

# ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA BÁSICA NO AMAPÁ: DESCENTRALIZAÇÃO E ACESSO<sup>1</sup>

LIGIA T. L. SIMONIAN<sup>1</sup>  
ORENZIO SOLER<sup>2</sup>

1. Professora doutora, Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido-PDTU, Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará – UFPA, Campus do Guamá, 66.075-900, Belém, PA, Brasil.
2. Doutor, Organização Pan-americana da Saúde – OPAS/OMS. Consultor Nacional em Assistência Farmacêutica, Setor de Embaixadas Norte, Lote 19, 70800-400, Brasília, DF, Brasil.

Autor responsável: O. Soler.  
E-mail: orenzio@bra.ops-oms.org

## INTRODUÇÃO

Pelo enfoque antropológico, o medicamento cumpre todo um ciclo de atividades que vai desde o desenvolvimento do fármaco até o seu uso racional. Pode-se, sim, inferir uma ordem biográfica em sua *vida social*, a partir das transações e fluxos dos produtos farmacêuticos<sup>1</sup>. Desse modo, há que se perceber que, em cada estágio, há atores e um regime de valores próprios<sup>2</sup>. Assim sendo, tal ordem compreende diferentes *cenários* que, por sua vez, são associados a processos de muita complexidade. Para melhor visualizar, resume-se a diversidade desses contextos:

- Cenário I – é representado pelos cientistas e os empresários farmacêuticos, que têm sob suas responsabilidades desenvolver e produzir os medicamentos. Nesse cenário, a percepção predominante é a do medicamento como competição comercial.

- Cenário II – é representado pelos distribuidores no atacado e no varejo e os comerciantes leigos; sem formação formal; nesse cenário a percepção predominante é a do medicamento como uma *mercadoria*, e tem como função a distribuição e a acessibilidade.

- Cenário III – é representado pelos prescritores e os consumidores em um contexto de prática médica; fase essa que provê o usuário de um pedaço de papel, muitas vezes representativo da salvaguarda das incertezas e inseguranças médicas.

- Cenário IV – é representado pelos proprietários de farmácias; leigos ou com formação formal – que as vêem meramente como estabelecimento comercial, e pelos consumidores onde a “automedicação” e “empurroterapia” são frutos de uma percepção equivocada do medicamento como uma “bala mágica”.

- Cenário V – é representado por um pequeno segmento – profissional com formação formal e usuários – que já tem a percepção do medicamento como um bem sanitário e que imprescindivelmente seu uso deve estar atrelado à racionalidade e fundamentado na sua eficácia, efetividade e eficiência. O cumprimento dos objetivos da “vida do medicamento” repousa em seus efeitos sobre o bem-estar da pessoa que o utilizou. Neste cenário, a farmácia é percebida como um serviço de saúde.

O campo da assistência farmacêutica, componente da política de saúde, no Brasil, ainda enfrenta problemas e limitações de grande porte nos diferentes cenários apresentados. E, em uma cadeia de desdobramentos, estes evidenciam as distorções e os impasses gerados pelas desigualdades sociais e econômicas ainda existentes no país que impõem restrições ao pleno acesso a medicamentos<sup>3, 4</sup>.

De acordo com Soler<sup>1</sup>, a Organização Mundial da Saúde – OMS vem, nos últimos anos, desenvolvendo metodologias e materiais para o monitoramento e a avaliação da assistência farmacêutica no mundo, sendo um documento relevante o “Indicators for Monitoring National Drug Policies”<sup>3, 5</sup>. Mais recentemente, em 2003, a OMS apresentou a ferramenta intitulada “Principais indicadores para avaliação e estudo da situação do setor farmacêutico nos países”, como proposta aos países membros<sup>7</sup>. Nesta direção, a OMS ressalta a importância da condução de estudos de avaliação da situação farmacêutica nacional constitui-se em estratégia fundamental para avaliar a estruturação, a monitorização e a avaliação regular de políticas nacionais de medicamentos, pelo menos a cada quatro anos.

Atualmente, o modelo proposto pela OMS<sup>7</sup> divide a abordagem de avaliação em três níveis ou etapas. O Ní-

<sup>1</sup> Parte da Tese de Doutorado de Orenzio Soler em Ciências Sócioambientais pelo Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Sustentável do Trópico Úmido-PDTU), Núcleo de Altos Estudos Amazônicos, Universidade Federal do Pará, Belém, concluída em 2004, orientada por Ligia T. L. Simonian.

vel I contempla aspectos de estrutura e de processo da organização do setor farmacêutico. A metodologia para a coleta de dados consiste na aplicação do questionário “Estrutura e processos da situação farmacêutica nacional”.

