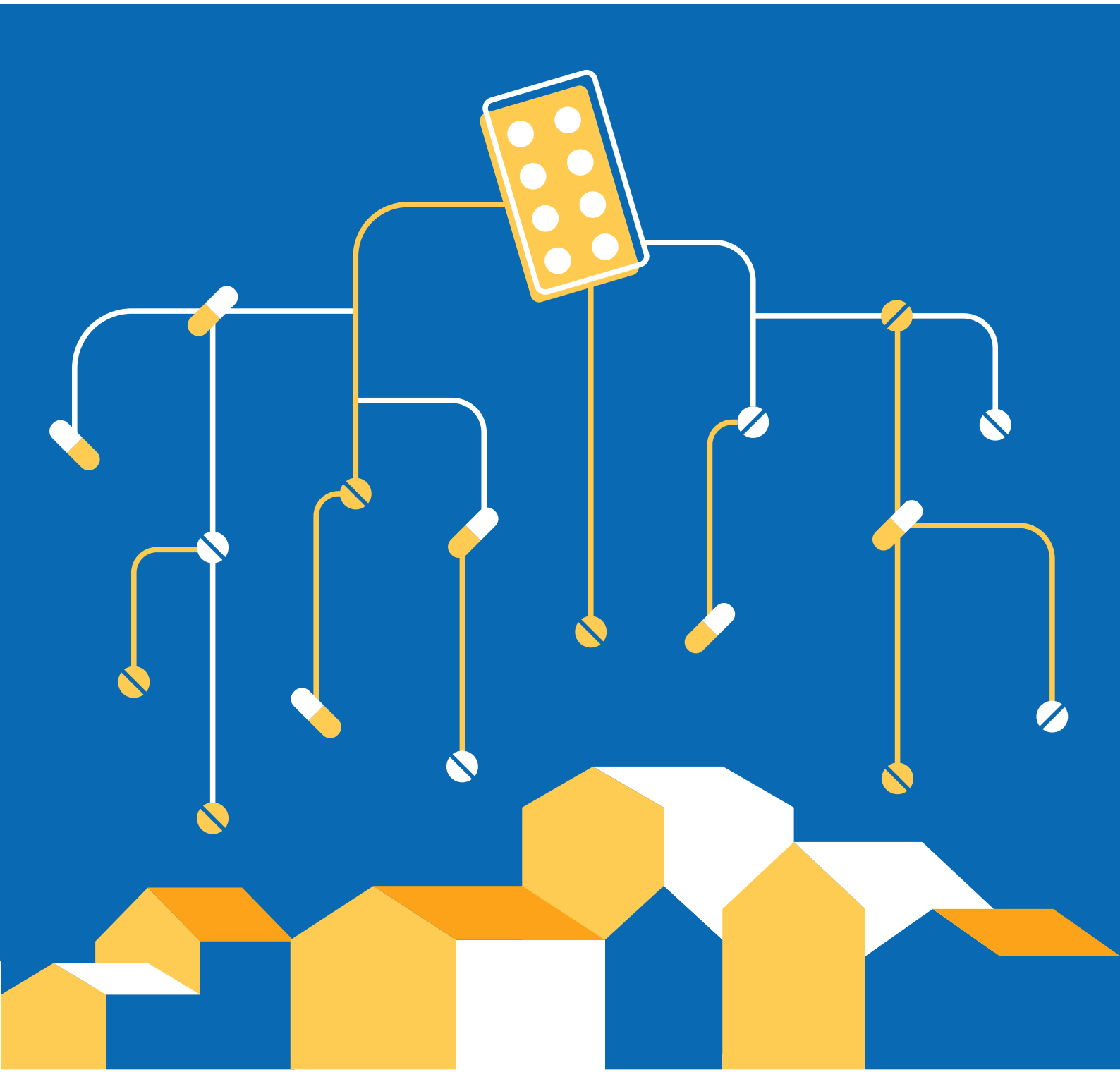
CONASEMS

AGOSTO - SETEMBRO - OUTUBRO DE 2018 | ISSN 1679- 9259 CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE



ESPECIAL | **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**

35º

Congresso Conasems

02 *a* **05**
de **Julho**
de **2019**

Brasília
Distrito Federal

Editorial

Há dois anos, o Conasems propôs um amplo debate sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio do GTAB/Conasems - Grupo de Trabalho da Atenção Básica - composto por gestores e representantes de Cosems de todo país. O objetivo foi adequar a Política à realidade dos municípios, trazendo novas diretrizes para o trabalho dos profissionais de saúde. A revisão da PNAB, aprovada no segundo semestre de 2017, trouxe a novidade da integração da Assistência Farmacêutica com a Atenção Básica como diretriz de trabalho, e junto novos desafios para o gestor.

A partir das mudanças provocadas pela PNAB a qualificação do gestor municipal e sua equipe passou a ser uma premissa urgente para a entidade. No ano de 2018, um conjunto de estratégias foram traçadas, dentre essas, processos de capacitação a distância, considerando o expressivo número de gestores e trabalhadores nos municípios, além da dimensão geográfica do país. Chegamos ao fim de 2018 e várias dessas iniciativas tomam corpo, em parceria com novos e antigos parceiros.

A complexidade da Assistência Farmacêutica instigou a entidade a compreender melhor como de fato está ocorrendo a oferta de medicamentos na atenção básica, e como os gestores lidam no dia a dia com o assunto. Uma série de levantamentos, que trazemos os resultados preliminares aqui com exclusividade, apontou quais as maiores dificuldades da gestão municipal da saúde no tocante ao tema, da aquisição à oferta, da produção ao uso racional. Surgiu desse contexto a necessidade de uma Revista do Conasems temática da Assistência Farmacêutica, que se materializa nessa Edição Especial nº72.

Esperamos um boa e enriquecedora leitura!

Expediente | CONASEMS

CONSELHO NACIONAL DE
SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

REVISTA CONASEMS Nº 72 -julho - novembro / 2018
ISSN 1619-9559

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente – Mauro Guimarães Junqueira
Vice-Presidente – Charles Cezar Tocantins
Vice-Presidente – Wilames Freire Bezerra
Diretora Administrativo – Cristiane Martins Pantaleão
Diretora administrativo – Adjunto- Silva Regina Cremonez Sirena
Diretor Financeiro – Hisham Mohamad Hamida
Diretora Financeiro-Adjunto – Iolete Soares de Arruda
Diretor de Comunicação Social – Diego Espindola de Ávila
Diretora de Comunicação Social–Adjunto – Maria Célia Valladares Vasconcelos
Diretora de Descentralização e Regionalização – Stela dos Santos Souza
Diretora de Descentralização e Regionalização–Adjunto – Soraya Galdino de Araújo Lucena
Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares – Carmino Antônio de Souza
Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares- Adjunto- Erno Harzheim
Diretor de Municípios de Pequeno Porte - Murilo Porto de Andrade
Diretora de Municípios de Pequeno Porte–Adjunto – Débora Costa dos Santos
Diretor de Municípios com Populações Ribeirinhas e em Situação de Vulnerabilidade – Vanio Rodrigues de Souza
Diretor de Municípios com Populações Ribeirinhas e em Situação de Vulnerabilidade – Adjunto – Afonso Emerick Dutra
2º Vice-Presidente Regional - Região Centro Oeste – André Luiz Dias Mattos
1º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste – Normanda da Silva Santiago
2º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste – Orlando Jorge Pereira de Andrade de Lima
1º Vice-Presidente Regional - Região Norte – Januário Carneiro Neto
2º Vice-Presidente Regional - Região Norte – CARGO VAGO
1º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste – Luiz Carlos Reblin
2º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste – Geovani Ferreira Guimarães
1º Vice-Presidente Regional - Região Sul – CARGO VAGO
2° Vice-Presidente Regional – Região Sul - Rubens Griep
Conselho Fiscal 1º Membro – Região Norte – Oteniel Almeida dos Santos
Conselho fiscal 2° Membro- Região Norte – Helenilson José Soares Boniares
Conselho Fiscal 1º Membro – Região Nordeste – Leopoldina Cipriano Feitosa
Conselho Fiscal 2º Membro – Região Nordeste –Glifson Magalhães Dos Santos
Conselho Fiscal 1º Membro - Região Centro-Oeste –Aparecida Clestiane de Costa Souza
Conselho Fiscal 2º Membro - Região Centro-Oeste–Maria Angélica Benetasso
Conselho Fiscal 1º Membro - Região Sudeste - José Carlos Canciglieri
Conselho Fiscal 2° Membro – Região Sudeste - Tereza Cristina Abrahão Fernandes
Conselho Fiscal 1º Membro - Região Sul - João Carlos Strassacapa
Conselho Fiscal2º Membro – Região Sul- Sidnei Bellé

Representante no Conselho Nacional de Saúde – Arilson da Silva Cardoso
Representante no Conselho Nacional de Saúde – José Eri Borges de Medeiros

RELAÇÃO NACIONAL DE COSEMS

COSEMS - AC - Tel: (68) 3212-4123
Daniel Herculano da Silva Filho
COSEMS - AL - Tel: (82) 3326-5859
Izabelle Monteiro Alcântara Pereira
COSEMS - AM - Tel: (92) 3643-6338 / 6300
Januário Carneiro da Cunha Neto
COSEMS - AP - Tel: (96) 3271-1390
Marcel Jardson Menezes
COSEMS - BA - Tel: (71) 3115-5915 / 3115-5946
Stela Santos Souza
COSEMS - CE - Tel: (85) 3101-5444 / 3219-9099
Josete Malheiros Tavares
COSEMS - ES - Tel: (27) 3026-2287
Andréia Passamani Barbosa Corteletti
COSEMS - GO - Tel: (62) 3201-3412
Gercilene Ferreira
COSEMS - MA - Tel: (98) 3256-1543 / 3236-6985
Domingos Vinicius de Araújo Santos
COSEMS - MG - Tels: (31) 3287-3220 / 5815
Eduardo Luiz da Silva
COSEMS - MS - Tel: (67) 3312-1110 / 1108
Wilson Braga
COSEMS - MT - Tel: (65) 3644-2406
Silvia Regina Cremonez Sirena
COSEMS - PA - Tel: (091) 3223-0271 / 3224-2333
Charles César Tocantins de Souza
COSEMS - PB - Tel: (83) 3218-7366
Soraya Galdino de Araújo Lucena
COSEMS - PE - Tel: (81) 3221-5162 / 3181-6256
Orlando Jorge Pereira de Andrade Lima
COSEMS - PI - Tel: (86) 3211-0511
Leopoldina Cipriano Feitosa
COSEMS - PR - Tel: (44) 3330-4417
Cristiane Martins Pantaleão
COSEMS - RJ - Tel: (21) 2240-3763
Maria da Conceição de Souza Rocha
COSEMS - RN - Tel: (84) 3222-8996
Débora Costa dos Santos
COSEMS - RO - Tel: (69) 3216-5371
Afonso Emerick Dutra
COSEMS - RR - Tel: (95) 3623-0817
Helenilson José Soares
COSEMS - RS - Tel: (51) 3231-3833
Diego Espíndola de Ávila
COSEMS - SC - Tel: (48) 3221-2385 / 3221-2242
Sidnei Belle
COSEMS - SE - Tel: (79) 3214-6277 / 3346-1960
Enock Luiz Ribeiro
COSEMS - SP - Tel: (11) 3066-8259 / 8146
Carmino Antonio de Souza
COSEMS - TO - Tel: (63) 3218-1782
Vânio Rodrigues de Souza

PRODUÇÃO

Edição Geral: Luiz Filipe Barcelos
Edição de Imagens: Luiz Filipe Barcelos e Mariana Costa
Revisão Técnica: Elton da Silva Chaves, Karen Sarmento Costa, Noêmia Urruht Leão tavares
Edição e revisão de texto: Mariana Pedroza e Talita Carvalho
Reportagens: Equipe de comunicação CONASEMS
Layout e diagramação: Grande Circular

SUMÁRIO

05 ENTREVISTA

10 DOSSIÊ ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

15 O MAPA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

24 REFERÊNCIAS E CONTEXTO: RACIONALIDADE DA SELEÇÃO DE MEDICAMENTOS NA PERSPECTIVA TERAPÊUTICA

34 ARTIGOS

Mauro Junqueira

Presidente do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)

Fotos e entrevista: *comunicação CONASEMS*

RC // Por que uma revista temática sobre assistência farmacêutica?

A Revista CONASEMS deve ser um instrumento a todo momento consultado pelo conjunto de secretários municipais de saúde. Quero que eu, como gestor, possa revisitar um tema que foi debatido amplamente pela nossa entidade, e tem um histórico, um acúmulo de discussão. Um documento de consulta, que o gestor possa pesquisar em um momento pertinente ao seu trabalho. Eu sou secretário municipal de saúde, e o tema da assistência farmacêutica é um desafio enorme no cotidiano. Quero que os secretários se lembrem da edição temática da publicação do CONASEMS e consultem o material. O objetivo é trazer por meio da revista uma nova proposta de qualificação do gestor.

RC// A qualificação do secretário municipal de saúde tem sido uma preocupação da entidade?
Sim. Essa proposta está junto com outras iniciativas que o CONASEMS tem elaborado. Vivemos em um país com 5.570 municípios, é impossível fazer uma capacitação presencial que dê conta de todo país. Entendemos que é preciso alcançar todas as regiões, e em várias regiões do país o custo seria muito alto e o tempo seria muito maior. Por conta disso, temos investido em ferramentas de capacitação à distância, para dar conta do conjunto de gestores municipais do Brasil. Obviamente nosso público-alvo é o secretário municipal de saúde, mas as nossas ferramentas estão sendo direcionados também para a equipe técnica de nível médio e de nível superior, que fazem parte do sistema e são muito importantes. Sabemos que existe uma rotatividade muito grande no cargo, estamos dando a oportunidade do gestor e sua equipe técnica se qualificarem para oferecer uma saúde de qualidade para a população. Uma equipe de saúde que entenda dos serviços oferecidos no SUS e possa dar uma resposta cada vez mais efetiva nos territórios. Estamos investindo não só na questão da atenção e dos instrumentos de Gestão, mas também na questão do financiamento da Saúde - como gastar, de que forma e se está sendo feito planejamento da regionalização. E também temas estruturantes para a rede de atenção, como a assistência farmacêutica e a vinculação dela com atenção básica.

estamos dando a oportunidade do gestor e suas equipes técnicas se qualificarem para oferecer uma saúde de qualidade para a população. Uma equipe de saúde que entenda dos serviços oferecidos no SUS e possa dar uma resposta cada vez mais efetiva nos territórios

RC// A atual PNAB, trouxe pela primeira vez diretrizes da AF, essa proposta veio do CONASEMS. Quais as expectativas?

Temos dado muita ênfase na atenção básica que hoje é obrigação dos municípios e está em todos os territórios do país, diferente da média e alta complexidade, que nem todos os municípios possuem. Preconizamos que 80% do atendimento ao cidadão seja resolutivo na atenção básica e a PNAB, que foi aprovada no ano passado, traz diretrizes para isso.

A presença da assistência farmacêutica é uma novidade proposta pelo CONASEMS. Primeiro pela importância da AF hoje, ela não é só entrega de medicamento, mas sim uma política que deve estar articulada e integrada com as demais políticas de saúde, e em especial com as diretrizes da AB nos territórios. Queremos que a equipe de atenção básica se qualifique para o uso racional do medicamento, nós temos hoje uma dificuldade muito grande do cidadão fazer o uso correto do medicamento

RC// Como o CONASEMS se propõe a apoiar os municípios na implementação dessas diretrizes?

Por meio de um conjunto de iniciativas que somos proponentes e/ou executores. Primeiro o Projeto Diagnósticos da AF. Queremos aperfeiçoar a representação do CONASEMS na proposição dos aprimoramentos necessários nas Políticas Farmacêuticas no país e, contribuir na definição das estratégias nacionais para garantir o acesso aos medicamentos e serviços de assistência farmacêutica na Atenção Básica financiados de forma tripartite. Outro projeto que fomos proponente na área, é o Projeto Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde por meio do Proadi-SUS construído conjuntamente com o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e o Hospital Alemão Oswaldo Cruz executor do Projeto. Buscamos também, parceria com a academia e firmamos um acordo de cooperação com a Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP de Ribeirão Preto. E por último, de forma inovadora, estamos desenvolvendo um projeto por meio de uma triangulação entre a nossa Instituição, uma organização sem fins-lucrativos o IPADS e uma indústria farmacêutica, a Novo Nordisk - visando aprimorar a implementação do PCDT para tratamento das a pessoas com Diabetes Mellitus Tipo 1 atendidos no SUS.

