



# Percepção dos conselheiros municipais de saúde sobre assistência farmacêutica no estado do Rio de Janeiro

## Perceptions of health municipal councilors about pharmaceutical services in the state of Rio de Janeiro

Recebido em 13/04/2010

Aceito em 20/05/2011

Márcia Maria Barros dos Passos<sup>1\*</sup> & Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Farmácia, UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil

<sup>2</sup>Instituto de Estudos de Saúde Coletiva, IESC/UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil

### RESUMO

Este artigo apresenta as percepções de conselheiros municipais de saúde da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro (RJ) sobre assistência farmacêutica. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 36 conselheiros usuários das regiões metropolitanas I e II do RJ, procurando apreender o conhecimento desses atores sobre Assistência Farmacêutica, no contexto das competências intrínsecas ao Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS. Os resultados obtidos mostram um acúmulo de conhecimento difuso entre os conselheiros e não apresentam um padrão de respostas para as questões interrogadas. Estes reduzem a Assistência Farmacêutica à provisão e distribuição de medicamentos nos serviços de saúde, mas apontam problemas relacionados à Assistência Farmacêutica nos municípios. Verifica-se ainda, que apesar do entendimento da importância do medicamento, não está claro nas respostas o significado do medicamento como insumo essencial para a viabilização da assistência à saúde e, um insumo estratégico para as ações em saúde individual e coletiva no contexto da integralidade. Neste sentido, engendrar ações que possibilitem a apropriação pelos conselheiros das ferramentas necessárias à compreensão da estrutura e organização da Assistência Farmacêutica no SUS no nível municipal é estratégico para o fortalecimento do controle social neste âmbito.

**Palavras-chave:** Assistência farmacêutica, políticas de medicamentos, conselho de saúde, política de saúde

### ABSTRACT

This paper presents the perceptions of local health counselors in the metropolitan region of Rio de Janeiro (RJ) about pharmaceutical services. Semi-structured interviews were conducted with 36 users counselors of RJ I and II metropolitan regions, trying to apprehend these actors knowledge about Pharmaceutical Services, in the context of intrinsic competences of Social Control Health System - Unified Health System. The results show an accumulation of knowledge diffused among counselors and do not show a pattern of responses to the issues examined. The interviewees reduce Pharmaceutical Services to the provision and distribution of medicines in health services, but they point to problems relating to pharmaceutical services in cities. It is also noteworthy that in spite of their understanding of the importance of the drug, it is not clear in the answers the meaning of the drug as an essential input to the actions in individual and collective health in the context of integrality. In this sense actions which are designed to engender ownership by the counselors of the necessary tools for understanding the structure and organization of Pharmaceutical Services in the SUS at municipal level are strategic to the strengthening of social control in this area.

**Keywords:** Pharmaceutical services, medicines policy, health council, health policy

### INTRODUÇÃO

Nas duas últimas décadas a assistência terapêutica integral, tem sido assegurada pela Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990) que inclui a Assistência Farmacêutica (AF). Esta foi implementada pelos municípios, estados e governo

federal, como uma estratégia para o aumento e a qualificação do acesso da população aos medicamentos. A Assistência Farmacêutica abrange um conjunto de ações e serviços de atenção à saúde do cidadão no sentido de

\* **Contato:** Márcia M. B. dos Passos, Faculdade de Farmácia, UFRJ, CCS, Ilha do Fundão, Rio de Janeiro, email: mmbpassos@gmail.com

promover o acesso e uso racional dos medicamentos. No âmbito da assistência se realiza o mapeamento das necessidades da população, com vistas a estabelecer as prioridades para a saúde pública, como estratégia de promoção e expansão do acesso aos medicamentos. Promovem-se a construção de consensos terapêuticos para doenças específicas, avaliação e acompanhamento dos padrões de prescrição, dispensação e hábitos terapêuticos. Estas atividades inter-relacionadas visam assegurar para a assistência farmacêutica, a qualidade e efetividade necessárias à integralidade das ações em saúde, assim como à equidade no acesso aos medicamentos (Carlos & Gurgel, 1998).