O Nível II utiliza indicadores voltados aos resultados da política nacional de medicamentos, obtidos por inquérito sistemático no âmbito dos serviços farmacêuticos públicos e privados e dos domicílios. O Nível III é constituído por estudos cuja finalidade é detalhar aspectos específicos da organização do setor farmacêutico e são realizados, sem periodicidade definida, de acordo com necessidades específicas, identificadas pelos países ou sugeridas pela OPAS/OMS.

Nesta direção, a OPAS avaliou a assistência farmacêutica e regulamentação de medicamentos, no Brasil: estruturas e processos (Nível I) e fez um inquérito sistemático de serviços e pesquisa domiciliar de acesso a medicamentos (Nível II), em 2003/2004<sup>7</sup>. Tais elementos de análise são contribuições importantes para uma possível reorientação das políticas nacionais de medicamentos e de assistência farmacêutica e sua interface com as demais políticas públicas. O estudo mostrou que o Brasil possui uma estrutura legislativa e regulatória de medicamentos bastante abrangente.

A gestão das políticas farmacêuticas é responsabilidade do Ministério da Saúde (MS), por meio da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), no âmbito federal, e dos órgãos de assistência farmacêutica das Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios. Faz parte das competências da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) a regulamentação, o controle e a fiscalização de produtos e serviços que envolvam risco à saúde pública, incluindo medicamentos. Nos Estados e Municípios, essa atribuição é das Coordenações de Vigilância Sanitária.

Para o estudo da situação farmacêutica, um estudo de Nível II foi aplicado utilizando-se a metodologia proposta pela OMS para avaliação de políticas farmacêuticas. Consistiu além da aplicação do pacote voltado ao inquérito sistemático de coleta de dados em serviços de saúde e farmácias privadas, de um inquérito domiciliar para estudo de acesso e utilização de medicamentos, de modo a permitirem evidenciar aspectos referentes ao acesso, qualidade e uso racional de medicamentos<sup>7</sup>.

Ambas as abordagens permitiram um panorama da situação atual do setor farmacêutico brasileiro, à luz da metodologia proposta pela OMS, podendo contribuir para a construção de estratégias de intervenção e estabelecimento de um modelo de monitoramento da política de medicamentos no país.

Em se apropriando, como subsídio, de diversos documentos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS), a exemplo do Nível I, que contempla aspectos de estrutura e de pro-

cesso da organização do setor farmacêutico, procurou-se investigar, descrever e explicar, ainda que introdutoriamente, os elementos diferenciados que compõem a logística do ciclo da assistência farmacêutica, e só então inferir, se houve ou não, melhoria do acesso pelos usuários aos medicamentos da atenção básica nos municípios amapaenses. A metodologia para a coleta de dados consiste na aplicação dos formulários para gestores, gerentes, trabalhadores, usuários e, representantes do controle social dos serviços de atenção básica dos 16 municípios do estado do Amapá.

## POLÍTICA DE MEDICAMENTOS NO AMAPÁ

A discutir-se a problemática do desenvolvimento sustentável<sup>8</sup>, o medicamento emerge como questão central<sup>1</sup>. Não se pode defender a sustentabilidade do setor saúde sem assegurar o acesso, a qualidade e uso racional dos mesmos<sup>5, 9, 10, 11</sup>. Em que pese os esforços empreendidos no âmbito da World Health Organization – WHO<sup>5</sup>, Organização Pan-americana da Saúde (OPAS)<sup>3</sup>e, no caso do Brasil, do Ministério da Saúde<sup>9, 12, 13</sup>, o que existe em termos globais e locais são cenários onde predominam o uso irracional de medicamentos.

Nessa perspectiva, uma política de medicamentos, em princípio, parte do senso comum e é apropriada e desenvolvida por um corpo técnico-político, na expectativa de promover equidade e sustentabilidade para o setor farmacêutico<sup>1</sup>. Isso implica na disponibilidade e custo satisfatório e justo de medicamentos essenciais, qualidade, segurança e eficácia e, também, a promoção do seu uso racional pelos profissionais de saúde e consumidores<sup>9, 14</sup>. Entretanto, exceto nos chamados países de Primeiro Mundo (*sic*), tais condições ideais, dificilmente, são encontradas, como sugerem os resultados da pesquisa desenvolvida nos municípios do Estado do Amapá.