RC// Uma das frequentes pautas dos gestores municipais é a dificuldade da aquisição dos medicamentos. Como o senhor avalia que esse diagnóstico poderá contribuir?

Realizamos o 1º Levantamento Nacional sobre a relação municipal de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e a situação dos processos de compra pelos municípios, que contou com um participação expressiva dos municípios do país.

Quando falamos em dificuldade em adquirir os medicamentos, elas podem ser de diversas naturezas, a principal delas é relacionada ao estrangulamento financeiro, hoje os municípios investem muito mais do que o estado e a união, e o recurso pactuado a ser repassado para AF por exemplo, não é suficiente para dar conta da necessidade. A União repassa R$5,58 por habitante/ano, os estados deveriam repassar no mínimo R$2,36 por habitante/ano e muitos não cumprem, ou realizam o

os preços apesar de regulados continuam subindo ano a ano, e o recurso não tem acompanhado essa proporção, já temos um aumento de preços acumulado nos últimos 8 anos de mais de 70%

Realizamos o 1º Levantamento Nacional sobre a relação municipal de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e a situação dos processos de compra pelos municípios, que contou com um participação expressiva dos municípios do país

repasse de maneira irregular, e os municípios, assim como estados devem aplicar no mínimo os R$2,36. Acontece que diferente dos demais entes federados, os municípios gastam em média R$ 20,00 por habitante/ano, ou seja, quase o dobro do total pactuado pelos três entes (R$10,30), não é a toa que os municípios já aplicam acima do mínimo constitucional que é de 15%.

Outro ponto ligado a insuficiência financeira é a regulação econômica e as questões relacionadas ao mercado, pois os preços apesar de regulados, o que é muito importante para o país, continuam subindo ano a ano, e o recurso não tem acompanhado essa proporção, já temos um aumento de preços acumulado nos últimos 8 anos de mais de 70%, e o recurso é o mesmo no período. A consequência é cada vez mais os municípios tendo que cobrir a diferença, pois as pessoas batem na porta do prefeito e do secretário municipal de saúde querendo o seu tratamento. Por isso, volto a citar a preocupação com a EC-95 congelando os recursos para a saúde. Para além da situação econômica, temos também problemas sanitários a enfrentar. Temos já a constatação da saída de medicamentos básicos no mercado, alguns em função das exigências regulatórias do país e outros do próprio desinteresse das indústrias na produção de alguns itens, como exemplo, a situação que vivemos recentemente da penicilina. É nesse sentido, que o nosso levantamento vai permitir o mapeamento da situação de compras nos municípios, para discutirmos o cenário e conjuntamente com os atores responsáveis avaliarmos os caminhos necessários para garantirmos o acesso aos medicamentos a nossa população.

RC// Na sua opinião, quais são os principais desafios para a nova gestão em relação à Assistência Farmacêutica?

Na verdade, os desafios são do SUS como um todo e, isso, implica diretamente no desenvolvimento e oferta da assistência farmacêutica nos municípios. Precisamos revogar a EC 95. Nós acreditamos que é fundamental discutir essa emenda que congela os gastos federais pelos próximos 20 anos. Precisamos de um financiamento adequado em função do crescimento da população, do envelhecimento, e de muitos outros fatores que impactam em um financiamento compatível ao nosso Sistema. Além disso, ressalto a discussão sobre a Lei de Responsabilidade Fiscal, que impede, por exemplo, a contratação de profissionais acima de 54% da folha do município. Isso interfere diretamente no percentual de cobertura da Atenção Básica, que está hoje no Brasil em torno de 60%. A cobertura não aumenta mais, porque os prefeitos estão engessados na alocação de recurso. Outros grandes desafios também merecem atenção: a importância de se fazer uma Reforma Tributária, tendo em vista o impacto direto no financiamento do SUS. E sem dúvida a continuidade do programa Mais Médicos frente a saída de Cuba do Programa, pois essa ausência dos profissionais médicos poderá impactar no acesso aos medicamentos pela população brasileira.

Por fim, destaco que essa conjuntura se apresenta como um grande desafio para a nova gestão federal, estadual e sobretudo para a gestão municipal, o que exigirá diálogo permanente para avançarmos nos processos de pactuação interfederativa.

MEDICAMENTOS OFERTADOS PELO SUS:
Do conceito à realidade brasileira

O Sistema Único de Saúde (SUS) garante aos usuários acesso a medicamentos, desde o ácido acetilsalicílico, popular AAS que custa menos de um centavo, até o tratamento da Hepatite C com associação do medicamento Sofosbuvir + Daclastavir que pode custar 900 milhões de reais.

Somente nos últimos oito anos, o Ministério da Saúde gastou cerca de R$ 5 bilhões de reais para atender determinações judiciais de compra de medicamentos de alto custo. É por isso que, desde o atendimento nas Unidades Básicas de Saúde até as internações hospitalares, o SUS se faz presente na promoção de saúde para a população. A Assistência Farmacêutica e a construção de políticas públicas de medicamentos fazem parte das diretrizes políticas do SUS de garantir equidade, integralidade e universalidade. Foi seguindo esse princípio que a Política Nacional de Medicamentos (PNM) surgiu, em 1998, para garantir assistência e oferta de medicamentos à população.

No entanto, como é feita a oferta de medicamentos no SUS? Para que o governo possa garantir o acesso aos medicamentos, é definida uma lista de itens a serem utilizados no âmbito do SUS. Nessa lista, constam medicamentos essenciais, incluindo também aqueles definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS)", explicou o professor Paulo Arrais do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará. Ainda de acordo com o professor, "A adoção da lista de medicamentos essenciais é uma das diretrizes, e sua revisão permanente, uma das prioridades definidas na Política Nacional de Medicamentos, ela deve ser atualizada a cada dois anos junto com o Formulário Terapêutico Nacional, onde se encontram as infor- mações científicas sobre os fármacos da RENAME.

Os critérios adotados para a seleção de medicamentos levam em consideração as evidências científicas sobre comprovada eficácia e segurança, conveniência posológica, disponibilidade no mercado e custo. "É fundamental que a lista se converta em mecanismos de acesso, o que significa que os medicamentos devem estar disponíveis nas unidades de saúde".

Segundo ele, entre as implicações para as etapas pregressas do ciclo de Assistência Farmacêutica estão os esforços de pesquisa, inovação, produção, regulamentação de preços, aquisição e capacidade de armazenamento. "É importante o fomento de processos de educação permanente dos profissionais que atuam nas atividades de utilização (prescrição, distribuição e uso), além de ferramentas importantes neste tema, como a existência de formulários terapêuticos, protocolos de tratamento e linhas de cuidados harmonizados com a RENAME".

A RENAME está dividida em cinco anexos, respectivamente: medicamentos do componente básico da assistência farmacêutica; do componente estratégico; do componente especializado; a relação de insumos; e os medicamentos de uso hospitalar. A atualização da RENAME é uma atribuição do Ministério da Saúde assessorado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC).

"Esse conjunto de diagnósticos tem o objetivo de identificar as potencialidades e fragilidades da Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica..."

Dirce Cruz, Representante técnica do Cosems/SP

Alguns trabalhos científicos fazem críticas à forma como ocorre a avaliação dos processos que visam a incorporação de tecnologias no SUS, principalmente quando o maior demandante é o próprio Ministério da Saúde. Segundo Paulo Arrais "outras críticas dizem respeito às diferenças entre a RENAME e a lista modelo da OMS e ao aumento do número de itens ao longo dos anos, com potenciais impactos na sustentabilidade da oferta".

Assistência Farmacêutica X Atenção Básica

A responsabilidade de garantir a disponibilidade e o acesso a medicamentos à população nos municípios é um desafio rotineiro para os gestores de saúde. Conforme estabelecido na diretriz da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), desenvolver as ações de AF e AB exige uma atuação diferenciada dos secretários de saúde, propondo novas iniciativas relacionadas à gestão, à organização dos processos logísticos relacionados ao medicamento e ao aperfeiçoamento das práticas relacionadas ao cuidado farmacêutico.

Foi com esse intuito que o projeto Diagnósticos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, criado pelo CONASEMS, surgiu. A partir das necessidades apontadas pelos próprios municípios, especialmente quanto à adequação do elenco de medicamentos da atenção básica para atender as demandas atuais, disponibilidade no mercado nacional e formas de aquisição, a iniciativa se consolidou dentro de um conjunto de medidas que propõem maior visibilidade à AF. Para tanto, o projeto considerou os resultados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM) e a atual Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

A organização do projeto Diagnósticos parte de um conjunto de análises, de forma organizada e ascendente, com dados concretos e atuais coletados diretamente dos 5570 municípios brasileiros, sendo, assim, o primeiro levantamento dessa abrangência realizado no país. "Esse conjunto de diagnósticos tem o objetivo de identificar as potencialidades e fragilidades da Assistência Farmacêutica no âmbito da Atenção Básica, sobretudo, quanto à real oferta de medicamentos, considerando os itens que compõem ou não a RENAME, e outros pontos como a capacidade aquisitiva dos municípios, logística distributiva, entre outros", explica a representante técnica do Cosems/SP, Dirce Cruz.

De acordo com ela, o fortalecimento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica é visto pelo CONASEMS como prioridade na consolidação de um SUS equânime, universal e integral. "A análise de dados como a feita pelo projeto Diagnósticos e através do Levantamento Nacional Sobre a Relação Municipal de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (RENAME) é fundamental para contribuir no cenário de fortalecimento do setor através de proposições de ações corretivas e preventivas embasadas no mapeamento geral da AF".

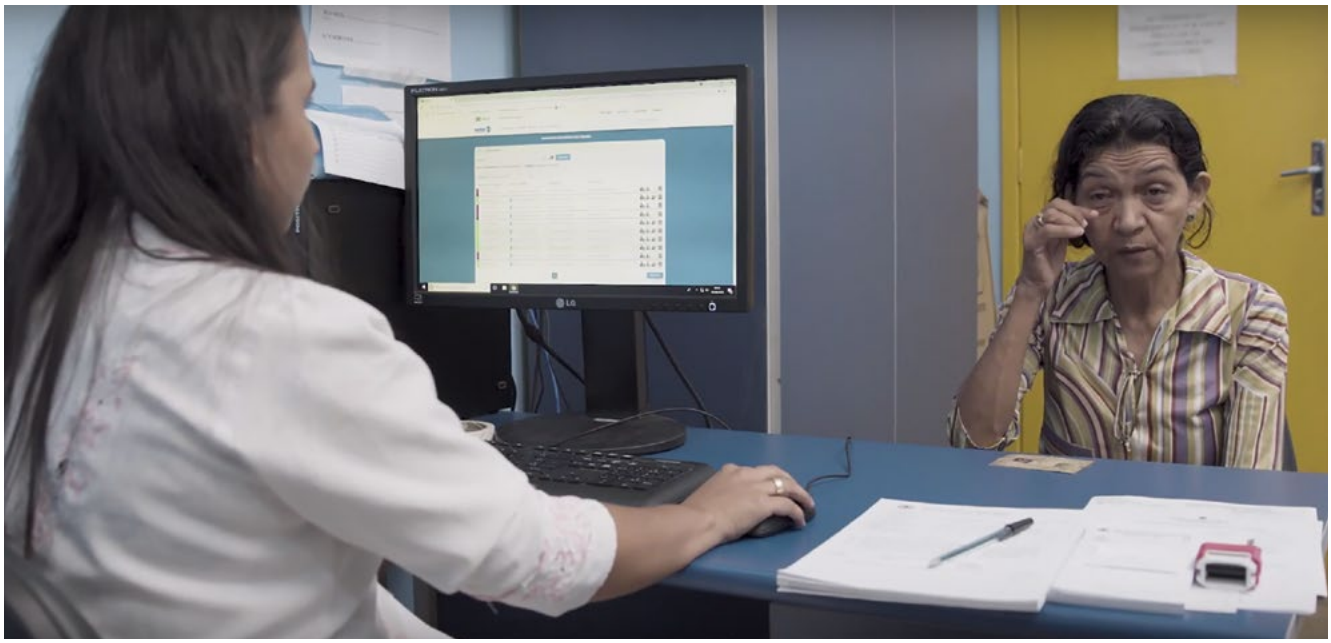
Grupo Técnico de Trabalho da Assistência Farmacêutica (GTTAF)

A iniciativa do CONASEMS em organizar junto aos Cosems o Grupo Técnico de Trabalho em Assistência Farmacêutica (GTTAF), em abril de 2018, desencadeou um movimento nacional para que, os profissionais das diversas regiões se envolvessem com as estratégias de fortalecimento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

O GTTAF conta com referências técnicas de 21 Cosems e 26 colaboradores sob coordenação da assessoria técnica do CONASEMS. Assim é possível discutir de forma ampliada as demandas da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), bem como remeter as demandas locais para o nível nacional.

"É consenso ao grupo técnico de que houve muita dedicação por parte de todos os membros e que os primeiros frutos começam a aparecer. Ainda há muito a ser realizado, diagnosticado e proposto. O grupo técnico destaca o trabalho dos COSEMS, por meio dos apoiadores do projeto "Rede Colaborativa para o fortalecimento da gestão municipal do SUS" e demais atores que se somaram ao processo. Essa capilaridade é importante para acelerar o ritmo da coleta de dados, bem como de todo o trabalho de apoio, formação e informação que vem sendo realizado para o fortalecimento da gestão municipal do SUS", explica a representante técnica do Cosems/SC, Luciane Savi.

COSEMS AC	Fernanda Chelotti
COSEMS AL	Joelson Castro Lisboa Junior.
COSEMS AP	Daniela Pinheiro
COSEMS BA	Renata Mundim Ferreira Martins
COSEMS CE	Pollyana Callou de Morais Dantas
COSEMS ES	Mariana D'agustinho - Titular
	Manuela Cruz - Suplente
COSEMS GO	Carla Guimarães Alves
COSEMS MA	Carlos Evandro dos Reis Costa
COSEMS MG	Magali brito Araujo
COSEMS PA	Angela Pessoa - Titular
	Paulo Geraldo Souza - Suplente
COSEMS PB	Anna Katarina L. P. de Galiza - Titular
	Michelle Targino - Suplente
COSEMS PE	Jean Batista de Sá
COSEMS PI	Amanda Costa Pinheiro
COSEMS PR	Regina Peron - Titular
	Wagner Mancuso Faria - Suplente
	Rosangela Treichel - Suplente
COSEMS RJ	Manoel Santos
COSEMS RN	Kleber Lomonte
COSEMS RO	Eglin Thais da Penha Goncalves
COSEMS RR	Neusa Maria Silva do Nascimento
COSEMS SC	Luciane Savi
COSEMS SE	Salviano Mariz
COSEMS SP	Dirce Cruz Marques



Experiência exitosa de Porto Velho-RO facilita acesso a medicamentos

O município de Porto Velho (RO) adotou um projeto até então inédito no município de apoio logístico e que garantisse acesso facilitado para o usuário aos medicamentos. O FarmaPub foi implementado em novembro de 2017 e auxilia os moradores do município a encontrarem os medicamentos em toda a rede pública da cidade.

"Quando o usuário acessa a plataforma, no campo de pesquisa ele digita o nome do medicamento, do composto químico ou do genérico para saber a disponibilidade e em qual unidade de saúde, seja da Atenção Básica ou da Média Complexidade, mais próxima ele pode retirá-lo", explica o coordenador do núcleo gestor de educação permanente e apoiador do projeto, Marcuce Antônio Miranda.