Segundo a Organização Panamericana da Saúde (1994) “[...] Saúde é um dos indicadores de desenvolvimento de um país, e a disponibilidade de medicamentos, um indicador de qualidade dos serviços de saúde”. Neste contexto, verifica-se que a Assistência Farmacêutica é um direito constitucional garantido pelo Estado e deve resultar em políticas públicas, visando à melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Os medicamentos, por sua vez, são insumos estratégicos em saúde, responsáveis em grande parte, pela resolubilidade dos serviços prestados no Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, o que se observa na história recente da Assistência Farmacêutica no Brasil, são formulações de inúmeras diretrizes e ações estruturantes para a área de medicamentos, explicitadas na Política Nacional de Medicamentos – PNM (Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998) (Brasil, 1998) e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Resolução Nº 338, de 06 de maio de 2004) (Brasil, 2004), com a finalidade de organizar e implementar a Assistência Farmacêutica em consonância com os princípios do SUS.

Ao longo desse tempo, estudos têm demonstrado que embora a universalidade de acesso seja uma diretriz que vem sendo adotada progressivamente desde a implantação do SUS, a mudança no modelo de gestão de saúde, desencadeada pelo processo de descentralização e conseqüente municipalização, proporcionaram melhor visibilidade ao cenário de desarticulação da Assistência Farmacêutica nos serviços de Saúde (Consedey et al., 2000; Marques & Dallari, 2007).

Dessa forma, para a implementação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Brasil, 2004), foi necessária a definição de planos, programas e atividades específicas nas três esferas de governo, como por exemplo, no nível federal, a definição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como um instrumento racionalizador das ações de assistência à saúde e de gestão. Neste contexto a RENAME inclui medicamentos para tratamentos mais efetivos com o menor custo para doenças consideradas prioridades epidemiológicas e que refletem necessidades coletivas da sociedade brasileira. A RENAME tem o papel fundamental de orientar a política pública de desenvolvimento científico e tecnológico, apontar prioridades nacionais na área de produção de medicamentos e do desenvolvimento tecnológico de insumos estratégicos para a saúde, visando dotar o País de capacidade tecnológica e produtiva, para atender as necessidades do Sistema Único de Saúde. Dessa forma,

desde a década de 70 até o momento, a lista de medicamentos que integram a RENAME, está em sua sétima edição e nona atualização denominada RENAME 2010 (Brasil, 2010).

No que diz respeito ao financiamento, a Assistência Farmacêutica tem sido densamente regulamentada por um conjunto de Portarias Ministeriais que teve início com a Portaria GM nº. 176/1999 (Brasil, 1999) que instituiu o incentivo à Assistência Farmacêutica Básica. Esta e a Portaria Portaria GM nº. 2084/2005, entre outras, foram substituídas pela Portaria nº 3.237 de 24 de dezembro de 2007, que atualizou os valores, os elencos de medicamentos e as transferências de recursos para a Assistência Farmacêutica Básica. A Portaria GM/MS nº. 204, de 29 de janeiro de 2007 regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle.

Atualmente a Portaria GM/MS nº. 2.982 de 26/11/2009 (Brasil, 2009) regulamenta, e aprova as normas de financiamento e de execução do componente básico do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica. Esta portaria e seus anexos (I, II, III, IV) define o elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos Complementares para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, contemplando itens integrantes do elenco de medicamentos essenciais, medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, destinados a atender os agravos prevalentes e prioritários da atenção básica, medicamentos contemplados no componente especializado da Assistência Farmacêutica, indicados nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, Contraceptivos e medicamentos do Programa de Saúde da Mulher. Os medicamentos e insumos ao combate ao tabagismo e para nutrição integram o componente estratégico do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica. Neste sentido, a regulamentação vigente estabelece o componente especializado da Assistência Farmacêutica, de forma articulada ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica, com vistas a ampliação do acesso a medicamentos no âmbito do SUS, garantindo dessa forma, a integralidade do tratamento medicamentoso na forma de linhas de cuidado, definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas.

Na lógica de financiamento adotada por esta Portaria, o financiamento dos medicamentos descritos nos anexos I, II e III são de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, conforme os seguintes valores mínimos: R\$ 5,10 por hab./ano para a união; R\$ 1,86 por hab./ano para os estados e o distrito federal; e R\$ 1,86 por hab./ano para os municípios. Os recursos federais devem ser transferidos em parcelas mensais correspondendo a 1/12 (um doze avos), e os recursos das secretarias estaduais e municipais, de acordo com as pactuações nas Comissões Intergestoras Bipartite (CIB) fundamentadas em um financiamento sustentado (Brasil, 2009).

O panorama acima demonstra as efetivas ações engendradas para a estruturação destas políticas públicas para este setor. Entretanto, o que se verifica é que apesar desses esforços, as dificuldades para viabilização da

Assistência Farmacêutica nas unidades de saúde ainda são frequentes. Estudos recentes (Vieira et al., 2008; Moura & Perini, 2009) apontam desabastecimentos de medicamentos, gerando grandes demandas reprimidas principalmente no que diz respeito ao acesso aos medicamentos no nível municipal. Isto ocorre não somente em função da desorganização e falta de planejamento dos serviços de saúde, mas, também pela ausência do poder público.