Uma reflexão, a partir da elaboração, proposição e implementação de políticas públicas em torno do desenvolvimento sustentável passa, necessariamente, pela consideração de uma complexidade ímpar. No Amapá, em especial, o Programa de Desenvolvimento Sustentável do Amapá (PDSA)<sup>15</sup> estabeleceu metas, elaborou planos, implementou projetos, destinou recursos financeiros, capacitou técnicos e envolveu as populações tradicionais locais. Entretanto, não houve dentro do próprio governo uma integração.

Para o cumprimento das ações propostas a Secretaria Executiva de Estado de Saúde do Amapá (SESA) e a Secretaria de Estado Executiva de Meio Ambiente do Amapá (SEMA) trilharam caminhos diferentes<sup>15</sup>. Há, assim, uma equivocada visão de promover a disjunção no campo da saúde, principalmente no que diz respeito ao medicamento e ao desenvolvimento sócio-econômico.

A ser a política a atividade de governar uma cidade, uma região, ou um país, essa atividade é um palco de conflitos e dissensão por vezes extremos, pois cada qual tem convicções diferentes nesse campo, tanto entre os que governam, quanto entre os que são governados – os cidadãos. Em certas partes do mundo, não diferente no Amapá, mesmo aqueles legalmente eleitos para seu cargo tornam-se prisioneiros do sistema.

É nesta perspectiva, que Simonian<sup>16</sup> ressalta a relação tensa entre o desenvolvimento, as políticas públicas e as populações, o que inclui corrupção de naturezas diversas, com gastos públicos. Mas, em se tratando de política de medicamentos, para compreender-se melhor o que vem ocorrendo com os municípios desse estado, há de se contextualizar o processo de implementação da mesma.

A Portaria nº GM/MS 3916/98<sup>9</sup> estabeleceu as diretrizes, prioridades e responsabilidades da assistência farmacêutica para os gestores federais, estaduais e municipais. A expectativa é, assim, de viabilizar a prática dessas diretrizes como um incentivo à assistência farmacêutica básica, por meio da Portaria nº GM/MS 176/99<sup>11</sup>, que consiste no repasse de recursos financeiros aos Estados e aos Municípios do País, isso a depender do tipo de gestão do sistema de saúde.

Essa assistência constitui-se em componente básico do Sistema Único de Saúde (SUS) e da política nacional de medicamentos. Tal assistência visa a garantir o acesso da população a medicamentos essenciais, disponibilizando um elenco que se destina exclusivamente à atenção primária de saúde, na rede do SUS.

Portanto, do ponto de vista legal, a assistência farmacêutica estadual segue as diretrizes básicas da descentralização, buscando a uniformidade das ações. Essa abordagem tem como objetivo a promoção do uso racional dos medicamentos, através da prescrição do medicamento apropriado, disponível e adquirido a preço acessível e corretamente dispensado. Ainda, o medicamento há de ser seguro, eficaz e de qualidade comprovada, notadamente por uma questão de sustentabilidade no campo da saúde e em especial de humanidade.

No universo de qualificação, em busca de um melhor gerenciamento dos recursos financeiros, diferentes formas de pactuação foram realizadas. Neste sentido, desde a centralização total dos recursos financeiros no Fundo Estadual de Saúde (FES), como ocorre, no Amazonas, Alagoas e em São Paulo, até a descentralização total dos recursos aos fundos municipais, como no Mato Grosso, Pernambuco e Rio de Janeiro<sup>13</sup>.

Outros Estados optaram pela pactuação mista, onde municípios habilitados na Gestão Plena de Sistema recebem os recursos fundo-a-fundo e aqueles em Gestão Plena de Atenção Básica (GPAB) e os “não habilitados”, por meio de depósitos em conta específica no FES. Este é o caso do Amapá.

Mediante o compromisso de adesão firmado entre a SESA, as secretarias municipais de Saúde e submetido ao Ministério da Saúde, os recursos financeiros destinados à assistência farmacêutica básica teriam que ser creditados na conta do Fundo Municipal de Saúde (FMS), correspondente ao valor anual de dois reais *per capita*, relativos aos medicamentos da atenção básica pactuado por esse Estado. As contrapartidas para cada esfera de governo, pactuadas pelo Comitê Intergestores Bipartite (CIB) ficam assim distribuídas: a União, responsável por R\$ 1,00, o Estado, com R\$ 0,50, e o Município, com R\$ 0,50<sup>11</sup>.