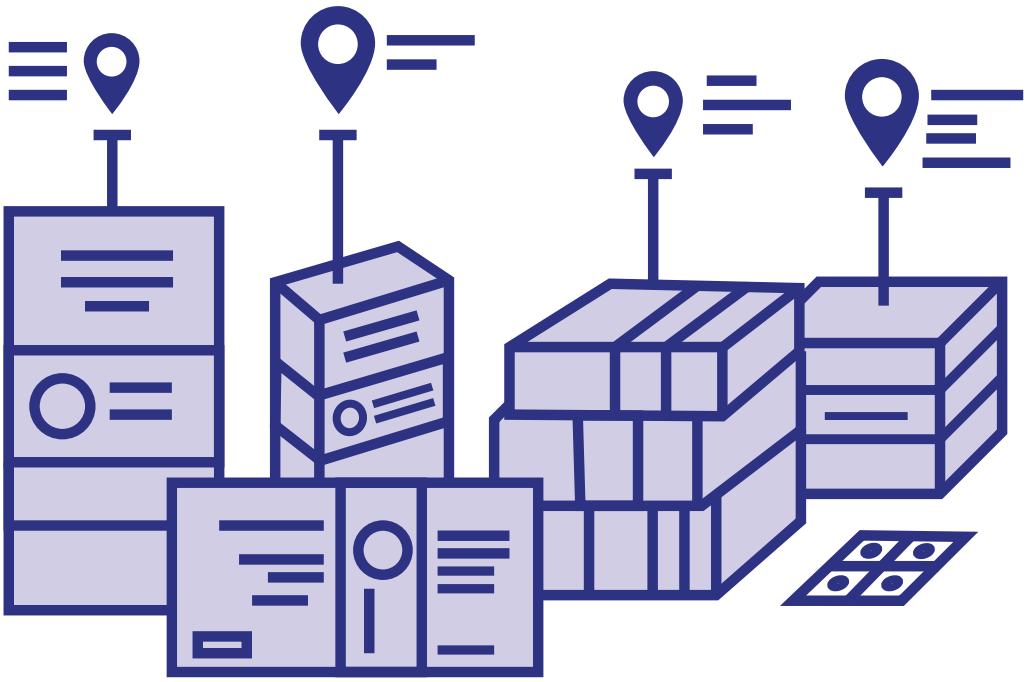
Além de facilitar o acesso da população ao serviço, o sistema proporciona aos técnicos do FarmaSUS um maior controle de estoque e de gerenciamento de insumos. "No final de cada trimestre temos um mapeamento completo de quantas medicações foram distribuídas, quais os tipos de medicamentos que são mais requisitados. Tudo isso traz uma redução de custos significativa para o município e todo esse processo logístico bem-sucedido se soma ao fato de trabalharmos para melhorar o acolhimento do usuário quando ele chega na Atenção Básica, que é a porta de entrada do SUS", finaliza Marcuce.

"Quando o usuário acessa a plataforma, no campo de pesquisa ele digita o nome do medicamento, do composto químico ou do genérico para saber a disponibilidade do medicamento e em qual unidade de saúde, seja da Atenção Básica ou da Média Complexidade, mais próxima ele pode retirá-lo"

Marcuce Antônio Miranda, coordenador do núcleo gestor de educação permanente e apoiador do projeto,

O mapa da **Assistência Farmacêutica** nos municípios brasileiros

Dados preliminares do Levantamento da RENAME feito pelo CONASEMS iniciam o mapeamento da situação do componente básico da AF nos municípios



O CONASEMS lançou em 2018 o Projeto Diagnósticos da Assistência Farmacêutica, com o objetivo de compreender a realidade da oferta de medicamentos na Atenção Básica. Foram formulados dois levantamentos - o primeiro sobre a relação municipal de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e o segundo sobre os processos de aquisição desses medicamentos pelos municípios brasileiros

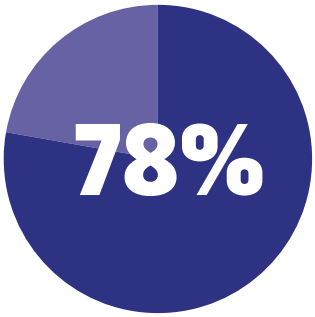
Além do Levantamento, diante da importante participação dos municípios nesse Projeto, a diretoria do CONASEMS realizou em 25 de setembro de 2018 o 1º Seminário Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, espaço no qual foi oportunizada a discussão entre um conjunto de gestores, profissionais e representantes de diferentes instituições do país, sobre os resultados preliminares desse levantamento.

O Secretário Municipal de Saúde de Goianésia-GO e Diretor do CONASEMS, Hisham Hamida, acompanhou o processo de realização do Levantamento. De acordo com ele, o produto dessa pesquisa é muito rico para a gestão municipal e para a organização da oferta dos medicamentos como um todo dentro do SUS. "O Levantamento trouxe um retrato da realidade da Assistência Farmacêutica nos municípios. O que a gente tinha como referência era a lista da RENAME, mas os novos dados trouxeram inúmeros medicamentos que são adquiridos, mas não estão na lista e outros que constavam lá, mas não são demandados".

Segundo ele, a partir desses dados fica claro a mudança no perfil dos usuários e no consumo desses medicamentos. Hisham também destacou que "Com o Levantamento, foi criada uma rede colaborativa de apoio da AF, quase a totalidade dos Cosems e milhares de municípios que tiveram o cadastro atualizado, essa rede melhora a qualidade e o fluxo da informação".

Assim como o secretário, o professor da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da USP Ribeirão Preto, Leonardo Régis Leira Pereira acredita que "esses dados apontam quais são as dificuldades enfrentadas pelos municípios brasileiros para adquirir os itens que estão padronizados em suas relações municipais de medicamentos essenciais, além de nos mostrar se os medicamentos que deveriam ser adquiridos pelos Estados e pelo Governo Federal estão chegando de forma adequada aos municípios e evitar os desabastecimentos".

4341 municípios
com participação expressiva



Etapas do Levantamento: mapeando a AF no Brasil

O primeiro ciclo do levantamento ocorreu entre 10 de junho a 25 de agosto de 2018. Na primeira etapa, o objetivo foi realizar o cadastro dos secretários municipais de saúde e responsáveis pela assistência farmacêutica nos municípios, no qual 4341 municípios (78%) participaram de forma expressiva, conforme segue: Nordeste (83%), Centro-Oeste (83%), Sudeste (82%), Norte (80%); Sul (62%).

Na segunda etapa, o objetivo foi realizar o levantamento sobre o elenco de medicamentos dos municípios relacionados ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica e os processos de compra pelos municípios referente a mais de 364 itens. Dos 5.570 municípios brasileiros, 2.755 (49,5%) responderam de forma completa as duas fases (cadastro + medicamentos padronizados na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - REMUME). Considerando os municípios respondentes, a população que vive nessas cidades totaliza 61,0% da população brasileira (126.891.481 habitantes) e 75,0% dos municípios tinham até 27.527 habitantes. Quanto à região do país, observou-se que 7,0% dos municípios localizavam-se na região Norte, 8,6% no Centro-Oeste, 19,9% no Sudeste, 31,9% no Nordeste e 32,6% no Sul. Esses municípios referiram adquirir em média 171 itens do CBAF da RENAME, o que corresponde a 47,0% dos medicamentos presentes na lista (Tabela 1). Convém destacar que 41 municípios referiram adquirir os 364 itens da RENAME.

Tabela 1. Número médio, máximo e mínimo de itens constantes da Relação de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pertencentes a RENAME 2017, segundo distribuição dos municípios respondentes por regiões do país. * número de município.

Itens constantes do CBAF/ RENAME 2017	Região do Brasil					Municípios respondentes (n= 2.755*)
	Norte (n = 192)	Nordeste (n = 880)	Sudeste (n = 547)	Sul (n = 899)	Centro-Oeste (n = 237)	
Média (Desvio padrão)	**185 (74,8)**	**175 (68,0)**	**167 (52,0)**	**167 (35,8)**	**173 (64,5)**	**171 (58,2)**
Máximo	**364**	**364**	**364**	**364**	**364**	**364**
Valor Mínimo	**58**	**37**	**55**	**62**	**79**	**37**

Entenda a metodologia de cálculo

O porte populacional dos municípios foi categorizado por quartis (os municípios foram distribuídos em quatro grupos cada um contendo um número igual de municípios. No primeiro grupo, ficaram os municípios de menor porte populacional, no segundo e terceiro, os de porte intermediário e no quarto, os municípios maiores), em função da maioria dos municípios possuírem até 27.527 habitantes, e pelo fato de que outras formas de categorização não representariam de forma adequada a população do estudo, como a classificação do IBGE, por exemplo.

Tabela 2. Número médio, máximo e mínimo de itens constantes da Relação de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica pertencentes a RENAME 2017, segundo o porte populacional dividido em quartis.

Itens constantes do CBAF/ RENAME 2017	≤ 5.938 habitantes (n = 689)	5.939 – 12.566 habitantes (n = 689)	12.567 – 27.527 habitantes (n = 689)	≥ 27.528 habitantes (n = 688)
Média	166	171	175	171
Desvio Padrão	62,011	60,260	62,682	46,111
Máximo	364	364	364	364
Mínimo	37	37	62	55

Observando as Tabelas 1 e 2, percebe-se que esses municípios estão presentes em todas as regiões brasileiras e são de portes populacionais distintos. Destaca-se que 68,0% desses municípios que padronizaram a totalidade dos itens do CBAF da RENAME são das regiões Norte e Nordeste (Figura 1). Considerando o porte populacional, 88,0% desses municípios tinham menos de 27.527 habitantes (Figura 2).

Figura 1. Número de municípios que relataram adquirir 100% do CBAF da RENAME por Região do país. (n=2.755)

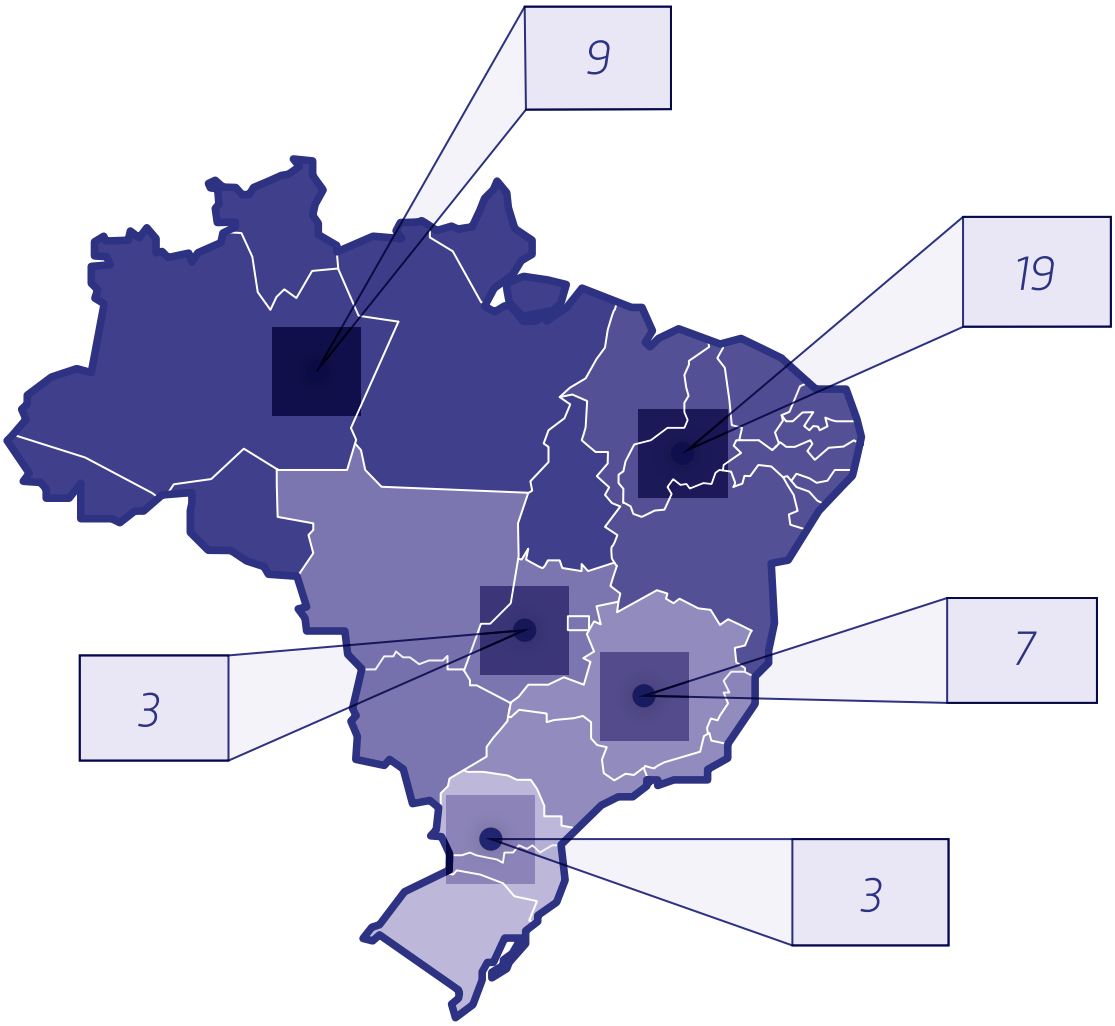
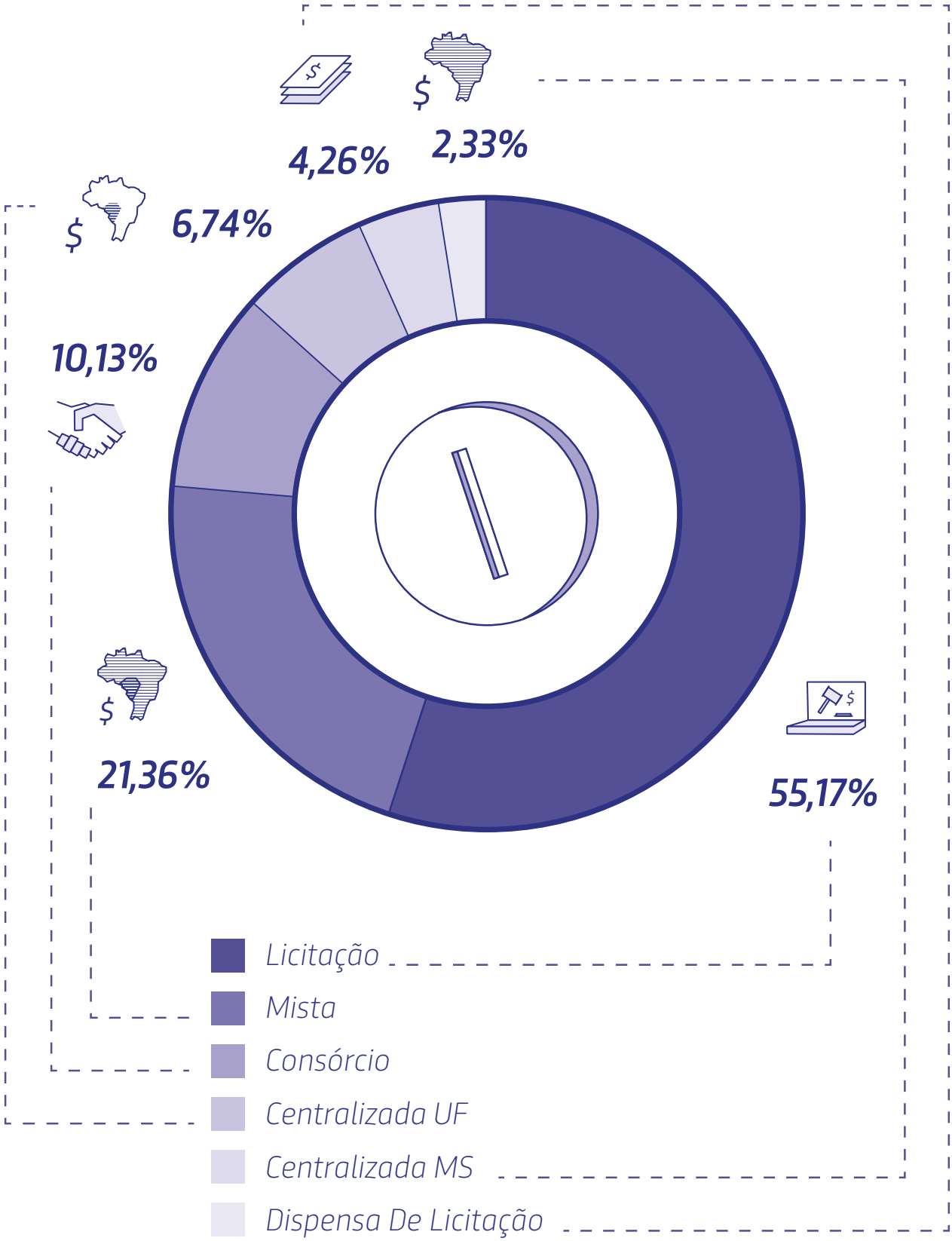