Assim, sendo, a importância do Controle Social reside na responsabilidade em estabelecer a interface do estado com a sociedade através da gestão participativa nos conselhos municipais de saúde, assegurando a defesa ao acesso da população a serviços de saúde resolutivos (Brasil, 1990). O fortalecimento do controle social é estratégico para melhor articulação dos conselheiros na definição de prioridades para assistência farmacêutica no processo de gestão participativa no âmbito dos municípios.

Os Conselhos Municipais de Saúde foram instituídos pela Lei nº 8.142/90 (Brasil, 1990), na suposição de que se tornariam canais efetivos de participação da sociedade civil para concretizar o preceito constitucional de participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (Brasil, 1988; Gerschman, 2004). Para Krüger (2000) seria possível incorporar as contribuições da sociedade organizada para a definição de um plano de gestão das políticas setoriais, conferindo maior transparência e favorecendo a responsabilização dos políticos e dos técnicos da administração pública.

Os conselhos de saúde são como entidades que representam os interesses organizados, porém possuem status público e legitimidade para integrar o processo político e interferir nas definições das políticas de saúde (Silva, 2005). Assim, os conselhos de saúde são os principais órgãos de controle social do sistema e dos serviços de saúde. Constituem espaços que comportam conflitos, resistências e tensões permanentes, mas também soluções que podem fortalecer e ampliar este espaço público (Wenhawsen & Caponi, 2002).

No intuito de contribuir para a reflexão sobre o papel do controle social na garantia da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde, este artigo apresenta as percepções de conselheiros municipais de saúde do segmento de usuários das Regiões Metropolitanas I e II do estado do Rio de Janeiro sobre a Assistência Farmacêutica no âmbito municipal, enfocando a compreensão dos mesmos a respeito do tema, da importância do medicamento na assistência à saúde, dos mecanismos de financiamento para a provisão de medicamentos no município e dos principais problemas relacionados com a Assistência Farmacêutica.

A escolha deste tema se deu pelo entendimento de que a percepção que os conselheiros possuem sobre os problemas relacionados à Assistência Farmacêutica é de grande relevância para a compreensão das possibilidades de maior intervenção destes no processo de gestão participativa do SUS. As informações apresentadas resultam de investigação sobre Assistência Farmacêutica e Gestão Participativa no SUS realizada por equipe de estudantes e docente da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), vincula-

dos ao projeto “A Gestão Participativa na Atenção à Saúde: Impasses e Inovações em Municípios e Regiões Metropolitanas” sob coordenação do então Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da UFRJ e com financiamento da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde (SGP/MS).

## MÉTODOS

### População de Estudo

Foi constituída pelos conselheiros municipais de saúde usuários, integrantes dos Conselhos Municipais de Saúde das regiões metropolitana I e II do estado do Rio de Janeiro (Região Metropolitana I: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Mangaratiba, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, Paracambi, São João de Meriti e Seropédica), e Região Metropolitana II: (Itaboraí, Guapimirim, Maricá, Magé, Niterói, São Gonçalo e Tanguá).

### Delineamento do Estudo

Trata-se de uma Pesquisa Qualitativa, cujo objeto de estudo foi a percepção e o conhecimento dos conselheiros municipais de saúde usuários, a respeito da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. O propósito primordial foi apreender o conhecimento desses atores sobre Assistência Farmacêutica, no contexto das competências intrínsecas ao Controle Social no Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, por meio de suas falas. Dessa forma no contexto da investigação social, nos situamos na temática das representações sociais, definida como “a reprodução de uma percepção anterior ou conteúdo do pensamento” (Minayo, 2000). Entende-se representação social como conjunto de pensamentos, ações e sentimentos que expressam a realidade em que vivem as pessoas, servindo para explicar, justificar e questionar essa realidade (Deslandes, 1994).

A técnica para obtenção dos dados foi entrevista, tendo como instrumento a utilização de um roteiro semi-estruturado de entrevistas.

A equipe de entrevistadores foi constituída por três estudantes da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), sob treinamento e supervisão das coordenações do subprojeto e do projeto de base. O instrumento foi avaliado preliminarmente por meio de estudo piloto para testar as variações entre os entrevistadores nas abordagens da entrevista, aplicação dos questionários e registro das respostas.