Naquele momento, a meta estabelecida de qualificação de 100% dos municípios brasileiros ao recebimento do incentivo, quer diretamente nos respectivos fundos municipais de saúde, ou por meio dos fundos estaduais, encontravam-se quase inteiramente cumprida no país. De fato, isso já havia sido alcançado em 99,4%, num total de 5527 Municípios qualificados<sup>13</sup>. E, no Amapá, dos 16 Municípios, somente o de Calçoene encontrava-se em gestão da atenção básica de saúde, o que implicava a não descentralização da assistência farmacêutica. Contudo, conforme a dissensão a seguir, apesar de estarem oficialmente com a gestão de saúde municipalizada, na prática, o que vinha ocorrendo era uma “prefeiturização” e o não cumprimento das diretrizes e ações preconizadas pela legislação federal atual.

## MATERIAL E MÉTODO

O processo de construção deste trabalho iniciou-se com a fase exploratória da pesquisa. Este foi o tempo dedicado a se interrogar sobre o objeto, os pressupostos, as teorias pertinentes, o método apropriado e as questões operacionais para levar a cabo o trabalho de campo. Dentre tais processos, é de se destacar a realização de um *survey* ou pesquisa exploratória, conforme o entendimento de Yin<sup>17</sup>, com vistas à construção do projeto de investigação e, posteriormente, com a pesquisa propriamente dita.

Também, a realização do trabalho exigiu um levantamento bibliográfico e documental em arquivos diversos. Dentre estes, destacam-se os arquivos de instituições federais e estaduais, como os que seguem: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Secretaria Executiva de Saúde do Amapá (SESA), Ministério da Saúde (MS), Assembléia Legislativa do Estado do Amapá (ALEA), Ministério Público do Amapá (MPEA). Toda essa perspectiva quanto à pesquisa foi, posteriormente, ampliada para os demais municípios do estado, especialmente nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) desse Estado e seus arquivos.

O referencial teórico para a problemática de pesquisa ora discutida preconiza como variáveis importantes as categorias políticas de descentralização da dispensação e do acesso a medicamentos. Nessa direção, partiu-se da hipótese de que a estratégia de descentralização asseguraria a melhoria do acesso à farmacoterapia racional. Essa racionalidade é compreendida no campo do ideário justificado pela implementação dos componentes-chaves da política de medicamentos, que por sua vez é regulamentada pela Portaria GM nº 3.916<sup>9</sup>.

Como unidades de análise, optou-se por trabalhar com indicadores adaptados da atual política implantada no Brasil<sup>9</sup> bem como propostas pelo Modelo de Políticas de Medicamentos (MPM) da Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>5</sup>, a exemplo de indicadores de uma política de assistência farmacêutica para os municípios do Amapá.

De todo modo, ao se comparar as diversas realidades desses municípios, não se pretendeu cair na idéia das instituições enquanto fatos sociais totais. Conforme Hortale<sup>18</sup> esta perspectiva desconsidera o contexto e a sociedade em que tais instituições, grupos de interesses em conflito, diferenças de acessibilidade aos serviços se inserem, o que é motivado tanto por barreiras organizacionais ou financeiras, quanto por características da população local.

Fez-se pesquisa em todos os 16 municípios do Amapá. O que motivou essa decisão foi a constatação anterior feita durante o *survey* para a elaboração do projeto, quanto a uma assistência farmacêutica permeada por limitações, contradições etc. É a seguinte a identificação dos Municípios amapaenses: Amapá, Itaubal, Mazagão, Porto Grande, Serra do Navio, Tartarugalzinho, Ferreira Gomes, Calçoene, Oiapoque, Laranjal do Jari, Pracuúba, Cutias, Pedra Branca do Amapari, Vitória do Jari, Santana e Macapá.

Nessa direção, a investigação do processo de descentralização da política de medicamentos e assistência farmacêutica nesses municípios foi feita por meio de observações diretas nos serviços, entrevistas com usuários, trabalhadores da saúde de nível médio e superior, gestores municipais, estaduais, membros de Conselhos Municipais de Saúde – CMS e do Conselho Estadual de Saúde (CES). Ainda, procurou-se assegurar a representatividade dos 16 municípios em pauta e do governo amapaense, bem como incluir análises de dados disponibilizados pelo gestor federal do setor. Também, nessas oportunidades aplicaram-se formulários fechados nos locais de trabalho, a exemplo de almoxarifados, postos de saúde, ambulatórios e hospitais.