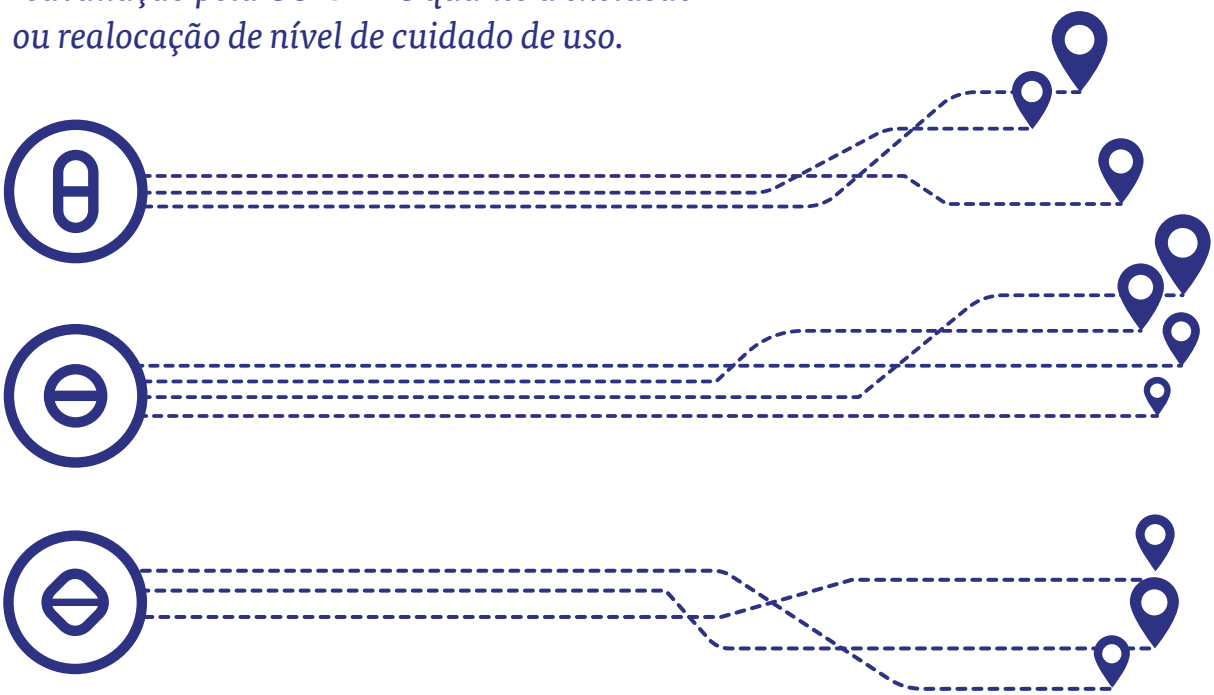
Figura 2. Número de municípios que relataram adquirir 100% do CBAF da RENAME por porte populacional. (N=2.755).

15 municípios	11 municípios	10 municípios	5 municípios
≤5938 habitantes	5939-12566 habitantes	12567-27527 habitantes	≥25728 habitantes

Figura 3 : Distribuição percentual das modalidades de aquisição dos medicamentos do CBAF relata pelos municípios respondentes



A oferta de itens com evidencia questionável de uso amplo na AB conduz a necessidade de sua reavaliação pela CONITEC quanto a exclusão ou realocação de nível de cuidado de uso.



É um grande desafio o desenvolvimento de políticas nacionais que sejam totalmente adequadas à diversidade da realidade brasileira. Cabe ressaltar que a Lei 12401/2011 preserva o poder discricionário dos municípios em incluir em suas listas municipais (REMUMEs) itens adicionais aos da RENAME – desde que haja capacidade financeira para sua cobertura.

Observou-se grande variabilidade na proporção de itens básicos previstos na RENAME. Entre as possibilidades que podem explicar tal fato estão desde a necessidade decorrente do quadro relacionado a doenças do município como a dificuldade de cobrir todos os itens da RENAME, seja por problemas financeiros, seja pela dificuldade técnica de estabelecer elencos adequados de medicamentos no nível local.

Destaca-se que, no entendimento judicial, os medicamentos básicos são compreendidos como responsabilidade do município e a RENAME, a lista de referência. Verificou-se que os municípios do último grupo tendem a ter oferta mais ampla de itens. Um tema para melhor estudo futuro é se a compra da totalidade dos itens da RENAME em municípios pequenos e em regiões com maior índice de pobreza repercute em disponibilidade sustentada da rede de saúde.

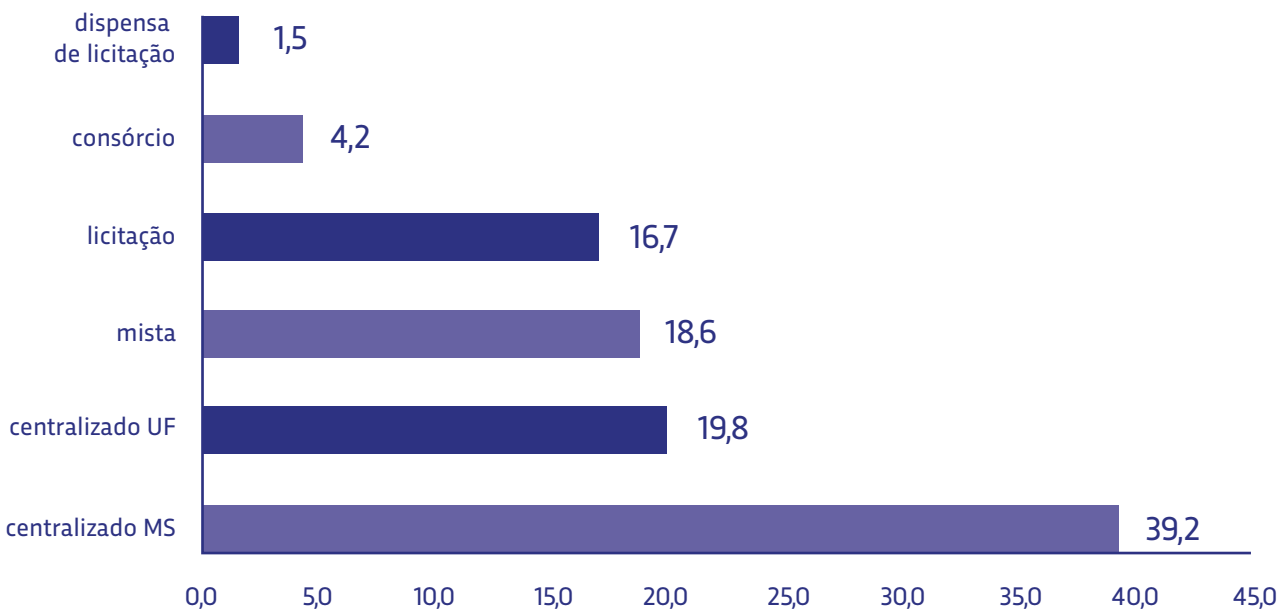
A baixa oferta de itens de alta essencialidade para a Atenção Básica também precisa ser explorada, sendo possibilidades explicativas os hábitos de prescrição ou uma menor capacidade diagnóstica para alguns quadros. Por outro lado, a oferta de itens com evidência questionável de uso amplo na AB conduz à necessidade de sua reavaliação pela CONITEC quanto à exclusão ou realocação de nível de cuidado de uso.

Também foram avaliadas as modalidades de aquisição relatadas pelos municípios respondentes. A principal modalidade relatada foi compra por licitação, com 55% dos itens sendo adquiridos desta

maneira. A licitação aqui relatada abrange compras por pregão eletrônico, pregão presencial, "carona", convite, tomada de preço e concorrência. Em segundo lugar, aparece a modalidade compra mista, com 21% dos itens, seguida de consórcio (10%), compra centralizada pela UF (7%), dispensa de licitação (4%) e compra centralizada pelo MS (2%).

Analisando as modalidades de aquisição relatadas por item, alguns resultados chamam a atenção. É o caso do contraceptivo oral etinilestradiol 0,03mg + levonorgestrel 0,15 mg comprimido (*Ciclo 21*) cuja a responsabilidade da aquisição está centralizada pelo é de forma centralizada pelo MS, e em apenas 39% dos municípios respondentes, informaram que a última aquisição desse item foi realizada pelo MS. Observamos ainda que, cerca de 20% dos municípios relataram que esta aquisição é feita de forma centralizada pelas UF´s, 19 % que a aquisição é realizada de forma mista, 17% por licitação, 4% por consórcio e 2% por dispensa de licitação, sendo que, conforme pactuação padronização, este item deve ser fornecido aos municípios pelo MS.

Figura 4 : Distribuição percentual da aquisição do etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg – comprimido, por modalidade de aquisição



Referências e contexto:

Racionalidade da seleção de medicamentos na perspectiva terapêutica

Medicamentos essenciais satisfazem as necessidades prioritárias de cuidados de saúde da população. Políticas de medicamentos essenciais são cruciais para promover a saúde e alcançar o desenvolvimento sustentável. Entre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; o Objetivo 3 que trata da Saúde e Bem-Estar mencionam especificamente no Item 3.8, a importância do acesso seguro, eficaz, medicamentos essenciais e de qualidade e vacinas para todos como um componente central da Cobertura Universal de Saúde e, o Item 3.b, que enfatiza a necessidade de desenvolver medicamentos para lidar com lacunas de tratamento (United Nations)[1]

Trinta e três anos após o reconhecimento da importância da estratégia do medicamento essencial – Conferência de Nairobi de 1985 sobre o Uso Racional de Medicamentos (OMS, 1985)14 – a The Lancet's Commission on Essential Medicines Policies (WIRTZ; HOGERZEIL; GRAY et al., 2017)15, identificou cinco pontos cruciais para as políticas de medicamentos essenciais; ou seja: estratégias de financiamento, acesso, qualidade e segurança, o uso racional, mercado e a falta de medicamentos essenciais. Preconiza-se, assim: (i) o pagamento de cesta de medicamentos essenciais para promover acesso sustentável para todos; (ii) tornar os medicamentos essenciais acessíveis para se alcançar a equidade; (iii) assegurar a qualidade e a segurança dos medicamentos para evitar danos aos usuários; (iv) promover o uso de qualidade de medicamentos essenciais proporcionando melhores resultados terapêuticos e alcançando a eficiência em saúde; (v) o estabelecimento de uma política global de pesquisa e desenvolvimento (P&D) estruturada para suprir a falta de medicamentos e torná-los acessíveis à todos. Por fim, é imprescindível monitorar os avanços e manter todas as partes interessadas comprometidas.

O desenvolvimento e a implementação de políticas de medicamentos evoluíram em três grandes fases da nossa história. A primeira, foi caracterizada pelo estabelecimento do medicamento como um elemento-chave da Atenção Básica. Intervenções-global nesta fase focaram em fornecer consultorias aos países – predominantemente para o setor público –, visando apoiá-los a desenvolver listas de medicamentos essenciais e políticas nacionais de medicamentos.

Na segunda fase, políticas de medicamentos essenciais foram fundamentalmente moldadas por investimentos globais – financeiro e político – ampliando o acesso a medicamentos por categorias de doenças; em especial a tuberculose, a malária e a AIDS, onde os princípios de saúde pública que sustentam o conceito de medicamentos essenciais foram estabelecidos como um elemento central do direito à saúde em respostas dos sistemas de saúde para estas três doenças. A terceira fase, é caracterizada por uma reformulação das políticas de medicamentos essenciais à luz dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), no qual o foco agora abrange não só as principais doenças infecciosas como também as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Preconiza-se, nesta fase, aumentar o acesso equitativo e sustentável a medicamentos essenciais, enfatizando-se a Cobertura Universal de Saúde (WIRTZ; HOGERZEIL; GRAY et al., 2017)[15].

Levantamento Nacional

Dos itens constantes da Relação de Medicamentos do CBAF pertencentes a RENAME, foram selecionados alguns medicamentos traçadores para a Atenção Básica: glicazida, carvedilol, varfarina, levodopa associada com benserazida, levodopa associada com carbidopa, ácido valpróico solução oral e levotiroxina.

A gliclazida trata-se de um antidiabético oral da classe das sulfoniluréias, que é considerado como primeira opção para o tratamento de pacientes idosos diagnosticados com Diabetes Mellitus 2. O carvedilol destaca-se por ser um medicamento considerado de primeira escolha para pacientes pós-infartados, aumentando sua sobrevida. A varfarina é um anticoagulante oral, que representa comodidade para os usuários, sendo de primeira escolha para diversas situações clínicas, tais como para pacientes que realizaram a substituição de válvulas cardíacas. A levodopa é um medicamento de primeira escolha para o tratamento da Doença de Parkinson, sendo fundamental para alcançar o controle dos sinais e sintomas da enfermidade. A solução oral de ácido valpróico é considerada o tratamento de primeira linha para crianças com crises tônico-clônicas generalizadas, enquanto que a levotiroxina é o medicamento de escolha para tratar o hipotireoidismo.

Diante das características desses medicamentos descritas anteriormente torna-se plenamente justificável sua presença nas listas de medicamentos padronizados dos municípios (Figura 5). Observa-se que há uma tendência desses medicamentos serem adquiridos em maior quantidade pelos municípios das regiões sul e sudeste, com exceção do ácido valpróico solução oral, cuja prevalência maior de aquisição é observada nos municípios das regiões norte e nordeste (Figura 6).

Considerando as frequências de aquisição desses itens por porte populacional dos municípios, observa-se que os municípios com mais de 27.528 apresentaram maior frequência de aquisição (Figura 7), com exceção do ácido valpróico solução oral, cuja prevalência tende a ser semelhante nos três quartis superiores ('5.939 – 12.566'; '12.567 – 27.527'; '≥ 27.528' habitantes).

Do mesmo modo, foram selecionados medicamentos que atualmente estão em desuso por não estarem entre as principais escolhas terapêuticas, devido a problemas de segurança ou pela presença de opções mais custo-efetiva ou com maior custo benefício, sendo assim configuraram uma padronização inadequada pelos municípios, tais como o nifedipino e o salbutamol injetável (Figura 8). Observa-se ainda que os municípios das regiões sul e sudeste apresentaram menor frequência de aquisição desses medicamentos, entretanto quando analisados por porte populacional, não se observou diferença significativa entre as categorias (Figura 10).

"Do mesmo modo, foram selecionados medicamentos que atualmente estão em desuso por não estarem entre as principais escolhas terapêuticas, devido a problemas de segurança ou pela presença de opções mais custo-efetiva ou com maior custo benefício"

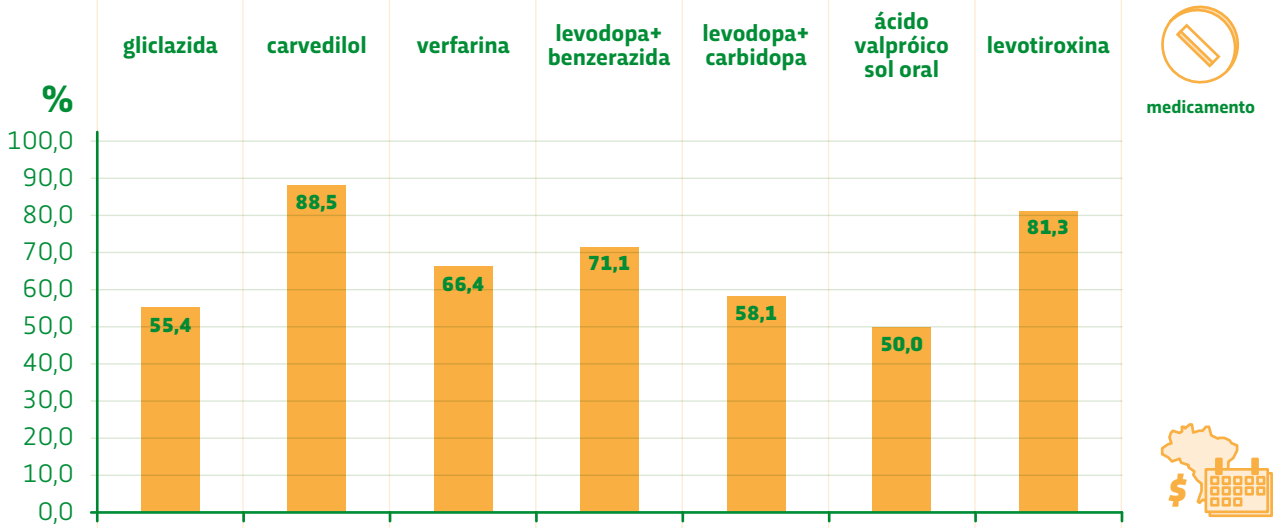


Figura 5. Frequência de aquisição dos medicamentos glicazida, carvedilol, varfarina, levodopa associada com benserazida, levodopa associada com carbidopa, ácido valpróico solução oral e levotiroxina pelos municípios respondentes.