O convite para participação na pesquisa e as entrevistas individuais com os conselheiros foram efetuados no local e horário de reunião dos respectivos Conselhos de Saúde. Todos os entrevistados concordaram em participar da investigação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Igualmente, o projeto de pesquisa foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do IESC/UFRJ. O estudo foi desenvolvido no período de novembro de 2004 a dezembro de 2005.

Registro dos Dados:

As respostas dos conselheiros às questões formuladas foram registradas por escrito pelos entrevistadores. As considerações a respeito de cada um dos aspectos aborda-

dos no roteiro de entrevistas e registrados pelos entrevistadores foram digitadas e consolidadas em planilha do programa Excel, viabilizando a análise das mesmas. Foram analisados os registros decorrentes dos perfis sócio-econômicos dos conselheiros usuários, e de suas explanações quanto às seguintes questões: “O que o(a) Sr.(a) entende por Assistência Farmacêutica?”; “Que importância o(a) Sr.(a) atribui ao medicamento na assistência à saúde?”; “Quais os mecanismos de financiamento para provisão de medicamentos no município?”; “Do seu ponto de vista, quais os principais problemas de Assistência farmacêutica?”, O que deveria ser feito para ampliar o acesso da população aos medicamentos no município?

### **Análise dos Dados**

Primeiramente foi delineado o perfil da população estudada com base nos dados descritivos que caracterizam os conselheiros investigados (sexo, idade, escolaridade, renda e tempo de representação no conselho). Em seguida foi efetuada a análise de conteúdo a partir da leitura dos registros das falas, e por meio da decomposição do conteúdo da mensagem, se buscou as expressões recorrentes, para agrupá-las em categorias de significados observadas nos discursos. Para cada pergunta, todas as respostas obtidas foram incluídas e agrupadas em conjuntos de categorias de significação (Caregnato & Mutti, 2006). Na apresentação dos resultados se descreve o perfil dos conselheiros usuários entrevistados e em seguida são apresentadas as percepções a respeito da AF. Na reprodução das falas e percepções dos conselheiros, avaliou-se como desnecessário, para os propósitos deste artigo, identificar o município do qual cada entrevistado é proveniente, e, deste modo, possibilitar a garantia de anonimato dos mesmos.

Procurou-se na discussão, cruzar os resultados do entendimento dos conselheiros sobre AF no SUS, com a organização e regulamentação estruturante da mesma no âmbito do município, naquilo que é pertinente ao contexto do controle social (Minayo, 2000; Rocha & Deusdará, 2006; Araújo, 2006).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Caracterização dos Conselheiros Usuários: aspectos gerais**

O estado do Rio de Janeiro possui 92 municípios e população estimada para 2007 de 15.738.536 habitantes. A Região Metropolitana, para a área de saúde, compreende 11.812.629 habitantes, distribuídos em 20 municípios subdivididos em duas micro-regiões denominadas Região Metropolitana I (Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Mangaratiba, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, Paracambi, São João de Meriti e Seropédica) e Região Metropolitana II (Itaboraí, Guapimirim, Maricá, Magé, Niterói, São Gonçalo e Tanguá) (DATASUS, 2008). O estudo incluiu conselheiros dos conselhos municipais de saúde dos municípios de Duque de Caxias, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, e São João de Meriti que integram a Região Metropolitana I, e os municípios de

Niterói, Itaboraí e São Gonçalo da Região Metropolitana II.

Foram entrevistados quarenta e oito conselheiros de saúde, sendo trinta e seis do segmento de usuários, em dez municípios. Não foi possível a realização das entrevistas com os conselheiros usuários de todos os municípios, pois alguns Conselhos Municipais de Saúde se encontravam desarticulados, inviabilizando nossa visita ao conselho por ausência de uma agenda de reuniões ordinárias disponível. Outra situação foi a recusa em conceder entrevista por parte de alguns conselheiros. Foram entrevistados 36 conselheiros usuários distribuídos de acordo com a Tabela 1 (Perfil dos Conselheiros usuários entrevistados das regiões metropolitana I e II).

Dos 36 conselheiros usuários, 27 eram da região metropolitana I e 9 da metropolitana II. A maioria dos conselheiros era do sexo masculino (66%), e 34% do sexo feminino, com idades que variaram de 28 a 74 anos, ocorrendo uma concentração na faixa de 50-70 anos (71,4%), e maiores que 60 anos em 29% dos indivíduos. O tempo referido de representação no Conselho Municipal de Saúde foi de até 4 anos para 46% dos conselheiros entrevistados, e de mais de 4 anos para 54%, sendo que 26% destes, encontravam-se como conselheiros a mais de 12 anos. O perfil sócio-econômico evidenciou, entre os entrevistados, 12% de conselheiros com nível de escolaridade fundamental, 46% com escolarização até o nível médio e 40% dos conselheiros com nível superior. Quanto à renda familiar 60% possuía renda entre 3 e 10 salários mínimos e de 1 a 3 salários mínimos para 23% dos conselheiros.