Uma *Oficina de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica* com uma carga horária de 40 horas foi realizada em setembro de 2002 em Macapá, com representantes da Gerência de Assistência Farmacêutica do Minis-

tério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, da Organização Pan-americana da Saúde, de gestores estaduais e municipais, de trabalhadores de nível médio e superior, bem como do controle social.

Este evento proporcionou a complementação das entrevistas e dos dados apresentados<sup>1</sup>. Por fim, para a análise dos dados tratou-se o material recolhido no campo, subdividindo-o no seu interior em ordenação, classificação e discussão propriamente dita. O tratamento do material conduziu à teorização sobre os dados, produzindo o confronto entre a abordagem teórica anterior e o que a investigação de campo aportou de singular como contribuição.

A idéia de ciclo pertinente a um processo de pesquisa se solidificou não em etapas estanques, mas em planos que se complementam. Ao mesmo tempo, portanto, trabalhou-se com um movimento de valorização das partes e a integração no todo com uma visão de um produto provisório integrando a historicidade do processo social e da construção teórica, em outros termos, em uma perspectiva dialética. A definição dos capítulos da tese foi o resultado mais imediato deste processo. Com certeza, o ciclo não se fechou, pois toda pesquisa produz conhecimentos afirmativos e provoca mais questões para aprofundamento posterior.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A assistência farmacêutica, segundo Brasil<sup>9</sup>, é conceituada como um conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais de saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual quanto coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Todavia, esta orientação envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização.

Utilizou-se, como representação de indicadores, parâmetros relacionados aos seguintes aspectos<sup>2</sup>:

- **De gestão**
  - Ações de vigilância sanitárias programadas e executadas em relação aos medicamentos
  - Aplicação de recursos programados para assistência farmacêutica básica
  - Avaliação e acompanhamento das ações programadas
  - Dados e/ou indicadores sobre utilização racional de medicamentos

<sup>2</sup> Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2000-2004.

- Demonstrativo físico-financeiro de aquisição por determinado período de tempo
- Desempenho de fornecedores
- Existência de pessoal capacitado para assistência farmacêutica
- Número de dias entre a solicitação e aquisição de medicamentos
- Recursos gastos com aquisição de medicamentos

- **De cobertura e aceitação**

- % de aceitação dos medicamentos da Relação de Medicamentos Essenciais
- % de gasto mensal com medicamentos para atender a atenção básica de saúde por unidade de serviço
- % de medicamentos genéricos adquiridos
- % de prescrição de medicamentos não incluídos na Relação de Medicamentos Essenciais
- % e/ou número de unidades atendidas mês/ano
- Tempo médio gasto na reposição dos medicamentos nos serviços

- **De eficiência**

- % de demanda atendida x demanda não atendida
- % de itens de medicamentos programados x medicamentos adquiridos
- % de medicamentos programados x não utilizados
- % de perdas de medicamentos
- % de prescrições que atendem as exigências legais sobre prescrições
- % de profissionais que prescrevem pela Relação de Medicamentos Essenciais
- % de redução dos custos por tratamento
- % de redução no número de especialidades farmacêuticas após implantação da Relação de Medicamentos Essenciais

- **De qualidade de medicamentos e correlatos**

- % de produtos analisados e recusados por Laboratórios de Referência
- % de produtos aprovados por análise física dos medicamentos

- **De satisfação do usuário**

- % de receitas atendidas totalmente
- Grau de conhecimento do usuário com relação a sua prescrição
- Número de notificações de reações adversas

Todos os dados obtidos e analisados nos 16 municípios do Amapá apresentaram-se ausentes ou negativos.