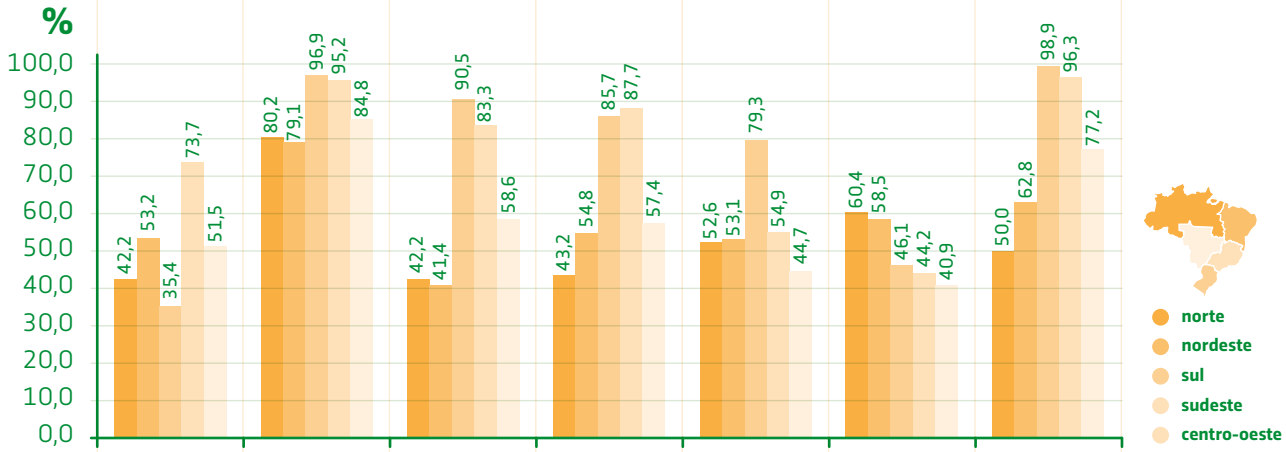


Figura 6. Frequência de aquisição dos medicamentos glicazida, carvedilol, varfarina, levodopa associada com benserazida, levodopa associada com carbidopa, ácido valpróico solução oral e levotiroxina, por região do Brasil. (N=2.755)

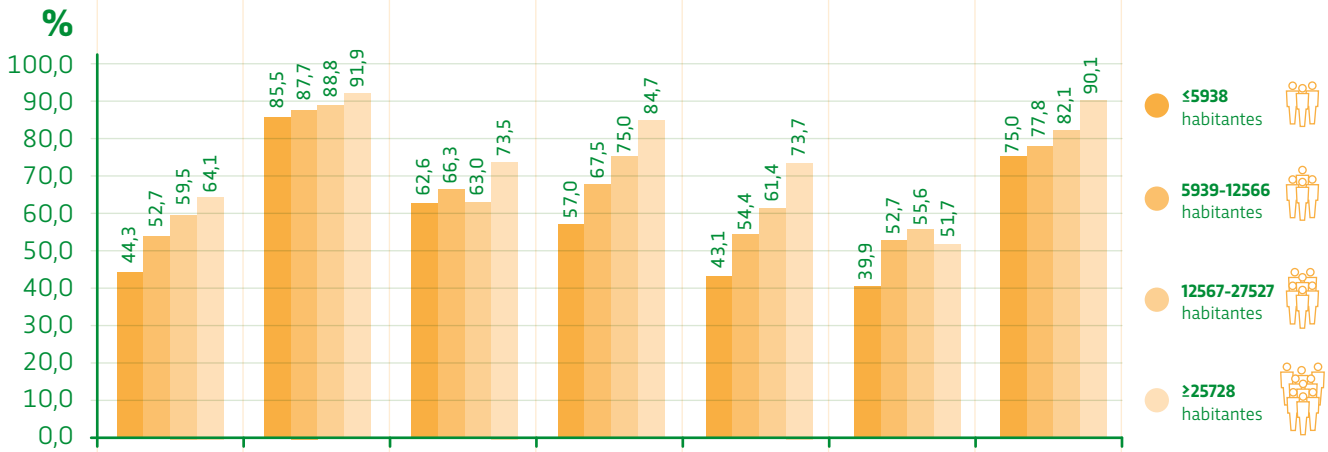


Figura 7. Frequência de aquisição dos medicamentos glicazida, carvedilol, varfarina, levodopa associada com benserazida, levodopa associada com carbidopa, ácido valpróico solução oral e levotiroxina, por porte populacional.

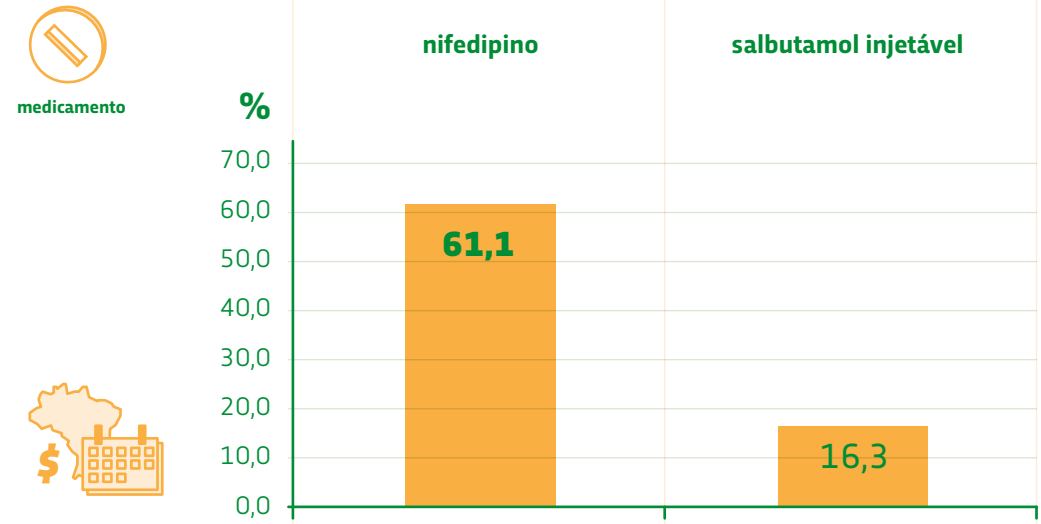


Figura 8. Frequência de aquisição dos medicamentos nifedipino e salbutamol injetável pelos municípios respondentes.

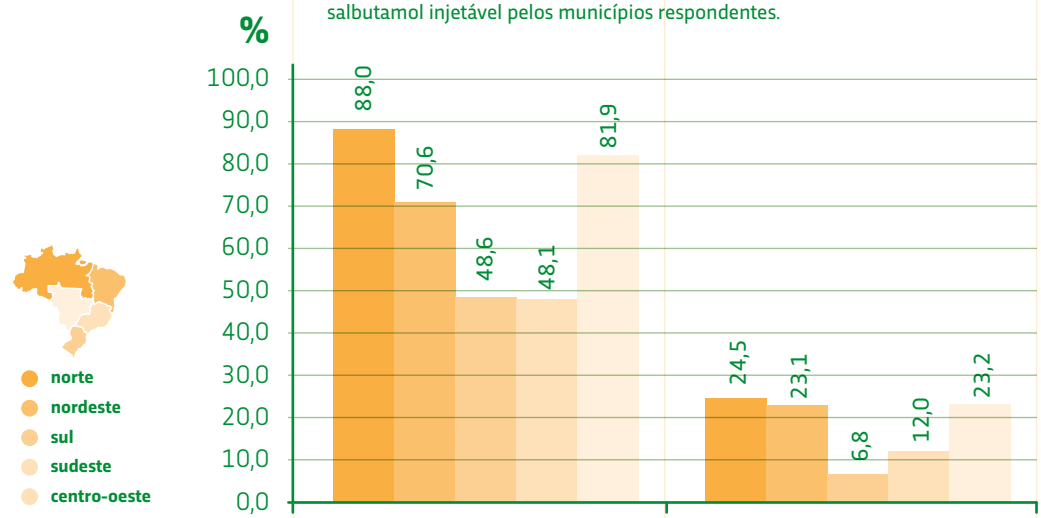


Figura 9. Frequência de aquisição dos medicamentos nifedipino e salbutamol injetável, por região do Brasil.

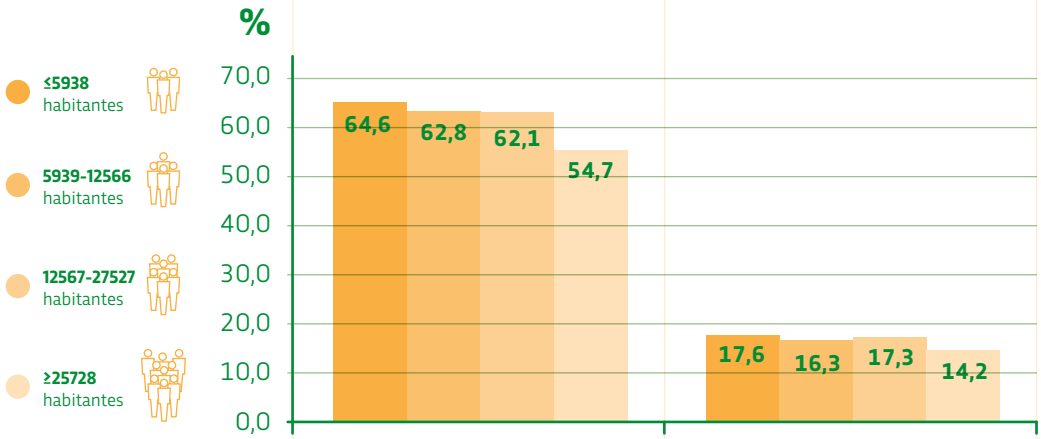


Figura 10. Frequência de aquisição dos medicamentos nifedipino e salbutamol injetável, por porte populacional.

Medicamentos: qualidade e quantidade

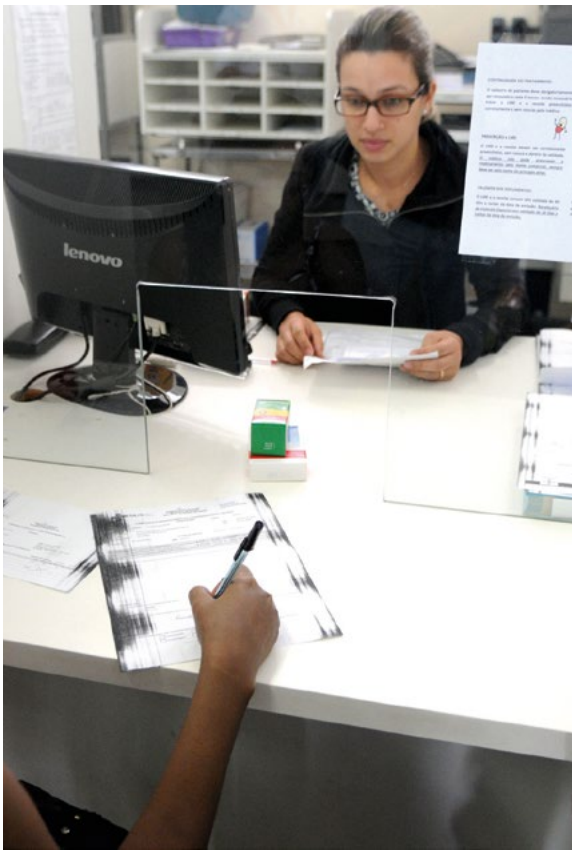
De acordo com Wirtz; Hogerzeil; Gray et al. (2017) o uso apropriado de medicamentos depende do comportamento de distintas partes interessadas; ou seja, dos usuários, prescritores, dispensadores, conselhos profissionais ou entidade de classes, empresas farmacêuticas e organizações de consumidores, setor público e setor privado, prestadores de serviços terceirizados, agências reguladoras, fabricantes e importadores, associações de empresas farmacêuticas e cientistas.

A qualidade do uso de medicamentos tem um enorme potencial para prevenir mortes prematuras, aliviar o sofrimento e contribuir para o bem-estar humano quando usados apropriadamente. Os medicamentos são benéficos quando prescritos adequadamente, com acesso em tempo hábil, usados pelo tempo apropriado e a um custo justo para o indivíduo e/ou a sociedade. O uso inapropriado de medicamentos ainda é uma realidade, apesar de décadas de esforços para melhorá-lo. Em termos de saúde pública, questões clínicas, sociais, econômicas e éticas relacionadas a qualidade do uso de medicamentos deve se tornar um tema permanente na agenda dos Sistemas Universais de Saúde.

Promoção do uso racional de medicamentos é limitada

Tem-se como exemplos de categorias de problemas com o uso de medicamentos: uso de medicamentos desnecessários (uso excessivo); falha no uso de medicamentos necessários (subutilização); uso incorreto de medicamentos (uso indevido); uso desnecessário de medicamentos de alto preço. Importante destacar que para alguns grupos terapêuticos, como os antibióticos, a abordagem do uso inadequado requer intervenções-chave além do setor da saúde; por exemplo, na agricultura.

São reconhecidas três razões principais para o pouco progresso na melhoria do uso com qualidade de medicamentos. A primeira é que o discurso sobre o acesso a medicamentos dominou o mercado global, sendo que o foco no acesso limitou o foco na questão de uso adequado. A segunda razão é que o problema do uso inadequado de medicamentos não tem um único fator determinante. O uso de medicamentos é determinado pelos comportamentos combinados de muitos atores nos sistemas de saúde locais e nacionais.



"O uso inadequado de medicamentos proporciona lucro econômico para fornecedores e prestadores de serviços, cujos rendimentos dependem da venda medicamentos"

WIRTZ; HOGERZEIL; GRAY et al., 2017

Os custos econômicos diretos e indiretos para a saúde, do uso inadequado de medicamentos muitas vezes são suportados por usuários individuais e/ou famílias pagando diretamente do bolso pelos medicamentos. A terceira razão, a intervenção para melhorar o uso de medicamentos é desafiadora. Uma gama de interesses no sistema de saúde com objetivos, funções e objetivos legitimam e influenciam o uso desnecessário de medicamentos. O uso inadequado de medicamentos proporciona lucro econômico para fornecedores e prestadores de serviços, cujos rendimentos dependem da venda medicamentos; exacerbados por programas verticais de acesso a medicamentos que se concentram somente em problemas específicos de saúde (WIRTZ; HOGERZEIL; GRAY et al., 2017).

Estratégias

Preconiza-se que os governos e as seguradoras privadas de saúde estabeleçam estratégias para a estruturação e organização de Unidades de Estudos de Utilização de Medicamentos (Unidades de Avaliação Farmacêutica) ou equivalente, que sejam independentes e se concentrem na geração de dados e informações que permitam ações de promoção do uso com qualidade de medicamentos (Uso Racional de Medicamentos). Essas unidades devem colaborar com as distintas partes interessadas para aumentar seu engajamento e responsabilidade pelo uso de qualidade de medicamentos, intervindo em conjunto sobre o uso de medicamentos problemas, priorizando ações a longo prazo que contribuem para o desenvolvimento de intervenções profissionais, organizacionais, financeiras, governamentais e multifacetadas com evidências quanto a desfechos clínicos, epidemiológicos, humanísticos e econômicos.