Gerschman (2004) na pesquisa “Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação de comunidades populares” verificou que os conselheiros pesquisados tinham como integrantes pessoas maduras de classe média e relativamente capacitadas. Para Labra (2002) esta situação se explica por meio de duas tendências convergentes que implicam na “profissionalização” da atividade de conselheiros e, certa “elitização” dos representantes justificada pela experiência prévia dos conselheiros e pertencimento destes às direções das organizações que representam.

Verificou-se, também, que 40% dos entrevistados possuía níveis de escolaridade média e superior, confirmando uma tendência demonstrada em outros estudos (Stralen et al., 2006) de que o grau de instrução dos conselheiros usuários, parece ser mais elevado que a média dos usuários do SUS. Este dado pode ser explicado, pela escolha como representantes nos conselhos, dos integrantes das associações com melhor capacitação e que façam parte da cúpula dirigente da organização, pressupondo-se que estejam mais preparados para entender os assuntos tratados, e participem das reuniões com desenvoltura na defesa dos interesses dos representados, o que está em consonância com o discurso de Labra & Figueiredo (2002) e Gerschman (2004). Esta última autora afirma que os conselheiros são indivíduos “[...] possuidores de uma liderança meritocrática, trata-se de homens mais velhos, com formação superior e com salário bem acima dos usuários do Sistema único de Saúde. A composição social dos conselheiros representantes dos

usuários configura uma elite na comunidade a que pertencem” (Gerschman, 2004).

### Análise da Entrevista com os Conselheiros Municipais de Saúde Usuários sobre Assistência Farmacêutica no SUS

Os resultados são apresentados e discutidos, sem a pretensão de fazer nenhum juízo de valor sobre as percepções reveladas pelos entrevistados, mas procurar entendê-las como representações derivadas do contexto da AF na prática do controle social.

**Tabela 1.** Perfil dos Conselheiros usuários entrevistados das regiões metropolitana I e II, Estado do Rio de Janeiro

MUNICÍPIO	Sexo		Faixa etária	Tempo de representação em anos	Escolaridade			Renda Familiar (SM)		
	Fem.	Masc.			Fun.	Méd.	Sup.	1-3	3-10	>10
Duque de Caxias		1	61-70	08		1			1	
Mesquita	1	3	21-60	1-4		1	3	1	2	1
Nilópolis		4	41-70	2-16		1	3		4	
Nova Iguaçu	3	1	21-70	2-15		2	2	1	3	
Queimados		1	41-50	08		1			1	
Rio de Janeiro	3	7	31-80	3-16		5	5		7	3
S. João Meriti	1	1	51-70	1-16	1	1		2		
Itaboraí	3	1	41-60	2-3	2	2		1	3	
Niterói	4		51-80	2-13	1	2	1	1	2	1
São Gonçalo		1	61-70	08	1				1	

Fonte: Questionário aplicado aos conselheiros usuários (SM: Salários Mínimos; Escolaridade: Fundamental; Médio e Superior)

### O que o Conselheiro Usuário entende por Assistência Farmacêutica

Quando interrogados sobre o que entendiam por Assistência Farmacêutica se verificou que para 41,7% dos conselheiros, AF é a distribuição gratuita de medicamentos pelo governo (provisão), para 13,9% é acesso aos medicamentos com facilidade (acesso), para 22% suprimento de medicamentos necessários (planejamento), e 25% dos conselheiros responderam que não sabiam. Ou seja, 64,7% dos entrevistados reduzem a Assistência Farmacêutica à provisão e distribuição de medicamentos no sistema de saúde, e 25% destes atores, não souberam responder e estabelecer considerações sobre este ponto abordado na entrevista. De modo geral não se encontrou um padrão de resposta sobre Assistência Farmacêutica, as respostas se mostraram bastante dispersas, revelando que não há um entendimento consensual sobre Assistência Farmacêutica entre os conselheiros, os quais citam etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, sem, no entanto, conseguir construir uma resposta clara e concisa. Verificou-se, também, que os entrevistados demonstraram reconhecer a responsabilidade do governo na provisão de medicamentos, entretanto, dissociada da participação democrática, ou até mesmo, à parte do contexto de integralidade das ações e serviços de saúde. As falas a seguir,

ilustram o exposto:

“O medicamento de graça para o usuário de acordo com a lei”;

“Obrigação de fornecimento de medicamentos para usuários pelo Governo”;

“Acesso do medicamento a população com facilidade e democrático”.