Quanto ao Ciclo da Assistência Farmacêutica nos municípios do estado do Amapá, utilizou-se, como repre-

sentação de indicadores a existência ou ausência de parâmetros relacionados<sup>3</sup>:

- **Seleção de medicamentos essenciais**

- Avaliação da utilização da Relação de Medicamentos Essenciais na Rede
- Comissão de Farmácia e Terapêutica institucionalizada
- Comparação de custo/tratamento
- Grau de conhecimento e utilização da Relação de Medicamentos Essenciais
- Grau de conhecimento e utilização de protocolos de tratamento
- Grau de conhecimento e utilização do Memento Terapêutico
- Critérios para inclusão e exclusão de medicamentos
- Diagnostico do perfil epidemiológico
- Memento Terapêutico / Protocolos Terapêuticos
- Observação da disponibilidade dos medicamentos no mercado
- Priorização de medicamentos com apresentação de melhor comodidade de uso para o paciente
- Priorização de medicamentos com maior estabilidade e propriedade farmacocinética mais favorável
- Priorização de medicamentos considerados básicos e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população
- Protocolos de tratamento
- Relação de Medicamentos Essenciais nos Serviços
- Utilização de referências bibliográficas oficiais (ídôneas)

- **Programação de medicamentos**

- Análise da capacidade instalada adequadamente
- Análise da disponibilidade dos medicamentos no mercado
- Análise do Consumo Histórico e demanda não-atendida
- Análise dos estoques disponíveis
- Análise dos preços de mercado
- Análise e quantificação dos medicamentos de acordo com protocolo

- **Aquisição de medicamentos**

- Cadastro de fornecedores
- Catálogo de Compras
- Identificação da disponibilidade dos recursos no atendimento à demanda
- Normas e procedimentos administrativos de compra
- Normas e procedimentos de recebimento de medicamentos
- Registro e seleção de fornecedores

<sup>3</sup> Fonte: Dados da pesquisa de campo, 2000-2004.

- **Armazenamento de medicamentos**
  - Normas para instalações de armazenamento de medicamentos
  - Normas e procedimentos técnicos de armazenagem
  - Normas e manual de procedimentos técnicos
- **Distribuição de medicamentos**
  - Calendário de entregas
  - Controle quantitativo e qualitativo
  - Meios de transporte e custos adequados
  - Normas de distribuição
- **Dispensação de medicamentos**
  - Aconselhamento e seguimento ao paciente
  - Controle de qualidade físico do medicamento
  - Estudos de perfil farmacoterapêutico
  - Farmacovigilância
- **Normas e procedimentos de dispensação**
  - Protocolo de atendimento ao paciente

Todos os dados obtidos e analisados nos 16 municípios do Amapá apresentaram-se ausentes ou negativos.

Ressalta-se, que o objetivo maior de um eficiente Ciclo da Assistência Farmacêutica é o adequado atendimento e satisfação das reais necessidades dos usuários. Esse objetivo se realiza, concretamente, quando a utilização – prescrição, dispensação, administração ou consumo – dos medicamentos disponibilizados acontece de maneira correta<sup>12, 19, 20</sup>. Entretanto, nem sempre isso ocorre e os conseqüentes resultados acabam não sendo satisfatórios.

O Ciclo da Assistência Farmacêutica nos Municípios do Amapá não vem cumprindo com a melhoria do acesso aos medicamentos. Isso vem ocorrendo em que pese o processo de descentralização da política de medicamentos e assistência farmacêutica ter estabelecido componentes fundamentais para a melhoria da efetividade e da eficiência. Desse modo, não é sem razão que persiste e de modo generalizado toda uma série de ilegalidades no campo da assistência farmacêutica nesse estado, como bem prova pesquisa de campo recente e investigações por parte dos setores legislativos, judiciais e policiais.

## CONCLUSÃO

É preciso ter a percepção de que o Ciclo da Assistência Farmacêutica não compreende simplesmente o gerenciamento das etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação e utilização racional, as quais por sua vez determinam o padrão de prescrição e da produção de medicamentos. Importa, além disso, produzir informação e gerar conhecimento/tecnologia.

Nesta perspectiva, os produtos gerados não de ser apropriados para que a utilização da tecnologia possa ser difundida e, assim, o processo se retroalimentar. Não há de ser simplesmente a implantação da assistência farmacêutica *per si*, que assegurará a sustentabilidade do acesso aos medicamentos, mas sim a qualificação constante do conhecimento apropriado.

Assim, este trabalho se ateve ao âmbito das ações da atenção básica à saúde, avaliando o Ciclo da Assistência Farmacêutica, nos Municípios e no Estado do Amapá. Partiu-se da premissa de que a estratégia da descentralização e municipalização da política de medicamentos proporciona a melhoria do acesso aos medicamentos essenciais. Mas, por certo, há que se assegurar o cumprimento dos princípios e diretrizes da atenção em questão.