"O uso inadequado de medicamentos proporciona lucro econômico para fornecedores e prestadores de serviços, cujos rendimentos dependem da venda medicamentos"

WIRTZ; HOGERZEIL; GRAY et al., 2017

Conduta terapêutica embasada em evidências

A busca de evidências orientadoras de condutas constitui um movimento que se tem preocupado em difundir uma nova forma de atuar e ensinar a prática médica; preconizando a ideia como "o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência disponível para a tomada de decisão sobre o cuidado de usuários individuais (WANNMACHER; FUCHS,2000)16. Decisões mais científicas e eficazes – baseadas em métodos de avaliação mais vigorosos e visando otimizar benefícios e minimizar riscos e custos - podem ser tomadas com base no novo paradigma, constituindo a conduta embasada em evidências (BRASIL, 2012)17.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), desde a década de 1990 têm sido desenvolvidos programas educacionais com o objetivo de melhorar o ensino da farmacoterapia. Um exemplo interessante é a o Tratamento Individualizado, que não somente auxilia os estudantes a selecionarem os Medicamentos-Individualizado de forma racional, mas também a consultar, entender e usar os protocolos de tratamento e/ou linhas guias existentes. Esta metodologia ensina os estudantes como verificar, para cada usuário individualmente, se o Tratamento-Individualizado padrão é também a escolha mais apropriada naquele caso específico e, se necessário, como adaptar o medicamento, a forma farmacêutica, a frequência de tomadas ou a duração do tratamento (OMS, 2001)18. As experiências daí geradas têm levado ao consenso de que a atenção à saúde deva embasar-se em pesquisas robustas disponíveis e ser julgada por desfechos alcançados a um custo que a sociedade consiga pagar.

Grupo de pesquisadores autores do texto:

Prof. Dr Osvaldo de Freitas (Universidade de São Paulo. Diretor da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto)

Prof. Dr. Leonardo Régis Leira Pereira (Universidade de São Paulo. Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto. Coordenador do Centro de Pesquisa em Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica)

Marilia Silveira de Almeida Campos (Universidade de São Paulo. Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto. Pesquisadora do Centro de Pesquisa em Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica)

Profa. Dra. Karen Sarmento Costa (Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva)

Verônica Gomes (Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva)

Brunna Raphaelly Amaral da Silva (Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva)

Profa. Dra. Noemia Urruth Leão Tavares (Universidade de Brasília. Faculdade de Ciência da Saúde. Departamento de Farmácia)

Victor Kiiti Tanaka (Universidade de Brasília. Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.)

Prof. Dr Sotero Serrate Mengue (Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia)

Prof. Dr Mauro Silveira de Castro (Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica)

Andréia Turmina Fontanella (Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia)

Profa. Dra Vera Lúcia Luiza (Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz .Departamento de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica)

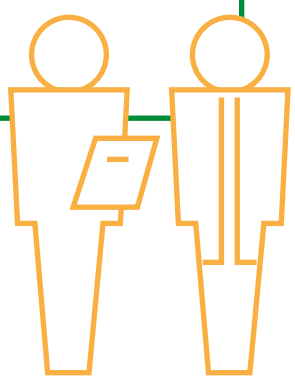
Prof. Dr Paulo Arrais (Departamento de Farmácia. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará)

Prof. Dr Orenzio Soler (Universidade Federal do Pará. Instituto de Ciências da Saúde. Faculdade de Farmácia)

Alice Aparecida de Olim Brícola (Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social)

Orlando Mario Soeiro (Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social)

Dirce Cruz Marques (Assessora Técnica do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de São Paulo)



Referências

1. Arrais PSD, Fernandes MEP, Pizzol T da SD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, Tavares NUL, Farias MR, Oliveira MA, Bertoldi AD (2016) Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. Revista de Saúde Pública 50:13s

2. Bertoldi AD, Pizzol T da SD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, Tavares NUL, Farias MR, Oliveira MA, Arrais PSD (2016) Sociodemographic profile of medicines users in Brazil: results from the 2014 PNAUM survey. Revista de Saúde Pública 50:5s

3. World Health Organization (2002) WHO Perspective: The Selection of Essential Medicines.

4. Bermudez JAZ, Oliveira MA, Luiza VL (2012) Assistência Farmacêutica. In: Lígia Giovanella, Sarah Escorel, Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato, José Carvalho de Noronha, Antonio Ivo de Carvalho (eds) Polítias e Sistema de Saúde no Brasil, 2nd ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, pp 761–794

5. Brasil, Ministério da Saúde (2001) Política Nacional de Medicamentos. Ministerio da Saúde, Brasília - DF

6. Brasil. Presidência da República. Casa Civil (2011) 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. D.O.U. de 29/06/2011, P. 1

7. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brazil) (2011) Assistência farmacêutica no SUS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, Brasília

8. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (2010) Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010. Ministério da Saúde, Brasília

9. Caetano R, Silva RM da, Pedro ÉM, Oliveira IAG de, Biz AN, Santana P (2017) Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. Ciência & Saúde Coletiva 22:2513–2525

10. Brasil. Presidência da República (2011) Lei n. 12401. 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.

11. Brasil (2011) Decreto no 7.646, de 21 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. D.O.U. DE 22/12/2011, P. 3

12. Osorio-de-Castro CGS, Azeredo TB, Pepe VLE, Lopes LC, Yamauti S, Godman B, Gustafsson LL (2018) Policy Change and the National Essential Medicines List Development Process in Brazil between 2000 and 2014: Has the Essential Medicine Concept been Abandoned? Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology 122:402–412

13. UNITED NATIONS (UN). Sustainable development goals. 2015. The Millennium Development Goals Report 2015. United Nations. New York, 2015. 72 p. ISBN 978-92-1-101320-7

14. Organización Mundial de la Salud (OMS). Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de los Medicamentos, 1985, Nairobi, Kenia. Uso racional de los medicamentos: informe de la Conferencia de Expertos, Nairobi, 25-29 de noviembre de 1985. Genebra: Organización Mundial de la Salud, 1986. 304p.

15. Wirtz VJ, Hogerzeil HV, Gray AL, Bigdeli M, Joncheere CP, Ewen MA, et al. Essential medicines for universal health coverage. The Lancet Commissions. Volume 389, Issue 10067, P403-476, January 28, 2017. Published: November 07, 2016. DOI https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31599-9

16. Wannmacher L, Fuchs FD. Conduta terapêutica embasada em evidências. Rev Ass Med Brasil 2000; 46(3): 237-41. ISSN 0104-4230.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1897-4

18. Organização Mundial da Saúde (OMS). Guia do Instrutor em Práticas da Boa Prescrição Médica. Departamento de Medicamentos Essenciais e Políticas de Medicamentos Genebra, Suíça. WHO/EDM/PAR/2001.2.

INTEGRAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

E AS INICIATIVAS DO CONASEMS NA PERSPECTIVA DO FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO BÁSICA NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS

Hisham Hamida
Secretário Municipal de Saúde de Goianésia-GO
e Diretor Financeiro do CONASEMS

Elton Chaves
Assessor Técnico do CONASEMS

O Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde - CONASEMS, enquanto entidade representativa dos gestores municipais de saúde vem envidando esforços no sentido de contribuir com a qualificação do cuidado em saúde ofertado na Atenção Básica (AB) no Sistema Único de Saúde - SUS, sob responsabilidade de todos os municípios brasileiros.

O processo de rediscussão e revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) possibilitou a entidade juntamente com seus representantes e técnicos, a revisitar os posicionamentos, os documentos e as cartas publicadas pós encontros dos secretários municipais de saúde, além de novamente mobilizar os gestores e trabalhadores do SUS para elaborar um conjunto de proposições com vistas a adequações na política frente a realidade brasileira e respeitando as singularidades dos municípios. Já em 2011, com a publicação no documento "A Atenção Básica que queremos" o CONASEMS apontava a importância da qualificação da Atenção Básica no SUS para que, entre outras finalidades, atender os requisitos de assumir o papel de coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora das redes de atenção. Nesse sentido ressaltava que modelos prescritivos de uma AB ideal e que não considerem o contexto de implementação do SUS contribuíam pouco no processo de qualificação.

Essas e outras questões apontadas nesse documento, foram publicadas no mesmo ano da publicação da PNAB com revisão.A PNAB de 2011, (Portaria 2488 de 21 de outubro), foi sem dúvida um avanço para a saúde pública brasileira. A XV Conferência Nacional de Saú-

de/2015 propôs que essa política deveria ser revisada frequentemente, visando atender as necessidades da população brasileira.

Nesse sentido, o CONASEMS criou em 2015, um Grupo Técnico da Atenção Básica (GTAB), com participação de gestores e técnicos das cinco regiões do país, que trouxeram para o debate as diferentes realidades da Atenção Básica dos municípios e os desafios frente à gestão desta política, concebida em um padrão que não atende as diversidades dos territórios brasileiro.

Desde então, O CONASEMS e os COSEMS de todo o Brasil, iniciaram um movimento de aprimoramento da PNAB, desta vez de forma ascendente e participativa, por meio de discussões regionais e fóruns nacionais, favorecendo a participação de um conjunto de gestores, trabalhadores, usuários e centros formadores de profissionais da saúde, articulando essas discussões no âmbito da CIT.

As proposições apresentadas pelo CONASEMS, após ampliar a discussão com os gestores municipais em todas as regiões do país, apenas retomaram um processo necessário de revisão de uma importante política de saúde no sentido de sua própria dinâmica e realidade composta das peculiaridades de um Brasil tão diverso.

Assim, em 2017 as discussões em torno de uma PNAB que aproximasse as necessidades dos gestores, as diversidades locorregionais com a responsabilidade de realizar o cuidado integral, apontou novamente para a Atenção Básica na sua dinâmica abrangente e responsável no contexto da gestão.

Publicada pela portaria portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a nova política estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do ***Sistema Único de Saúde (SUS****), dentre ela podemos citar:*

- ***Reafirmação da Estratégia Saúde da Familia (ESF) como modelo prioritário, mas também reconhecendo os demais modelos incentivando o compromisso de avançar em direção à ESF;***
- ***Reconhecimento das Equipes de atenção básica (EAB), como caráter transitório para ESF, e com financiamento inferior;***
- ***Possibilidade de ter ESF em municípios com menos de 2.000 habitantes;***
- ***Integração da AB com a Vigilância em Saúde, possibilitando a atuação dos profissionais em território único e planejamento integrado das ações, permitindo que os Agentes de Combate a endemias (ACE) sejam membro da ESF/EAB, além de incorporar as atribuições do ACE – Lei 11.350;***
- ***Ressignificação dos NASF-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, podendo ser vinculado às ESF e EAB, e complementar as ações das equipes com vistas a maior resolutividade;***
- ***Criação da oferta de serviços e ações essenciais e ampliados da atenção básica, na perspectiva de uma relação de ações e serviços que devem ser disponibilizados pelas UBS, ampliando o escopo de atendimento;***
- ***Inovação na Territorialização e vínculo, podendo agora o usuário se vincular a mais de uma UBS, através de negociação entre gestão e equipes, e mantendo a informação com a equipe de referência;***
- ***Na regulação, atribui aos membros da equipe, a função de participar e contribuir com os processos de regulação do acesso a partir da AB, sinalizando o Telessaúde e a utilização de protocolos como ferramentas de apoio e aperfeiçoamento do processo de regulação;***
- ***Ampliação de acesso a saúde bucal (SB), possibilitando as equipes de SB comporem as equipes de saúde da família e atenção básica;***
- ***Reconhece o papel do gerente de UBS, a depender da necessidade local, incluindo recurso federal;***

Além dos avanços citados anteriormente, uma das inovações da PNAB merece destaque, pois traz pela primeira vez regulamentação das ações que os municípios devem exercer na Assistência Farmacêutica:

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

Cabe mencionar que essa diretriz foi elaborada e apresentada pelo GTAB no conjunto de proposições para a revisão da PNAB. É nessa perspectiva, que o CONASEMS tem discutido medidas que entende serem de fundamental importância para o aprimoramento e fortalecimento da AB, visando indicá-las para as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) de todo o País.

Para tal, a diretoria da entidade demandou o desenvolvimento de iniciativas que promovam o fortalecimento da Atenção Básica e a integração das demais políticas de saúde visando cumprir seu papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado.

Entendemos que para melhor exercer a missão institucional do CONASEMS e apoiar os municípios

brasileiros na implementação das diretrizes da atual Política Nacional de Atenção Básica conjuntamente com a rede de COSEMS, é necessário a Construção de um Plano Nacional de Fortalecimento da Atenção Básica do CONASEMS.

Este direcionamento tem possibilitado já iniciarmos a elaboração e o desenvolvimento das iniciativas nacionais demandadas contando com o apoio de uma rede de instituições parceiras e colaboradores no país.

O **Projeto de Diagnóstico Nacional da Assistência Farmacêutica Básica** do CONASEMS é uma dessas iniciativas, e visa aperfeiçoar a representação da entidade na proposição dos aprimoramentos necessários nas Políticas Farmacêuticas no país. Por meio desse projeto a entidade já está preparando a sua rede de apoiadores e as referências dos municípios para receber todas ofertas por meio do cadastro atualizado dos responsáveis da AF dos municípios brasileiros.

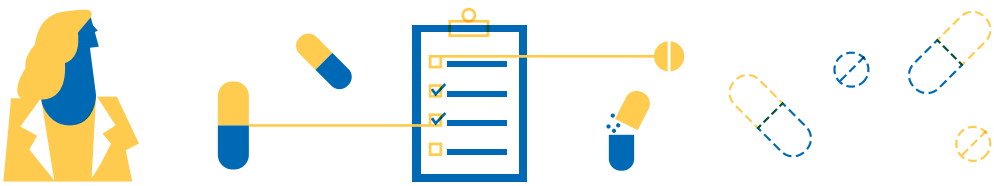
De forma estratégica, o CONASEMS realizará um conjunto de levantamentos nacionais temáticos da Assistência Farmacêutica, conjuntamente com a rede dos COSEMS e apoiadores, a partir de prioridades definidas pela Diretoria.

O primeiro destes é o **Levantamento nacional sobre a Relação Municipal de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e a situação dos processos de compra pelos municípios brasileiros.**

A demanda partiu da necessidade de atualização do elenco do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e das dificuldades relatadas pelos municípios na aquisição de alguns medicamentos desse elenco, bem como a necessidade de identificar itens com potencial risco de desabastecimento no país.

Dentre os objetivos, espera-se contribuir na definição das estratégias nacionais para garantir o acesso aos medicamentos na Atenção Básica financiados de forma tripartite.

Nesse sentido, a entidade espera a partir desse diagnóstico apresentar e discutir o cenário com os diferentes atores governamentais responsáveis pela formulação das Políticas Farmacêuticas.



Os Produtos esperados com o primeiro levantamento do Projeto Diagnóstico da Assistência Farmacêutica são:

1. ***Identificar a Relação de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros.***
2. ***Criar uma rede técnica colaborativa do CONASEMS/COSEMS dos responsáveis pela Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.***
3. ***Propor junto a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec) a atualização da Relação de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.***
4. ***Identificar os medicamentos com potencial risco de desabastecimento nacional na Atenção Básica.***
5. ***Subsidiar a discussão da produção pública de medicamentos voltadas a necessidade da Atenção Básica.***

Alcançar esses resultados exigirá um conhecimento especializado e uma cooperação de diversos atores e instituições. Nessa perspectiva, o CONASEMS tem buscado ampliar a sua rede de parceiros e colaboradores no país, a exemplo do Acordo de Cooperação Técnica firmado com a Universidade de São Paulo, por meio da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto (FCFRP-USP), para o período de 2018 a 2022.

A Cooperação entre as entidades, tem como objetivo contribuir para o fortalecimento da Atenção Básica para o aperfeiçoamento da Política de Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros, por meio do desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e/ou extensão.

Para isso, compete a FCFRP-USP:

- ***Disponibilizar recurso humano especializado e tecnologias na área para apoio ao desenvolvimento das atividades técnicas de ensino, pesquisa e/ou extensão;***
- ***Contribuir na formulação de políticas, programas e projetos que atendam ao objeto do presente acordo de cooperação;***
- ***Oferecer suporte técnico e científico para formulação, elaboração, desenvolvimento, análise e produção de informações e pesquisas relacionadas a Política de Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros;***
- ***Apoiar processos de educação permanente voltadas a qualificação do trabalho nas atividades da Assistência Farmacêutica desenvolvida na rede CONASEMS e COSEMS no país;***
- ***Contribuir para o desenvolvimento, monitoramento, avaliação e qualificação de ações e serviços da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros;***
- ***Contribuir na elaboração de documentos técnicos e científicos necessários, assim como, sua ampla disseminação e divulgação nacional e internacional.***

Por sua vez, compete ao CONASEMS:

- ***Contribuir para viabilizar as condições necessárias (infraestrutura e recursos humanos) ao desenvolvimento das atividades do presente acordo de cooperação;***
- ***Contribuir na definição das prioridades das atividades a serem desenvolvidas no presente acordo de cooperação;***
- ***Promover o intercâmbio dos docentes e estudantes universitários com os gestores e profissionais dos municípios a fim de facilitar o desenvolvimento das atividades;***
- ***Participar do processo de acompanhamento e avaliação das atividades realizadas;***
- ***Contribuir na interlocução com COSEMS e municípios para estimular/viabilizar as atividades de cooperação;***
- ***Contribuir com elaboração de documentos técnicos e sua disseminação para os municípios brasileiros;***
- ***Disponibilizar o acesso a todas as bases de dados do CONASEMS relacionadas ao plano de trabalho desse termo de cooperação.***

Segundo o Diretor da Faculdade, Dr Osvaldo de Freitas "a expectativa é que a parceria possa gerar resultados significativos e nos proporcione a possibilidade de apresentarmos e discutirmos os resultados dos diagnósticos e das pesquisas com os gestores municipais, diferentes atores governamentais e da sociedade, responsáveis tanto pela formulação das políticas farmacêuticas, quanto pela regulação sanitária e econômica e os próprios laboratórios públicos; além do suporte técnico e científico para outras iniciativas conjuntamente com a rede CONASEMS/Cosems visando qualificar a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica. A partir do projeto diagnósticos e já com este primeiro levantamento, é possível e necessário, desenvolver iniciativas a partir das proposições dos municípios que favoreçam a integração da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica".