Percebe-se, uma preocupação destes atores com a provisão de medicamentos, em detrimento da sua necessidade, e mecanismos para obtê-los com qualidade e controle social.

Assim, lembramos as colocações de Sposati (1992), quando afirma que “[...] o controle social necessita tomar distância da armadilha saúde-consumo”. Esta visão dos conselheiros supõe ser natural adoecer e consumir um comprimido de saúde, ignorando ser o direito à saúde, mais amplo do que o direito ao consumo de medicamento. O direito à Assistência Farmacêutica é mais do que a democratização do consumo de medicamentos, embora este seja fundamental nos serviços disponibilizados e sua instituição com equidade não deve ficar limitada à ampliação do acesso aos medicamentos essenciais e sua distribuição adequada. Deve sim, ser parte da luta pela garantia de um direito, onde o usuário/consumidor é ao mesmo tempo um sujeito participativo na construção da política e, não apenas um carente a ser atendido em suas

demandas por serviços de saúde.

### **A importância do medicamento na Assistência à saúde segundo a visão do conselheiro municipal**

Observou-se que, para a pergunta qual a importância do medicamento na assistência à saúde? 52,8% dos conselheiros responderam ser fundamental; 22,2% necessário e 25% importante. Os entrevistados demonstraram reconhecer a importância do medicamento para os tratamentos, como se verifica nas falas a seguir:

“Muito grande. Porque são necessários para cura, principalmente de doenças graves”, “Primordial. Sem medicamento, não tem recursos para cura”,

“Fundamental, cura de doença, atende classes menos favorecidas, assalariado sem condição de comprar”; “O medicamento é um bem-estar de quem precisa, o paciente”.

Verificou-se, entretanto que embora estes atores entendam a importância dos medicamentos, as respostas se apresentaram bastante dispersas, não se verificando nas respostas o significado do medicamento como insumo essencial para a viabilização da assistência à saúde, sem também, mencioná-lo como insumo estratégico para as ações em saúde individual e coletiva no contexto da integralidade. Segundo Marin et al. (2003) “[...] os medicamentos são a tecnologia em saúde de melhor custo/efetividade, pois garantem a resolubilidade da maioria dos problemas de saúde com menor custo, e o não acesso a este, tem como consequência a sobrecarga das demandas nos serviços de saúde, ocasionadas pela descontinuidade dos tratamentos e agravamento das doenças” (Marin et al, 2003).

Oliveira et al. (2007) corroboram este pensamento ao afirmar que os medicamentos constituem, na grande maioria dos casos, a intervenção farmacêutica com melhor relação custo-efetividade, desde que prescritos e utilizados de forma racional.

### **Mecanismos de financiamento para provisão de medicamentos no município segundo a visão do Conselheiro**

Em relação às informações acerca dos mecanismos de financiamento para a provisão de medicamentos no município, os conselheiros responderam: pactuação na comissão intergestora tripartite (13,9%), repasse fundo a fundo (16,7%), governo federal por concorrência pública (19,4%) e que não sabiam (50%). Observou-se, que apesar da diversidade de respostas apresentada pelos entrevistados, alguns conselheiros aludiram às responsabilidades do governo federal quanto ao repasse financeiro e às responsabilidades do estado e dos municípios nas contrapartidas, como se verifica nas falas a seguir:

“Vem do Governo Federal, Estadual, Municipal”; “Há financiamento do Estado com contra partida da prefeitura e há a parte Federal, pactuada na tripartite”; “Via governo federal por concorrência pública e produção da Fiocruz”.

Entretanto, a heterogeneidade das respostas evidencia as diferenças no acúmulo de conhecimento e na experiência entre os conselheiros. Chama a atenção que metade dos entrevistados relatou desconhecer as formas de financia-

mento da AF. Para Cotta et al. (2009) é urgente a necessidade de ampliar o processo de “empoderamento” dos diferentes atores locais para fortalecer o exercício do controle social, buscando conscientizar os Conselheiros Municipais de Saúde sobre sua função de representação social e, ainda promover o reconhecimento do conselho como espaço de manifestações de interesses plurais em busca do benefício de toda sociedade.