Apesar dos esforços pretendidos nesse estado, o que se percebem não foi a descentralização da política de medicamentos, mas a “prefeiturização” dos recursos financeiros, onde os compromissos que deveriam ser pautados nos fatores sócio-culturais em busca de melhoria da qualidade de vida confundem-se com os econômicos e políticos. O processo de descentralização negligenciou o medicamento enquanto bem estratégico para a sustentabilidade do setor saúde. Conseqüentemente, o acesso, a qualidade e o uso racional desse produto vêm sendo prejudicados em função do não cumprimento dos critérios inerentes ao Ciclo da Assistência Farmacêutica e a política de descentralização estabelecidos.

## AGRADECIMENTOS

Aos coordenadores, professores, colegas e funcionários do NAEA/UFPA, pelo ambiente acadêmico que permitiu a produção deste trabalho. Às autoridades, técnicos e usuários contatados e entrevistados nos municípios do estado do Amapá, com a finalidade de obtenção de dados para a pesquisa. Agradecimento pelo apoio da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (SPS)/MS, da Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular (Funadesp) /Centro Universitário do Pará (Cesupa) e ao Projeto NAEA/Fundação Ford.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SOLER, O. *Assistência farmacêutica básica no Amapá: descentralização e acesso*. Belem, 2004. 186f. Tese (Doutorado em Ciências – Desenvolvimento Sócio ambiental). Universidade Federal do Pará. (Orientadora: Ligia T. L. Simonian).
2. WHYTE, S.R. Conference report: social and cultural aspects of pharmaceuticals. *Anthropology Newsletter*, n. 33, v. 4, p. 13-14, 1992.

3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Uso racional de medicamentos*. Ginebra: OMS, 304p. 1996. Disponível em <http://www.opas.org.br>; acesso em 23 abr. 2003.
4. BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. R. A. (Org.) *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. São Paulo: HUCITEC/Sobravime. 1999. 236p.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. How to develop and implement a national drug policy: indicators. *A practical manual*. 2 ed. Geneva: WHO, 2001.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO operational package for monitoring and assessing country pharmaceutical situations. Guide for coordinators and data collectors*. Geneva, World Health Organization, June 2003.
7. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil / Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde; Ministério da Saúde, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; BRASIL. Ministério da Saúde, 2005. 260p.
8. XIMENES, T (Org.). *Perspectiva do desenvolvimento sustentável: Uma contribuição para a Amazônia* 21. Belém. Pará: Supercores. NAEA/UFPA. 2000. 657 p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3916. *Política nacional de medicamentos*. Brasília. Centro de Documentação. 1998. 40 p.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME – 2000*. Brasília: Centro de Documentação, 2000. 102 p.
11. BRASIL. *Ministério da Saúde*. Portaria GM. Nº 176. Regulamentação do incentivo a assistência farmacêutica básica. Brasília. Centro de Documentação. 1999. 29 p.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. *Assistência farmacêutica: instruções técnicas para sua organização*. Brasília: Centro de Documentação, 2001. 113 p.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório do Seminário Internacional: O Sistema Público de Saúde Brasileiro – tendências e desafios dos sistemas de saúde das Américas. São Paulo. Brasil. 2002. 197 p.
14. FEFER, E., El proceso de armonización de la reglamentación farmacéutica en las Américas. In: Bermúdez, J.; Alcántara Bonfim, J. R. *Medicamentos e a reforma do setor saúde*. São Paulo: HUCITEC/Sobravime, 1999. 236 p.
15. FILOCREÃO, A. S. M. O PDSA e os novos desafios da ciência e tecnologia no estado do Amapá. In: OLIVEIRA, A.; NISHI, N. (Org.). *Ciência e tecnologia para o desenvolvimento sustentável: as experiências do IEPA (1995-1998)*. Macapá: IEPA, 2001.
16. SIMONIAN, L. T. L. Pesquisa em ciências humanas e desenvolvimento entre as populações tradicionais amazônicas. *Boletim do MPEG*, ser. Ciências Humanas, Belém, v. 1, n. 1, p. 119-134, 2005.
17. YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 205 p., il.
18. HORTALE, A. V.; PEDROZA, M.; ROSA, M. L. G. Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 16, p. 231-239, 2000.
19. MARIN, N. (Org.) *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 373 p.
20. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Os desafios para uma assistência farmacêutica integral. Experiências em assistência farmacêuticas estaduais e municipais*. Brasília: OPAS/MS, 2002.