Com esse conjunto de medidas voltadas a implementação da nova PNAB, o CONASEMS reconhece a necessidade de melhor definição e ampliação do escopo de atuação clínica dos vários profissionais que compõe as equipes da AB, independentemente, da modalidade adotada, respeitando as evidências cientificas e valorizando a integração das práticas profissionais.

Buscando com isso, apoiar a qualificação do cuidado ofertado pela AB, com foco nas necessidades de cada usuário e considerando o potencial de atuação de cada categoria profissional, entendendo a complementariedade entre elas e estimulando sua integração, de forma a responder com qualidade e maior efetividade as necessidades de saúde de nossa população.

Por isso, o CONASEMS tem sido protagonista na formulação e proposição de iniciativas que visam o fortalecimento da Atenção Básica e a qualificação da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros.

Para tanto, pela primeira vez o CONASEMS foi idealizador e proponente de uma ação nacional de qualificação da assistência farmacêutica na atenção básica de forma articulada e a partir das diretrizes da AB de coordenação do cuidado e ordenação da rede.

Propusemos o primeiro Projeto PROADI-SUS voltado a qualificação dos serviços de assistência farmacêutica na atenção básica. O Projeto Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde, publicada no Diário Oficial da União de 12 de setembro de 2018 apresenta-se como uma estratégia nacional que tem como objetivo principal fortalecer a Atenção Básica por meio da capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de Saúde.

Entendendo como uma forma de apoiar os municípios brasileiros a cumprir a nova diretriz da PNAB e ofertar uma AF de qualidade, esperamos com o referido Projeto:

- ***Promover a educação continuada e permanente que atendam às necessidades do SUS, abordando a Assistência Farmacêutica na gestão municipal e o Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica.***
- ***Qualificar os serviços de assistência farmacêutica:***
  - *Implantar e desenvolver serviços de assistência farmacêutica na Atenção Básica;*
  - *Estimular o desenvolvimento de ações interdisciplinares e intersetoriais, com o estabelecimento de processos de comunicação e de informação que promovam a integração da Assistência Farmacêutica com as equipes multiprofissionais e de outros serviços da rede de atenção à saúde;*
  - *Estimular o desenvolvimento do atendimento dos serviços clínicos do farmacêutico.*

O conjunto dessas iniciativas e parcerias foram apresentados e discutidas com os gestores municipais e trabalhadores do SUS durante a realização em Brasília nos dias 25 e 26 de setembro de 2018 do 1º Seminário de Fortalecimento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica do CONASEMS que integrou as atividades do encontro temático do Conselho Nacional de Representantes Estaduais (CONARES) do mês de Setembro.

O Seminário contou ainda com a presença de representantes do Conass, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), da academia, indústria farmacêutica, empresas ligadas à área, além de secretários municipais de saúde e técnicos dos COSEMS.

O evento além de possibilitar a troca entre os participantes, permitiu a reflexão e o apontamos de possíveis caminhos para alguns dos desafios presentes nos municípios brasileiros relacionados a assistência farmacêutica, que exigirá maior aprofundamento nos debates para a formulação de proposições pelo CONASEMS, tais como: discussão de novos arranjos para o processo de compra de medicamentos nos municípios, revisão do financiamento da Assistência Farmacêutica do Componente Básico, aprimoramento na regulação de mercado, dentre outros.

Por fim, espera-se que o conjunto de iniciativas aqui apresentadas, possam contribuir com os gestores municipais na perspectiva da integração e fortalecimento da Assistência farmacêutica na atenção Básica, propondo novas iniciativas relacionadas à gestão; à organização dos processos logísticos relacionados ao medicamento; e, ao aperfeiçoamento das práticas relacionadas ao cuidado farmacêutico.

Referências citadas:

A Atenção Básica que Queremos – CONASEMS / OPAS / MS / Edição 2011 – disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1396-a-atencao-basica-que-queremos-6&category_slug=servicos-saude-095&Itemid=965

portarias pnab:

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 Out. 2011. [acesso em 2017 nov 22]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. [internet]. [acesso em 2017 nov 30]. Disponível em: http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017

A importância da seleção de medicamentos essenciais e da RENAME como instrumento norteador da racionalidade do uso de medicamentos nos países

Tomas Pippo
Coordenador da Unidade Técnica de Medicamentos e Tecnologias em Saúde - UTMTS

André Ulysses
Consultor Nacional para Assistência Farmacêutica da Unidade Técnica de Medicamentos e Tecnologias em Saúde - UTMTS

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), medicamentos essenciais são aqueles que satisfazem necessidades prioritárias de cuidados de saúde da população, e devem estar disponíveis em sistemas de saúde em todo momento, em quantidades suficientes, em formas farmacêuticas apropriadas, com garantia de qualidade e informação adequada, a um preço que os pacientes e a comunidade possam ter acesso.

Em 1975, a Assembleia Mundial da Saúde pediu à OMS para assessorar os estados membros a selecionar medicamentos essenciais com qualidade e custo razoável. Em 1977, publicou-se a primeira lista modelo de medicamentos essenciais, desde então, a cada dois anos é publicada uma nova revisão, até o ano de 2018, vinte revisões foram publicadas, e quase todos países membros adotaram listas de medicamentos essenciais próprias.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), em suas resoluções sobre o uso racional de medicamentos, declara que uma seleção cuidadosa de número determinado de medicamentos essenciais permite melhorar qualidade de atenção à saúde, gestão dos medicamentos, capacitação dos prescritores e educação do público, para todos os países, independentemente de serem ricos ou pobres. O impacto da adoção de tal política, se efetivamente posta em prática, promove acesso de medicamentos mais eficazes, mais seguros, de menor custo e, por consequência, garantindo maior acesso à população.

Trabalhar com conceito de lista de medicamentos essenciais faz parte das dez recomendações que melhoram o uso de medicamentos para os países. Cada país utiliza a lista modelo da OMS de modo flexível e adaptável às suas condições. A decisão sobre quais medicamentos essenciais serão selecionados permanece uma responsabilidade nacional. Nessa perspectiva, a seleção leva em conta as doenças de relevância para a população, as condições organizacionais dos serviços de saúde, a capacitação e experiência dos profissionais, a qualidade dos medicamentos registrados e disponíveis no país e os recursos financeiros alocados para a saúde. Na prática clínica, trabalhar com número determinado de medicamentos essenciais favorece qualidade de atenção à saúde, melhor gestão de medicamentos, mais fácil auditoria, mais fácil treinamento do prescritor e melhor informação ao paciente.

A seleção de medicamentos essenciais é um dos os princípios fundamentais de uma política farmacêutica nacional, porque ajuda a definir prioridades para todos os aspectos do sistema farmacêutico. Este é um conceito globalmente válido que pode ser aplicado em qualquer país, nos setores privado e público e nos diferentes níveis do sistema de saúde. Eles devem ser selecionados com a devida consideração relevância para a saúde pública, utilizando evidências de sua efetividade e segurança, e sua eficácia comparativa em relação ao custo.

Uma seleção cuidadosa de uma variedade limitada de medicamentos essenciais permite melhorar a qualidade da atenção, a gestão de medicamentos e o uso custo-efetividade dos recursos de saúde. É um grande ganho para as políticas públicas de saúde nos países que têm diretrizes clínicas e listas de medicamentos essenciais sobre a disponibilidade e uso adequado de medicamentos nos sistemas de saúde.

A aplicação do conceito de medicamentos essenciais tem que ser flexível e adaptável a muitas situações diferentes, utilizando conceitos farmacoepidemiológicos e farmacoeconômicos. Uma "Relação Nacional de Medicamentos Essenciais" (RENAME) é recomendado ter extensões, como um formulário terapêutico e protocolos clínicos, influenciando positivamente a prevenção e o tratamento de doenças prevalentes e relevantes para cada país.

A seleção de medicamentos essenciais é um dos os princípios fundamentais de uma política farmacêutica nacional, porque ajuda a definir prioridades para todos os aspectos do sistema farmacêutico.

Na lista (RENAME) deve constar as designações genéricas dos medicamentos incluídos, sem usar nomes de marca ou fabricantes específicos, o que melhora a prática de prescrição e dispensação, contribuindo para o uso racional e a informação independente, diminuindo o desperdício e evitando erros de medicação. Para evitar monopólio e preços excessivos escolhem-se, preferencialmente, medicamentos produzidos por múltiplos fabricantes. Preferem-se monofármacos, aceitando as associações em doses fixas somente quando aumentam a eficácia, retardam a resistência microbiana ou melhoram a adesão dos pacientes a tratamento. A escolha pode ser influenciada por facilidades de estocagem, principalmente em locais úmidos e quentes. A lista de medicamentos essenciais deve ser instrumento educativo e orientador da prática dos profissionais que a ela recorrem.

Baseado neste conceito de ajudar os países a aumentar o acesso aos medicamentos e o uso racional, a OMS na sua última revisão (2018) agrupou antibióticos com recomendações sobre quando cada categoria deveria ser usada. O objetivo é que melhore os resultados do tratamento, reduza o desenvolvimento de bactérias resistentes a medicamentos e preserve a eficácia dos antibióticos

de "último recurso", que são necessários quando todos os outros falham. Essas mudanças apoiam o Plano de Ação Global da OMS sobre a resistência antimicrobiana, que visa combater o desenvolvimento da resistência a medicamentos, garantindo o melhor uso de antibióticos.

Da mesma forma, visando uma melhor utilização dos recursos para todo tipo de população, a OMS refere-se às especificidades das crianças como um grupo heterogêneo em termos de processos físicos, metabólicos e psicológicos peculiares ao crescimento, desde o nascimento até a idade adulta, e aos aspectos farmacêuticos das formulações, fundamentais para administração em crianças. O tamanho dos comprimidos, o volume da solução parenteral e a palatabilidade do medicamento oral pediátrico são exemplos desses aspectos. A Lista de Medicamentos Essenciais para Crianças da OMS possui uma lista modelo a ser adaptada pelas nações de acordo com suas necessidades e circunstâncias.

A estratégia de emprego de medicamentos essenciais é importante vertente para o uso racional de medicamentos. Nos países, a seleção de medicamentos e composição de uma lista de medicamentos essenciais deve orientar e racionalizar o suprimento de medicamentos no setor público, a produção local de medicamentos e as ações no âmbito da assistência farmacêutica e de saúde geral das populações.

Resoluções OMS sobre URM

- *Secretariat's report on Progress in the Rational Use of Medicines 2007*
- *Resolution WHA 60.16 in 2007 on Progress in the Rational Use of Medicines*
- *Progress report on Resolution WHA60.16 in 2009*
- *Resolution WHA60.20 (2007) on Better medicines for children*
- *A LME atualizada está disponível em: http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/*

Mais informações:

- *https://www.paho.org/bra/*

A evolução da CMED e o seu trabalho junto com os municípios

Autor: Leandro Pinheiro Safatle
Secretário Executivo da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED)

O mercado de medicamentos é um mercado que é regulado porque ele tem uma série de falhas e assimetrias que estão estruturalmente entranhadas dentro das características que constituem as relações para a comercialização dos produtos desse mercado.

Essa não é uma característica só do mercado de medicamentos brasileiro. É uma característica estrutural da comercialização do medicamento, que é um bem credencial. Esse é um tipo de bem que quem escolhe (normalmente o médico) não é quem paga por ele (paciente, governos, planos de saúde, etc.). Veja que a variável preço, que é um a variável de equilíbrio entre as curvas de oferta e de demanda tende a ter equilíbrios sub-ótimos neste tipo de mercado com essas falhas estruturantes.

É por isso, que a maior parte dos países do mundo regulam os preços deste mercado. É uma prática muito comum, por exemplo, na Europa, em diversos países da Ásia e na Oceania.

O Brasil, por sua vez, também vem regulando este mercado desde a década de 1950. Houve uma interrupção na década de 1990, cujos efeitos foram a disparada de preços, a redução nas vendas e a escassez de produto no país. Percebeu-se que o desabastecimento de produtos essenciais pode se tornar em um importante instrumento para a majoração de preços. Junto com os cidadãos, as prefeituras são os principais entes que sofrem com esse tipo de desregulação e de conduta.

Vem como resposta a esse conjunto de problemas, decorrentes da desregulação, a nova regulação advinda

com a Câmara de Medicamentos (CAMED) e posteriormente com a Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED). Uma regulação que teve como um dos seus principais resultados o controle do reajuste de preços de medicamentos no Brasil. A inflação acumulada de medicamentos dos últimos dez anos é a metade da inflação acumulada da saúde e ¾ da inflação média acumulada medida pelo IPCA.

Outro ganho advindo da regulação foi a redução do preço de entrada de mais de 85% dos novos medicamentos, fazendo com que o mercado de medicamentos do Brasil tenha preços máximos parelhos ou inferiores com os das principais economias do mundo. Há uma série de estudos mostrando que os preços praticados no Brasil, por exemplo, são em mediana até 6 vezes menores que os preços americanos. Se o Brasil adotasse o preço americano para as drogas novas que foram lançadas entre 2015 e 2016, teríamos um aumento de preços na casa dos 5,7 bilhões de reais por ano. Notem que essa é uma característica atípica dos mercados industriais e eletrônicos brasileiro, onde normalmente se vê preços praticados no Brasil muito superiores aos preços praticados, por exemplo, nos EUA, menos para medicamentos.

Outro ponto importante que a regulação de mercado ajudou bastante foi no aumento das vendas e ampliação do acesso a medicamentos. O combate às praticas abusivas, a promoção de políticas concorrências, a segurança jurídica, a criação de um mercado mais previsível, o combate a acomodações oligopolísticas ajudaram a criar um ambiente de mercado propício a investimentos. Isso fez com que se ampliasse a concorrência, que é o principal fator para a redução de preços.

O Brasil hoje é um dos maiores mercados de medicamentos do mundo, onde se comercializa anualmente mais de 4 bilhões de apresentações todos os anos. Atualmente percebemos um forte crescimento das vendas de medicamentos genéricos, que respondem por mais de 35% dessas caixas vendidas, seguidos pelos medicamentos similares, novos, específicos e biológicos com respectivamente 31%, 20%, 11% e 4%.

Os medicamentos genéricos são em média os medicamentos mais baratos comercializados no país com 75% de suas apresentações comercializados abaixo de R$ 5. Parte considerável das compras de medicamentos pelos municípios são de genéricos. É uma outra realidade de preços que se constituiu nestes últimos 15 anos e a regulação do mercado de medicamentos teve papel muito importante nessa história.

Mas não foi só nessa redução de preços que a CMED atuou. Houve um trabalho muito intenso da CMED na coibição das práticas abusivas contra os municípios feita principalmente por distribuidoras e fabricantes de medicamentos. Somente em 2016, a CMED multou laboratórios e distribuidoras em

O Brasil hoje é um dos maiores mercados de medicamentos do mundo, onde se comercializa anualmente mais de 4 bilhões de apresentações todos os anos.

mais de 40 milhões de reais por práticas infrativas, principalmente de vendas acima do preço permitido para os municípios.

A CMED tinha um passivo de 5 anos para análise das investigações que recebia de municípios. Depois havia uma outra fila de mais 5 anos para a conclusão do processo administrativo em primeira instância e aplicação da multa à distribuidora ou ao fabricante infrator. Essa fila de 5 anos de investigação foi eliminada. Hoje qualquer denúncia tem sua investigação de indício de infração concluída em menos de 2 meses. Por sua vez, o processo administrativo em primeira instância também teve uma redução drástica em seus prazos. Os processos estão sendo concluídos em menos de 2 anos.