### **O que pensa o Conselheiro acerca dos principais problemas de Assistência farmacêutica**

Concernente aos principais problemas relacionados à Assistência Farmacêutica no município, as respostas mais frequentes, independente do município de origem do conselheiro, foram a dificuldade de acesso (39%), a falta de farmacêuticos nas farmácias (17%), logística inadequada da Farmácia quanto ao planejamento, armazenamento e distribuição de medicamentos na rede pública (25%) e desabastecimento de medicamentos (19%). Segundo o olhar do usuário estes problemas podem ocorrer por inúmeras causas, ora de ordem técnica, como planejamento inadequado, questões de logística, condições de armazenamento, perdas, ou mesmo por causas de ordem política, como dificuldades de negociação entre os governos. Em seguida apresentamos algumas falas: “falta de farmacêuticos e de medicamentos”; “falta de acesso aos medicamentos”, “fornecimento de medicamento irregular e não continuado”.

Na análise dessas respostas, chama a atenção o fato de que os conselheiros apresentam conhecimentos afins em relação aos problemas da Assistência Farmacêutica, convergindo com os problemas apontados por outros estudos no Brasil (Vieira, 2008; Moura & Perini, 2009) Em um estudo que incluiu 597 municípios (10,7% dos municípios brasileiros), Vieira (2008) verificou que 90,3% destes apresentaram problemas na gestão de recursos ou serviços, 71% dos municípios foi constatada a falta de controle de estoque ou sua deficiência, 39% com condições inadequadas de armazenamento e 24% dos municípios com falta de medicamentos. No município de Praia Grande (SP), Vieira et al. (2008) encontraram inadequação em praticamente todas as etapas – seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação – do ciclo da assistência farmacêutica. Moura & Perini (2009) em um estudo sobre a Assistência Farmacêutica em Minas Gerais verificaram que os principais problemas estavam relacionados com o controle de estoque e disponibilidade de alguns itens.

### **O que deveria ser feito para ampliar o acesso da população aos medicamentos no município segundo a Visão do Conselheiro**

Vale enfatizar, que quando perguntados sobre o que deveria ser feito para ampliar o acesso da população aos medicamentos no município, os conselheiros emitiram proposições não somente no sentido de melhorar a disponibilidade de medicamentos do ponto de vista quantitativo, mas, também do ponto de vista qualitativo, como se verifica na distribuição das respostas: para 41% dos conselheiros deve aumentar as compras de medica-

mentos, para 33% ampliar o número de medicamentos nos programas, para 19% criar mais Farmácias Populares do Brasil e 7% responderam outros, ilustrado por algumas falas: “aumentar a lista de medicamentos”, “criar mais postos de distribuição”; “criar mais farmácias populares”.

O que pode explicar estas respostas poderia ser a necessidade de soluções imediatas para as demandas prementes da população, provavelmente uma consequência do desabastecimento de medicamentos no SUS, mas também, decorrente da fragmentação da assistência ao vincular determinados grupos de medicamentos a programas de saúde específicos, denominados componentes da assistência básica, estratégica e componente especial.

Este modelo de organização da provisão de medicamentos gera demandas reprimidas para qualquer situação de saúde que não seja contemplada por este perfil de assistência farmacêutica. Entretanto, sem dúvida, para entender este cenário, é necessário levar em consideração que apesar do direito a saúde e assistência farmacêutica serem direitos integrais, e universais, a política de Assistência Farmacêutica é elaborada com base na tomada de decisões pelo sistema político, sob uma perspectiva coletiva e distributiva. Segundo Marques e Dallari (2007), a política pública de medicamentos integra de forma ampla o conjunto de políticas sociais e econômicas com vistas à garantia de sua sustentabilidade por meio de programas e protocolos clínicos que visem racionalizar a utilização de medicamentos no contexto da Assistência Farmacêutica.

## CONCLUSÃO

Para os representantes do segmento dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde caracterizados pela experiência acumulada - considerando o tempo de militância nos seus respectivos conselhos - esperava-se uma melhor desenvoltura no processo de participação política com relação à Assistência Farmacêutica.

Há uma ausência de conhecimento dos Conselheiros Usuários sobre os elementos e instrumentos que organizam e estruturam a Assistência Farmacêutica como um conjunto de ações interligadas e contínuas para o acesso ao medicamento no Sistema Único de Saúde.

Pode-se, inferir, que é provável que a desinformação tenha repercussão no embate de idéias ao restringir a argumentação referente à assistência farmacêutica, com prejuízo da construção coletiva de propostas norteadoras para a Assistência Farmacêutica neste lócus.

Aproximar os conselheiros do debate sobre a Política Nacional de Medicamentos e da Assistência Farmacêutica é um fator importante para o seu fortalecimento. É importante lembrar que a universalidade de acesso aos medicamentos, assim como o controle social, são direitos garantidos pela Lei orgânica do SUS.

Por fim, a ampliação da participação popular na construção e controle de políticas de Assistência Farmacêutica é estratégica para assegurar a integralidade da atenção à saúde. É pertinente engendrar ações que instrumentalizem e possibilitem ao controle social o acesso às ferramentas apropriadas para uma atuação mais efetiva sobre o tema aqui abordado.

## REFERÊNCIAS

Araújo A & Freitas O. Concepção do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldade e elemento para mudança. Rev. Bras. de Ciênc. Farm. 42(1): 137-146, 2006.

Brasil. Lei Federal nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Brasil. Lei nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3.916, de 30 de outubro de 1998.

Brasil. Ministério da Saúde, Portaria GM nº. 176 de 08 de março de 1999.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº. 388 de 06 de maio de 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº. 2.982 de 26/11/2009.

Brasil. Ministerio da Saude. Secretaria de Ciencia, Tecnologia e Insumos Estrategicos. Departamento de Assistencia Farmaceutica e Insumos Estrategicos. Relacao nacional de medicamentos essenciais: Rename / Ministerio da Saude, Secretaria de Ciencia, Tecnologia e Insumos Estrategicos, Departamento de Assistencia Farmaceutica e Insumos Estrategicos. – 7. ed. – Brasilia : Ministerio da Saude, 2010. 250 p.: il. – (Serie B. Textos Básicos de Saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Informações de Saúde. DATASUS. População Residente Rio de Janeiro. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popnrj.def>. Acesso em: 12 agosto de 2010.

Caregnato RCA & Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. Texto Contexto Enferm. 15(4): 679-84, 2006.

Carlos ICC & Gurgel MLF. A assistência farmacêutica no estado do Ceará e no município de Fortaleza. In: A Organização da Saúde no Nível Local. São Paulo, Editora Hucitec, 1998, p. 173-196.

Cosendey MA, Bermudes JAZ, Reis AL. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde: a experiência de três estados brasileiros. Cad. Saúde Pública. 16(1): 171-182, 2000.

Cotta RMM, Casal MM, Rodrigues JFC. Participação, Controle Social e Exercício da Cidadania: a (des) informação como obstáculo à atuação dos conselheiros de saúde. Physis. 19 (2): 419-438, 2009.

Deslandes SF, Neto OC, Gomes R et al. Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ, Editora Vozes, 1994. 80p.

Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. Cad. Saúde Pública. 20(6): 1670 – 1681, 2004.

Kruger TR. O desconhecimento da Reforma Sanitária e da Legislação do SUS na prática do conselho de saúde.

Planejamento de Políticas Públicas (IPEA). 22: 119-144, 2000.

Labra ME, Figueiredo JSA. Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 7(3): 537-547, 2002.

Marin N. Assistência Farmacêutica In Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. p. 115-132.

Marques SB, Dallari SG. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. Rev. Saúde Pública 41(1): 101-7. 2007.

Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2000. 269p.

Moura CS, Perini E. Evaluation of pharmaceutical assistance in municipalities in the state of Minas Gerais. Braz. J. Pharm. Sci. 45(2): 279-286, 2009.

Oliveira MA, Bermudes JAZ, Osório de Castro CGS. Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos. Editora Fiocruz. 2007. 112p.

Organização Panamericana de Saúde. Las Condiciones de Salud em las Américas. Washington D C. Opas/OMS, 1994. 24p (Publicação científica número 549).

Rocha D & Deusdará B. Análise de conteúdo e Análise do Discurso: O lingüístico e seu entorno. DELTA. 22(1): 29-52, 2006.

Silva IF & Labra ME. As instâncias colegiadas do SUS no estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. Cad. Saúde Pública. 17(1): 161-170, 2005.

Sposati A & Lobo E. Controle Social e Políticas de Saúde. Cad. Saúde Pública. 8(4): 366-378, 1992.

Stralen CJV, Lima AMD, Sobrinho DF et al. Conselho de Saúde: Efetividade do Controle Social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. Ciênc. Saúde Coletiva. 11(3): 621-632, 2006.

Vieira MRS, Lorandi PA, Bousquat A. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública. 24(6): 1419-1428, 2008.

Wenhawsen A & Caponi S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde de Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública. 18(6): 1621-1628, 2002.