Tudo isso tende a melhorar ainda mais com a entrada em vigor da nova Resolução da CMED nº 02/2018, que disciplina o processo administrativo para apuração de infrações e aplicação de penalidades decorrentes de condutas que infrinjam as normas reguladoras do mercado de medicamentos.

Essa Resolução tem como principais objetivos:

- aperfeiçoar os atos e procedimentos de instauração, instrução e julgamento das investigações preliminares e processos administrativos que apuram infrações às normas reguladoras do mercado de medicamentos, estabelecendo tipos infracionais e dosimetrias de sanções;
- consolidar determinações expressas em diversas Resoluções, Comunicados e Orientações Interpretativas expedidas pela CMED no que se refere às obrigações dos agentes que atuam no mercado de medicamentos.

A Resolução CMED nº 02/2018 traz também como principais benefícios:

- a compilação de tipos infracionais e dosimetrias de sanções em uma única norma;
- a instituição de mecanismos que permitam a aplicação de sanções de correção da prática infrativa;
- a instituição de mecanismos que incentivam a reparação dos prejuízos causados ao erário público por ocasião de compras públicas de medicamentos;
- a definição provisória de preço de medicamento, de ofício, por parte da CMED;
- a aplicação de circunstâncias atenuantes e agravantes na gradação da multa administrativa;
- a celebração de compromisso de ajustamento de conduta; dentre outras.

A instituição dos mecanismos de reparação voluntária eficaz visa estimular a devolução por parte da distribuidora e do fabricante de um possível valor vendido a maior do que o permitido pela CMED para o município. Caso haja a devolução do recurso para o erário do município antes da abertura do processo administrativo por parte da CMED, o infrator, que sanou a sua prática infrativa, terá o seu processo encerrado. No entanto, se o infrator devolver o recurso ao erário depois da abertura do processo administrativo por parte da CMED, mas antes da conclusão do mesmo em primeira instância, terá a sua multa reduzida pela metade.

Por outro lado, as multas e as penalidades, foram majoradas. Tudo isso veio com o enfoque de redesenhar os incentivos dentro desse mercado para desestimular as práticas infrativas contra os municípios ou estimular a devolução dos recursos aos erários desses municípios o mais rapidamente possível. Por isso, é muito importante que os municípios denunciem as vendas e ofertas de medicamentos acima do teto estabelecido pela CMED.

A CMED é uma pequena peça dentro de algo muito maior que é o SUS e vem tendo evoluções importantes e criando instrumentos para ajudar a proteger os municípios de práticas abusivas.

A CMED é uma pequena peça dentro de algo muito maior que é o SUS e vem tendo evoluções importantes e criando instrumentos para ajudar a proteger os municípios de práticas abusivas. É muito importante que essas evoluções continuem para ajudar nesse trabalho essencial de ampliação do acesso a saúde que os municípios vêm fazendo em todo país

Maiores informações:
http://portal.anvisa.gov.br/cmed

Fotos do 1º Seminário Nacional de Fortalecimento da AF na AB

A ESTRATÉGIA DE CONSÓRCIO

para otimização da aquisição de medicamentos pelos municípios brasileiros

Autor: *Carlos Roberto Kalckmann Setti*
Diretor Executivo do Consórcio Paraná Saúde

O Sistema Único de Saúde – SUS, nos últimos anos, tem alcançado importantes avanços no desenvolvimento das suas diretrizes básicas.

Entendendo a Assistência Farmacêutica como parte importante de um Sistema de Saúde e componente fundamental para a efetiva implementação das ações de promoção e melhoria das condições da assistência à saúde da população, o Ministério da Saúde, aprovou, em outubro de 1998, a Política Nacional de Medicamentos – Portaria GM no. 3916/98, instrumento que passou a orientar todas as ações no campo da política de medicamentos do país.

A reorientação da Assistência Farmacêutica, uma das diretrizes desta Política Nacional de Medicamentos, tem como objetivo o desenvolvimento de atividades relacionadas à promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais.

Uma estratégia para o desenvolvimento dessa diretriz ocorreu com a implantação do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, financiado pelas três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal).

Diante desta realidade de descentralização de recursos, associada ao fato de 79% dos municípios paranaenses serem constituídos por uma população de menos de 20.000 habitantes, os municípios do Paraná, amparados pelo art. 241 da Constituição Federal do Brasil, art. 10 da Lei 8.080/90 – Lei Orgânica do SUS e na Portaria 3.916/98 GMS – Política Nacional de Medicamentos que estabelece, dentre outras, as responsabilidades do Gestor Federal e Estadual em apoiar a organização de Consórcios destinados à prestação da Assistência Farmacêutica, decidiram implementar uma estratégia para o gerenciamento do recurso financeiro do incentivo, buscando uma aquisição em escala com diminuição dos preços, objetivando assim a ampliação do acesso da população aos medicamentos, surgindo o Consórcio Paraná Medicamentos.

O Consórcio Intergestores Paraná Saúde, instituição jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, constituída pelos municípios do Paraná, com o apoio, por meio de Convênio, da Secretaria de Estado da Saúde, tem como objetivo adquirir medicamentos visando reduzir custos otimizar os recursos financeiros disponíveis.

O Consórcio Paraná Saúde foi constituído em junho de 1999, e conta hoje com 397 municípios dos 399 do Estado, atendendo 9.160.478 habitantes, aproximadamente 85% da população do Estado , que com o apoio indispensável da Secretaria de Estado da Saúde, parte responsável, além do repasse de recurso, pelo recebimento e armazenamento dos medicamentos em 22 locais dentro do Estado Paraná, vem desenvolvendo a Política de Aquisição de Medicamentos Básicos de forma centralizada onde tem obtido maior oferta, menor preço.

Cabe destacar que são os próprios municípios consorciados os responsáveis pela seleção e quantificação de suas necessidades, tendo autonomia para alterar sua seleção de medicamentos a cada nova programação trimestral.

As aquisições de medicamentos são feitas, sempre, através de pregão eletrônico, por sistema de registro de preços por 12 meses, utilizando a plataforma do Banco do Brasil, licitações-e, seguindo os preceitos legais da Lei de Licitações. Além da Lei nº 8666/93, que instituiu normas para licitações e contratos da Administração Pública, o Consórcio utiliza, também, outras bases legais, como por exemplo: Decreto nº 3.555, de 08/08/2000 - Aprova o regulamento para a modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços, no âmbito da União; Decreto nº 7892, de 23/01/2013 - Regulamenta o Sistema de Registro de Preços e dá outras providências ; Lei 10.520/2002 - Instituiu modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns; Decreto nº 5.450, de 31/05/2005 - Regulamenta o pregão, na forma eletrônica, para aquisição de bens e serviços comuns, e dá outras providências; Decreto nº 5.504, de 05/08/2005 - Estabelece a exigência de utilização do pregão, preferencialmente na forma eletrônica, para entes públicos ou privados, na contratação de bens e serviços comuns, etc.; Lei Complementar nº 123 de 14/12/2006 - Estabelece normas gerais relativas ao tratamento diferenciado e favorecido a ser dispensado às microempresas e empresas de pequeno porte .

Esta estratégia tem trazido significativas vantagens para os municípios, como por exemplo : Recurso gasto com o fim a que é destinado, ou seja, no Componente Básico da Assistência Farmacêutica; Prestação de Contas dos recursos gerenciados junto ao TCE/PR e órgãos de controle externo pelo Consórcio; Necessidade de planejamento por parte dos municípios, devido ao cronograma pré-estabelecido; Possibilidade de celebração de convênio para repasse da contrapartida municipal; Diminuição da burocracia no setor de licitações e profissionais da assistência farmacêutica nos municípios; Regulador de preços de mercado; Economia gerada pelo grande volume movimentado; Garantia de entrega dos medicamentos por parte dos laboratórios e distribuidores de 95% do elenco (162 itens) em média; Potencial para expansão dos serviços prestados como aquisição de material médico-hospitalar; capacitação; estruturação, entre outros; Baixo custo de contribuição para manutenção das atividades.

Maiores informações:

» *https://www.consorcioparanasaude.com.br/*

PROJETO ATENÇÃO BÁSICA:

CAPACITAÇÃO, QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Autora: *Ana Paula N Marques De Pinho (Diretora do Instituto Social do Hospital Alemão Oswaldo Cruz)*

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz é um Hospital privado sem fins lucrativos, Filantrópico que foi fundado por uma comunidade de alemães, austríacos e suíços em 1897, predominantemente cirúrgico de alta complexidade. É reconhecido como um dos cinco Hospitais de Excelência do território nacional pelo Ministério da Saúde.

Na área da Responsabilidade Social nosso compromisso é contribuir para o avanço sistêmico da saúde no Brasil, por meio de parcerias de valor compartilhado, agregando excelência ao sistema público de saúde do país. Destacam duas iniciativas nessa área: o PROADI-SUS (mais de 50 projetos realizados) e ISHAOC (OSS em Santos – SP).

No âmbito do PROADI-SUS foram aplicados no triênio 2015-2017 R$164 milhões e para o triênio 2018-2020 tem-se a estimativa de aplicação de R$228 milhões.

PROADI-SUS

Desenvolvido para colaborar com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS (PROADI-SUS) é financiado com recursos de isenção fiscal (COFINS e cota patronal do INSS), concedidos aos hospitais filantrópicos de excelência reconhecidos pelo Ministério da Saúde, e que apoiam a promoção da melhoria das condições de saúde da população brasileira [1].

Para tanto, o PROADI-SUS permite a transferência, desenvolvimento e incorporação de novos conhecimentos e práticas em áreas estratégicas para o SUS através da execução de projetos de apoio e na prestação de serviços de saúde ambulatoriais e hospitalares, enquadrados em áreas específicas, estabelecidas pela Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009 [1].

Para o triênio 2018-2020 serão mais de 20 projetos em parceria com o Ministério da Saúde, o CONASS e CONASEMS nas áreas de capacitação/formação, pesquisa, gestão e tecnologia.

Os projetos relacionados ao CONASEMS são 3, a saber:

1. *Metodologia de Critério de Rateio dos Recursos Federais* destinados aos demais entes da Federação, focado na elaboração de propostas para a definição da distribuição de recursos financeiros que será realizada pelo Ministério da Saúde para os municípios e estados com o objetivo de custear serviços públicos de saúde.
2. *Formação Rede Colaborativa para o Fortalecimento da Gestão Municipal do SUS*, que tem por objetivo aprimorar a gestão municipal do SUS, por meio da consolidação de uma Rede Colaborativa composta por 174 Apoiadores COSEMS, a qual foi implementada em 2017 nas 27 unidades federativas.
3. *Atenção Básica:* capacitação, qualificação dos serviços de Assistência Farmacêutica e integração das práticas de cuidado na equipe de saúde. A iniciativa tem por objetivo fortalecer a Atenção Básica por meio da Capacitação, Qualificação dos serviços de assistência farmacêutica, além de promover a integração das práticas de cuidado na equipe de saúde.

1 http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas/proadi-sus

Esta parceria reforça nosso compromisso com um Sistema Único de Saúde mais eficaz em sua gestão e com atendimentos mais seguros e de excelência para todos.

O PROJETO ATENÇÃO BÁSICA

A qualificação da Atenção Básica (AB) no país, entre outras finalidades, deve atender aos requisitos de assumir o papel de coordenadora do cuidado integral em saúde e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde, além de reforçar os princípios que norteiam a AB: a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. Sendo que esta deve ser desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e proximidade da vida das pessoas[2].

Considerando a importância que a Assistência Farmacêutica exerce na Atenção Básica à Saúde, na medida em que busca garantir o acesso e a promoção do uso racional de medicamento, torna-se imperativo promover ações mais sistêmicas e integradas visando à melhoria da prestação dos serviços de Assistência Farmacêutica e as práticas de cuidado na equipe de saúde.

Nesse contexto, o HAOC conjuntamente com o CONASEMS e Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica, que constituem o Grupo Executivo, estão desenvolvendo o Projeto Atenção Básica: Capacitação, Qualificação dos Serviços de Assistência Farmacêutica e Integração das práticas de cuidado na equipe de saúde, publicado no Diário Oficial da União em 12 de setembro de 2018, com investimento estimado em R$ 9.880.760,00.

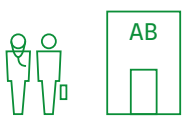
O principal objetivo do projeto é fortalecer a Atenção Básica por meio da Capacitação, Qualificação dos serviços de assistência farmacêutica e Integração das práticas de cuidado na equipe de saúde.

Os cursos a serem oferecidos na modalidade à distância que totalizam 18600 vagas para gestores e/ou profissionais que atuam na Atenção Básica dos municípios brasileiros, são:

2 Projeto Atenção Básica: capacitação, qualificação dos serviços de assistência farmacêutica aprovado

CURSO 1

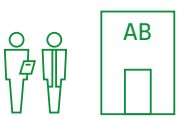
Gestão do cuidado farmacêutico na Atenção Básica



PÚBLICO
gestores e/ou trabalhadores atuantes na AB do SUS

CURSO 2

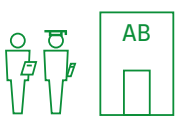
AF na Gestão Municipal: Instrumentalização à prática dos serviços



PÚBLICO
profissionais de nível médio/técnico que na área da AF na AB

CURSO 3

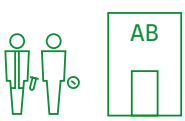
AF na Gestão Municipal: Instrumentalização à prática dos serviços



PÚBLICO
profissionais de nível superior que atuam na área da AF na AB

CURSO 4

Cuidado farmacêutico na AB: aplicação do método clínico



PÚBLICO
farmaceuticos que atuam na AB

O público dos cursos constitui de gestores municipais de saúde, gestores da Atenção Básica e Assistência Farmacêutica, gerentes de Unidades Básica de Saúde, farmacêuticos e profissionais de nível técnico e superior dos serviços voltados às atividades da assistência farmacêutica na Atenção Básica do SUS.

O projeto também apoiará um conjunto de municípios brasileiros, de forma regional, por meio da implantação do serviço de cuidado farmacêutico na atenção básica, contribuindo para a promoção de melhores resultados advindos com o uso da farmacoterapia e a ressignificação do papel do farmacêutico integrado à equipe de saúde. Nossa meta é apoiar 600 farmacêuticos clínicos para implantação desses serviços entre 600 a 1200 pontos de atenção.

Expectativas do HAOC com o Projeto Atenção Básica

O HAOC que tem como Missão ser preciso e humano para garantir a melhor experiência e resultado em saúde para o paciente, considera a Responsabilidade Social cada vez mais relevante para sua atuação, na busca de uma solidariedade comprometida, que visa à transformação social das realidades, por meio do apoio a políticas públicas mais democráticas, inclusivas e equitativas, que permitam o desenvolvimento de um país mais justo, próspero e saudável.

O projeto visa potencializar as ações já executadas pelos municípios, por meio de um conjunto de iniciativas que promovam atuação diferenciada dos gestores municipais e dos trabalhadores de saúde, no que diz respeito à organização e maior integração das práticas de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Por meio das iniciativas desse projeto - capacitações e apoio à implantação do serviço de cuidado farmacêutico, gestores, técnicos, farmacêuticos e demais trabalhadores atuantes na Atenção Básica terão a oportunidade de aperfeiçoar o conhecimento e o uso de ferramentas necessárias para que a Assistência Farmacêutica seja parte integrante do processo de cuidado do usuário, de forma que a atuação clínica do farmacêutico seja incorporada aos serviços e, consequentemente, minimize os riscos relacionados à farmacoterapia e os gastos do setor público com o uso inadequado de medicamentos.

O HAOC espera que, em consonância com a sua missão, este projeto possa contribuir para fortalecer a Atenção Básica no SUS, por meio da atuação integrada de profissionais qualificados, da promoção de mudanças no processo de trabalho do farmacêutico e na sua integração na equipe de saúde, proporcionando melhoria da qualidade da assistência e do cuidado ao usuário do sistema.

Fotos do 1º Seminário Nacional de Fortalecimento da AF na AB

CONASEMS

1988 - 2018

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

30 anos
na defesa do **SUS**

www.**conasems**.org.br/30anos

CONASEMS

Organização Pan-Americana da Saúde
Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde