

DÉBORA LUANA RIBEIRO PESSOA
(ORGANIZADORA)

Atena
Editora
Ano 2020

FARMÁCIA NA ATENÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE



DÉBORA LUANA RIBEIRO PESSOA
(ORGANIZADORA)

Atena
Editora
Ano 2020

FARMÁCIA NA ATENÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE



Editora Chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Assistentes Editoriais

Natalia Oliveira

Bruno Oliveira

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto Gráfico e Diagramação

Natália Sandrini de Azevedo

Camila Alves de Cremona

Luiza Alves Batista

Maria Alice Pinheiro

Imagens da Capa

Shutterstock

Edição de Arte

Luiza Alves Batista

Revisão

Os Autores

2020 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do Texto © 2020 Os autores

Copyright da Edição © 2020 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Alexandre Jose Schumacher – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná

Prof. Dr. Américo Junior Nunes da Silva – Universidade do Estado da Bahia

Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – Instituto Federal do Sudeste de Minas Gerais

Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Carlos Antonio de Souza Moraes – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
Prof. Dr. Gustavo Henrique Cepolini Ferreira – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Jadson Correia de Oliveira – Universidade Católica do Salvador
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof. Dr. Luis Ricardo Fernandes da Costa – Universidade Estadual de Montes Claros
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. William Cleber Domingues Silva – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Profª Drª Carla Cristina Bauermann Brasil – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Antonio Pasqualetto – Pontifícia Universidade Católica de Goiás
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Profª Drª Diocléa Almeida Seabra Silva – Universidade Federal Rural da Amazônia
Prof. Dr. Écio Souza Diniz – Universidade Federal de Viçosa
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Fágner Cavalcante Patrocínio dos Santos – Universidade Federal do Ceará
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jael Soares Batista – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Júlio César Ribeiro – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Profª Drª Lina Raquel Santos Araújo – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Pedro Manuel Villa – Universidade Federal de Viçosa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Talita de Santos Matos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Tiago da Silva Teófilo – Universidade Federal Rural do Semi-Árido
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília
Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves -Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Profª Drª Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Profª Drª Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Profª Drª Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Profª Drª Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Profª Drª Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Profª Drª Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Profª Drª Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Carlos Eduardo Sanches de Andrade – Universidade Federal de Goiás
Profª Drª Carmen Lúcia Voigt – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Douglas Gonçalves da Silva – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Érica de Melo Azevedo – Instituto Federal do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Dr. Jéssica Verger Nardeli – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Prof. Dr. Juliano Carlo Rufino de Freitas – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Luciana do Nascimento Mendes – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Norte

Prof. Dr. Marcelo Marques – Universidade Estadual de Maringá
Profª Drª Neiva Maria de Almeida – Universidade Federal da Paraíba
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Priscila Tessmer Scaglioni – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Linguística, Letras e Artes

Profª Drª Adriana Demite Stephani – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Angeli Rose do Nascimento – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
Profª Drª Carolina Fernandes da Silva Mandaji – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Profª Drª Denise Rocha – Universidade Federal do Ceará
Prof. Dr. Fabiano Tadeu Grazioli – Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Paraná
Profª Drª Miranilde Oliveira Neves – Instituto de Educação, Ciência e Tecnologia do Pará
Profª Drª Sandra Regina Gardacho Pietrobon – Universidade Estadual do Centro-Oeste
Profª Drª Sheila Marta Carregosa Rocha – Universidade do Estado da Bahia

Conselho Técnico Científico

Prof. Me. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Me. Adalberto Zorzo – Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza
Prof. Dr. Adailson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Dr. Adilson Tadeu Basquerote Silva – Universidade para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
Prof. Me. Alexsandro Teixeira Ribeiro – Centro Universitário Internacional
Prof. Me. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Profª Ma. Andréa Cristina Marques de Araújo – Universidade Fernando Pessoa
Profª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Profª Drª Andrezza Miguel da Silva – Faculdade da Amazônia
Profª Ma. Anelisa Mota Gregoleti – Universidade Estadual de Maringá
Profª Ma. Anne Karynne da Silva Barbosa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Antonio Hot Pereira de Faria – Polícia Militar de Minas Gerais
Prof. Me. Armando Dias Duarte – Universidade Federal de Pernambuco
Profª Ma. Bianca Camargo Martins – UniCesumar
Profª Ma. Carolina Shimomura Nanya – Universidade Federal de São Carlos
Prof. Me. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Ma. Cláudia de Araújo Marques – Faculdade de Música do Espírito Santo
Profª Drª Cláudia Taís Siqueira Cagliariari – Centro Universitário Dinâmica das Cataratas
Prof. Me. Clécio Danilo Dias da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Me. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Profª Ma. Daniela da Silva Rodrigues – Universidade de Brasília
Profª Ma. Daniela Remião de Macedo – Universidade de Lisboa
Profª Ma. Dayane de Melo Barros – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Me. Douglas Santos Mezacas – Universidade Estadual de Goiás

Prof. Me. Edevaldo de Castro Monteiro – Embrapa Agrobiologia
Prof. Me. Eduardo Gomes de Oliveira – Faculdades Unificadas Doctum de Cataguases
Prof. Me. Eduardo Henrique Ferreira – Faculdade Pitágoras de Londrina
Prof. Dr. Edwaldo Costa – Marinha do Brasil
Prof. Me. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita
Prof. Me. Ernane Rosa Martins – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás
Prof. Me. Euvaldo de Sousa Costa Junior – Prefeitura Municipal de São João do Piauí
Profª Ma. Fabiana Coelho Couto Rocha Corrêa – Centro Universitário Estácio Juiz de Fora
Prof. Me. Felipe da Costa Negrão – Universidade Federal do Amazonas
Profª Drª Germana Ponce de Leon Ramírez – Centro Universitário Adventista de São Paulo
Prof. Me. Gevair Campos – Instituto Mineiro de Agropecuária
Prof. Me. Givanildo de Oliveira Santos – Secretaria da Educação de Goiás
Prof. Dr. Guilherme Renato Gomes – Universidade Norte do Paraná
Prof. Me. Gustavo Krahl – Universidade do Oeste de Santa Catarina
Prof. Me. Helton Rangel Coutinho Junior – Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro
Profª Ma. Isabelle Cerqueira Sousa – Universidade de Fortaleza
Profª Ma. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Me. Javier Antonio Alborno – University of Miami and Miami Dade College
Prof. Me. Jhonatan da Silva Lima – Universidade Federal do Pará
Prof. Dr. José Carlos da Silva Mendes – Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social
Prof. Me. Jose Elyton Batista dos Santos – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Me. José Luiz Leonardo de Araujo Pimenta – Instituto Nacional de Investigación Agropecuaria Uruguay
Prof. Me. José Messias Ribeiro Júnior – Instituto Federal de Educação Tecnológica de Pernambuco
Profª Drª Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Profª Ma. Juliana Thaisa Rodrigues Pacheco – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Kamilly Souza do Vale – Núcleo de Pesquisas Fenomenológicas/UFPA
Prof. Dr. Kárpio Márcio de Siqueira – Universidade do Estado da Bahia
Profª Drª Karina de Araújo Dias – Prefeitura Municipal de Florianópolis
Prof. Dr. Lázaro Castro Silva Nascimento – Laboratório de Fenomenologia & Subjetividade/UFPR
Prof. Me. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Ma. Lillian Coelho de Freitas – Instituto Federal do Pará
Profª Ma. Liliani Aparecida Sereno Fontes de Medeiros – Consórcio CEDERJ
Profª Drª Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Lucio Marques Vieira Souza – Secretaria de Estado da Educação, do Esporte e da Cultura de Sergipe
Prof. Me. Luis Henrique Almeida Castro – Universidade Federal da Grande Dourados
Prof. Dr. Luan Vinicius Bernardelli – Universidade Estadual do Paraná
Prof. Dr. Michel da Costa – Universidade Metropolitana de Santos
Prof. Dr. Marcelo Máximo Purificação – Fundação Integrada Municipal de Ensino Superior

Prof. Me. Marcos Aurelio Alves e Silva – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Profª Ma. Maria Elanny Damasceno Silva – Universidade Federal do Ceará

Profª Ma. Marileila Marques Toledo – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

Prof. Me. Ricardo Sérgio da Silva – Universidade Federal de Pernambuco

Profª Ma. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal

Prof. Me. Robson Lucas Soares da Silva – Universidade Federal da Paraíba

Prof. Me. Sebastião André Barbosa Junior – Universidade Federal Rural de Pernambuco

Profª Ma. Silene Ribeiro Miranda Barbosa – Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão

Profª Ma. Solange Aparecida de Souza Monteiro – Instituto Federal de São Paulo

Prof. Me. Tallys Newton Fernandes de Matos – Faculdade Regional Jaguaribana

Profª Ma. Thatianny Jasmine Castro Martins de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Prof. Me. Tiago Silvio Dedoné – Colégio ECEL Positivo

Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Farmácia na atenção e assistência à saúde

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira
Bibliotecária: Janaina Ramos
Diagramação: Luiza Alves Batista
Correção: Kimberly Elisandra Gonçalves Carneiro
Edição de Arte: Luiza Alves Batista
Revisão: Os Autores
Organizadora: Débora Luana Ribeiro Pessoa

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F233 Farmácia na atenção e assistência à saúde / Organizadora
Débora Luana Ribeiro Pessoa. – Ponta Grossa - PR:
Atena, 2020.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5706-672-0

DOI 10.22533/at.ed.720201512

1. Farmácia. 2. Saúde. I. Pessoa, Débora Luana Ribeiro
(Organizadora). II. Título.

CDD 615

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos.

APRESENTAÇÃO

A coleção “Farmácia na Atenção e Assistência à Saúde” é uma obra que tem como foco principal a apresentação de trabalhos científicos diversos que compõe seus capítulos, relacionados às Ciências Farmacêuticas. O volume abordará de forma categorizada e interdisciplinar trabalhos, pesquisas, relatos de casos e/ou revisões que transitam nas diversas áreas de atuação do profissional Farmacêutico.

O objetivo central foi apresentar de forma sistematizada e objetivo estudos desenvolvidos em diversas instituições de ensino e pesquisa do país. Em todos esses trabalhos a linha condutora foi o aspecto relacionado à atenção e assistência farmacêutica, farmácia clínica, produtos naturais, fitoterapia e áreas correlatas. Estudos com este perfil são de extrema relevância, especialmente para a definição de políticas públicas de saúde e a implementação de medidas preventivas na atenção à saúde.

Temas diversos e interessantes são, deste modo, discutidos aqui com a proposta de fundamentar o conhecimento de acadêmicos, mestres e todos aqueles que de alguma forma se interessam pelas Ciências Farmacêuticas, pois apresenta material que demonstre estratégias, abordagens e experiências com dados de regiões específicas do país, o que é muito relevante, assim como abordar temas atuais e de interesse direto da sociedade.

Deste modo a obra “Farmácia na Atenção e Assistência à Saúde” apresenta uma teoria bem fundamentada nos resultados obtidos pelos pesquisadores que, de forma qualificada desenvolveram seus trabalhos que aqui serão apresentados de maneira concisa e didática. Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Débora Luana Ribeiro Pessoa

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

AUTOMEDICAÇÃO E USO IRRACIONAL DE MEDICAMENTOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Dimas Edon de Lima Silva
Samantha Vitoria Silva Jorge
Lidiany da Paixão Siqueira

DOI 10.22533/at.ed.7202015121

CAPÍTULO 2..... 15

PERFIL DOS USUÁRIOS DOS MEDICAMENTOS DISPENSADOS PELO PROGRAMA FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL EM UMA DROGARIA DE SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

Alex Elias dos Santos
Maria Luciene Tenório de Amorim
Lidiany da Paixão Siqueira

DOI 10.22533/at.ed.7202015122

CAPÍTULO 3..... 24

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS PRESTADOS PELA FARMÁCIA ESCOLA EM JOINVILLE-SC

Januaria Ramos Pereira Wiese
Deise Schmitz Bittencourt
Graciele Schug Gonçalves
Heidi Pfützenreuter Carstens

DOI 10.22533/at.ed.7202015123

CAPÍTULO 4..... 33

PROTOCOLO DE MANEJO DA CETOACIDOSE DIABÉTICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Bruno César Fernandes
Diego Bezerra de Souza
Flávio Henrique Souza de Araújo
Jaqueline Bernal
Luis Henrique Almeida Castro
Mariella Rodrigues da Silva
Raquel Borges de Barros Primo

DOI 10.22533/at.ed.7202015124

CAPÍTULO 5..... 43

FATORES RELACIONADOS À ADESÃO AO TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO DE DIABETES MELLITUS

Bruno César Fernandes
Diego Bezerra de Souza
Flávio Henrique Souza de Araújo
Jaqueline Bernal
Luis Henrique Almeida Castro

Mariella Rodrigues da Silva
Raquel Borges de Barros Primo
DOI 10.22533/at.ed.7202015125

CAPÍTULO 6.....52

IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA PARA PACIENTES COM HANSENÍASE

Maria Tatiane Gomes Bezerra
Cindy Siqueira Britto Aguilera
Aline Silva Ferreira
Alessandra Cristina Silva Barros
Natália Millena da Silva
Camila Gomes de Melo
Marcos Victor Gregório de Oliveira
Victor de Albuquerque Wanderley Sales
Paulo César Dantas da Silva
Laysa Creusa Paes Barreto Barros Silva
Pedro José Rolim Neto
Taysa Renata Ribeiro Timóteo

DOI 10.22533/at.ed.7202015126

CAPÍTULO 7.....63

PERFIL DOS USUÁRIOS E DOS MEDICAMENTOS DISPENSADOS PELO PROGRAMA AQUI TEM FARMÁCIA POPULAR DO BRASIL EM DROGARIA PRIVADA NO MUNICÍPIO DE CARUARU-PE

Antoniél Siqueira de Oliveira
Isabella Soares Dias
João Paulo de Melo Guedes

DOI 10.22533/at.ed.7202015127

CAPÍTULO 8.....74

ANÁLISE DA AUTOMEDICAÇÃO POR JOVENS EM ÂMBITO ACADÊMICO NA INSTITUIÇÃO UNIFAVIP/WYDEN

Taísa Gabriela Barbosa da Silva
Jaqueline Maria de Almeida
João Paulo de Mélo Guedes

DOI 10.22533/at.ed.7202015128

CAPÍTULO 9.....83

PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA COM ÊNFASE NA DISPENSAÇÃO E ACOMPANHAMENTO FARMACOTERAPÊUTICO: UMA REVISÃO

Lavínia Adelina da Silva
Tibério César Lima de Vasconcelos

DOI 10.22533/at.ed.7202015129

CAPÍTULO 10.....95

ESTUDO SOBRE A HIPERTENSÃO ESSENCIAL EM USUÁRIOS DE CLÍNICAS FARMACÊUTICAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Nathiely Rauanne Silva

Alessandra Raphaella Pereira de Lira Pessoa

João Paulo de Melo Guedes

DOI 10.22533/at.ed.72020151210

CAPÍTULO 11..... 102

**AVALIAÇÃO DO PERFIL DE ACEITABILIDADE DE GENÉRICOS E SIMILARES POR
CLIENTES DE UMA DROGARIA NO MUNICÍPIO DE CUIPIRA, PERNAMBUCO, BRASIL**

Alanna Larissa Ferreira de França

Antônio Américo de Souza Neto

Cristiane Gomes Lima

DOI 10.22533/at.ed.72020151211

CAPÍTULO 12..... 114

**A IMPORTÂNCIA DA TRIAGEM MEDIANTE CONSULTA FARMACÊUTICA NO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

Claudia Mayara Amorim de Oliveira

João Paulo de Melo Guedes

DOI 10.22533/at.ed.72020151212

CAPÍTULO 13..... 125

**PANORAMA DO CONSUMO DE BENZODIAZEPÍNICOS, EM FARMÁCIAS PÚBLICAS,
NA REGIÃO LITORÂNEA SUL DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO**

Betânia Dias Barbosa

Bethânia Ribeiro Almeida Santiliano

Camilla Dellatorre Teixeira

Fabiano Costa Santiliano

Patrícia Miranda dos Santos

Raissa Costa Marvila

DOI 10.22533/at.ed.72020151213

CAPÍTULO 14..... 139

**FARMACOVIGILÂNCIA: ANÁLISE DO MONITORAMENTO DE INCIDENTES EM UM
HOSPITAL DO CEARÁ**

Viviane Nascimento Cavalcante

Ana Claudia de Brito Passos

Paulo Ricardo Merencio da Silva

Eudiana Vale Francelino

Késsia Cristiane de Oliveira Arruda

Carla Hemanuely Wanderley Santos Sekiguch

Maria Alana Lima de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.72020151214

CAPÍTULO 15..... 147

PROJETO RONDON: UM RELATO DE EXPERIENCIA EM EDUCAÇÃO

Manuela Negrelli Brunetti

Adriene de Freitas Moreno Rodrigues

Luciano Antonio Rodrigues

André Canali Pereira

Older Alves dos Santos Sant'Ana
Bruna Oliveira Siqueira Loose
Fernanda Lopes de Freitas Condi
Renato Travassos Beltrame

DOI 10.22533/at.ed.72020151215

CAPÍTULO 16..... 153

**A EXPERIÊNCIA MINEIRA DE DESCENTRALIZAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE
MEDICAMENTOS BÁSICOS PARA O SUS**

Cristian Correna Carlo

DOI 10.22533/at.ed.72020151216

CAPÍTULO 17..... 176

**POTENCIAIS INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS, ADESÃO TERAPÊUTICA E NÍVEL DE
CONHECIMENTO SOBRE A FARMACOTERAPIA NO DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Talita Batista Matos
Maria Patrícia Milagres
Lucas de Almeida Silva
Gildomar Lima Valasques Junior
Evely Rocha Lima
Erlania do Carmo Freitas
Mariana Souto Araujo
Caroline Silva dos Santos

DOI 10.22533/at.ed.72020151217

CAPÍTULO 18..... 191

**POTENCIAIS INTERAÇÕES MEDICAMENTO-ALIMENTO EM UM GRUPO DE IDOSOS
DO BAIRRO CIDADE OLÍMPICA EM SÃO LUÍS-MA**

Carlos Eduardo Hálabé Araújo
Lucydalva Lima Costa
Elizângela A. Pestana Motta

DOI 10.22533/at.ed.72020151218

CAPÍTULO 19..... 203

**IMPACTO DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NA ADMISSÃO HOSPITALAR DA PESSOA
VIVENDO COM HIV/AIDS EM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO SUS**

Lídia Einsfeld
Hernando Salles Rosa

DOI 10.22533/at.ed.72020151219

CAPÍTULO 20..... 213

**ANÁLISE DE SOLICITAÇÕES DE TESTES MICROBIOLÓGICOS PARA PACIENTES
COM PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE**

Caroline Ribeiro da Cunha
Tháís Cristine Marques Sincero

DOI 10.22533/at.ed.72020151220

CAPÍTULO 21.....220

A MACROSSOMIA FETAL E SUA RELAÇÃO COM O GANHO EXCESSIVO DE PESO EM MULHERES COM DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Dean Douglas Ferreira de Olivindo
Irizete Maria da Silva
Clédison Portela Morais
Aclênia Maria Nascimento Ribeiro
Gabriela Oliveira Parentes da Costa
Camilo José Soares Araújo
Lígia Maria Cabedo Rodrigues
Nadja Vanessa Dias de Oliveira
Daniella Mendes Pinheiro
Benício José da Silva
Francisco Santana Lima
Geana Rosa de Viveiros Oliveira

DOI 10.22533/at.ed.72020151221

CAPÍTULO 22.....228

CARCINOMA DE CÉLULAS ESCAMOSAS DA CAVIDADE ORAL: ASSOCIAÇÃO DO HÁBITO TABAGISTA NAS CONCENTRAÇÕES DOS ELEMENTOS QUÍMICOS

Anderson Barros Archanjo
Arícia Leone Evangelista Monteiro de Assis
Mayara Mota de Oliveira
Suzanny Oliveira Mendes
Aline Ribeiro Borçoi
Rafael Pereira de Souza
Rafael de Cicco
Leonardo Oliveira Trivilin
Christiano Jorge Gomes Pinheiro
Marcelo dos Santos
Breno Valentim Nogueira
Adriana Madeira Álvares-da-Silva

DOI 10.22533/at.ed.72020151222

CAPÍTULO 23.....238

VERIFICAÇÃO DO TEOR DE ÁLCOOL 70 % (p/p) DE AMOSTRAS MANIPULADAS E INDUSTRIALIZADAS

Zoraide Nunes de Alexandre Lopes
Lidiane dos Santos
Mariana Brandalise
Estela Schiavini Wazenkeski
Lucas Meirelles Machado

DOI 10.22533/at.ed.72020151223

CAPÍTULO 24.....247

CONTROLE DE QUALIDADE DE FORMAS FARMACÊUTICAS SÓLIDAS ORAIS COM ÊNFASE NA AVALIAÇÃO DA CINÉTICA DE DISSOLUÇÃO

Aníbal de Freitas Santos Júnior

Fernanda de Souza Dias
Laura Beatriz Souza e Souza
Anderson Silva de Oliveira
Vagner Cardoso da Silva
Hemerson Iury Ferreira Magalhães

DOI 10.22533/at.ed.72020151224

CAPÍTULO 25.....258

O USO DE FITOTERÁPICOS PARA TÁTICAS DE EMAGRECIMENTO

Kelly Karolling dos Santos
Dilcelly Gomes da Costa
Flávia Yuki de Souza Shibata
Francidalva Lopes Nogueira
Gleudson Everton Costa do Amaral Ferreira
Mayara Teles Barata da Silva
Antonio dos Santos Silva

DOI 10.22533/at.ed.72020151225

CAPÍTULO 26.....267

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS EM FITOTERAPIA EM ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Eurislene Moreira Antunes Damasceno
Luiza Augusta Rosa Rossi-Barbosa
Mariella Miranda Evangelista
Bianca Montalvão Santana Camargo
Heloísa Helena Barroso
Ricardo Lopes Rocha
Maronne Quadros Antunes
Patrícia de Oliveira Lima
Herlon Fernandes de Almeida
Marcos Luciano Pimenta Pinheiro

DOI 10.22533/at.ed.72020151226

CAPÍTULO 27.....280

FARMACOGENÉTICA: AVANÇOS E DESAFIOS NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

Tamires Araújo da Silva Nilo
Lidiany da Paixão Siqueira

DOI 10.22533/at.ed.72020151227

SOBRE A ORGANIZADORA.....291

ÍNDICE REMISSIVO.....292

A EXPERIÊNCIA MINEIRA DE DESCENTRALIZAÇÃO DA AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS BÁSICOS PARA O SUS

Data de aceite: 01/12/2020

Data de submissão: 18/09/2020

Cristian Correna Carlo

Universidade Salgado de Oliveira.
Belo Horizonte, MG.

<http://lattes.cnpq.br/7624007052664993>

RESUMO: Este trabalho aborda o tema da descentralização administrativa do Estado brasileiro e em especial, a Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF) de Minas Gerais. Utilizou-se de análises de documentos oficiais dos programas mineiros, análise de artigos especializados e entrevistas com servidores em posições estratégicas no governo mineiro. O objetivo deste trabalho foi o de construir o percurso institucional, desde o primeiro programa de assistência farmacêutica em Minas Gerais até a total descentralização do processo de aquisição de medicamentos básicos ocorrida com a ERAF, além de evidenciar a nova organização logística para aquisição de medicamentos básicos pelos municípios. Os resultados sugerem melhorias de eficiência pela redução do custo logístico e dos preços médios de aquisição, além de melhorias na eficácia pelo incremento de volume e variedade dos insumos de saúde. Ao mesmo tempo, evidencia possíveis efeitos como o aumento significativo das transações comerciais entre fornecedores e Municípios, além da necessidade de desenvolvimento e capacitação para a gestão dos SUS em nível local.

PALAVRAS-CHAVE: Descentralização, Regionalização, assistência farmacêutica, medicamentos, SUS.

ABSTRACT: This paper addresses the subject of administrative decentralization of the Brazilian State and in particular, the Regionalization Strategy for Pharmaceutical Assistance (ERAF) of Minas Gerais. Were used analysis of official documents, analysis of specialized articles and interviews with public agents in strategic positions in the government. This work aimed to build the institutional path, from the first pharmaceutical assistance program in Minas Gerais to the total decentralization model of basic drug acquisition process that took place with ERAF. The results suggest improvements in efficiency by reducing the logistical cost and average purchase prices and improvements in efficiency by increasing the volume and variety of health supplies. At the same time, it highlights possible effects such as significant increase in commercial transactions between suppliers and counties and the need for development and training at local level.

KEYWORDS: Decentralization, Regionalization, pharmaceutical assistance, medicines, SUS.

1 | INTRODUÇÃO

A reforma do Estado brasileiro ocorreu ao longo da década de 1990 e trazia em seu bojo uma diretriz inequívoca, a descentralização. Na área da saúde, embora o Sistema Único de Saúde (SUS) seja considerado um caso bem-sucedido na promoção da descentralização de

suas atividades, a assistência farmacêutica encontrou problemas em fazê-la.

As primeiras ações partiram dos estados do Paraná (1995), São Paulo (1995) e Minas Gerais (1997) que implantaram políticas estaduais de assistência farmacêutica, rompendo com o modelo federal centralizado existente à época. No caso do estado de Minas Gerais, estruturou-se pela primeira vez um programa de assistência farmacêutica em 1997, e a partir de então, completaram-se duas décadas até que os municípios ficassem integralmente responsáveis por adquirir medicamentos básicos para o SUS, em um relacionamento mais estreito com os laboratórios fornecedores.

Com um novo arranjo institucional, iniciou-se em 2015 a Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF). A estratégia implementada pela Secretaria de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF) propôs uma nova pactuação para a assistência farmacêutica mineira, com maior autonomia para os municípios e menor participação operacional do estado. Com a Regionalização, o estado mineiro passou de executor, com a função de principal provedor do insumo para a saúde, para gestor qualificado do sistema de aquisição de medicamentos.

Dentro dessa temática e em vista da singularidade do momento de reconfiguração institucional, criou-se interesse pela análise acadêmica do processo histórico de descentralização da assistência farmacêutica mineira, o que influenciou no objetivo deste trabalho: *construir o percurso institucional até a descentralização da aquisição de medicamentos ocorrida em Minas Gerais com a estratégia da Regionalização, além de evidenciar a nova organização logística para aquisição pelos municípios mineiros dos medicamentos básicos do SUS.*

2 | A METODOLOGIA

No decorrer da pesquisa, de 2016 a 2018 (entrevistas em 2017), delineou-se a evolução institucional para a distribuição de medicamentos dentro dos programas mineiros de assistência farmacêutica à luz das referências teóricas pré e pós implantação, dados, informações e opiniões dos entrevistados sobre o processo de Regionalização.

Para tal, foram utilizados os seguintes instrumentos e métodos: a) entrevistas orais semiestruturadas (gravadas e não gravadas) realizadas com membros e ex-membros da Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF) totalizando aproximadamente 300 minutos. Os três entrevistados são profissionais experientes que já serviram em cargos de superintendência e/ou diretoria na SAF, tendo participação direta na formulação e implementação dos programas ao longo da trajetória mineira (Entrevistados 1, 2 e 3); b) entrevista-consulta aplicada a um representante do Tribunal de Contas do Estado (TCE) a fim de avaliar uma possível estratégia de integração de informações com a SES/MG (Entrevistado 4); c) coleção sistemática de informações estatístico-quantitativas e os fatos citados pertinentes, opiniões e/ou análises dos entrevistados (qualitativas) sobre o modelo centralizado no estado e o descentralizado nos municípios.

3 | A FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A prosperidade dos Estados capitalistas nos anos 1950 e 1960 não resistiu à combinação de alta inflação e forte processo recessivo, ocorridos na década de 1970. Logo as dificuldades abriram caminho para a volta de correntes de pensamentos liberais, a atribuir ao tamanho do Estado e seu elevado custo e ineficiência, as causas básicas das crises enfrentadas. Uma destas correntes foi a *Public Choice*, ou a *Teoria da Escolha Pública*. Ganhou força nos anos 1980 em função da conjunção de um processo recessivo mundial e altas taxas de inflação. Esta corrente contrapunha-se ao Estado *keynesiano* e preconizava a redução do tamanho do Estado como medida necessária diante da crise que se instaurava. Surge um novo pensamento liberal, o *neoliberalismo*. (Oliveira, 2006).

Para os teóricos, o Estado está sujeito a incorrer em mais **falhas** do que o mercado, no processo de produção/provisão de bens e serviços de sua responsabilidade, tornando-se recomendável reduzir ao máximo suas atividades – daí a concepção de **Estado mínimo** – e retransferir para o setor privado muitas de suas atuais atividades. Para essa escola, portanto, as falhas do mercado não justificam a intervenção do Estado na economia, porque além de não haver nenhuma garantia teórica de que serão corrigidas, a ação estatal pode apresentar **falhas** ainda mais grave para a eficiência do sistema. (Oliveira, 2006, p.25).

O ponto incisivo do pensamento da *Public Choice* é a quebra do modelo de uma burocracia unicamente orientada para implementar decisões de natureza política. Argumentava-se que, sujeitando-se a *lobbies*, a burocracia pública negligenciaria o interesse público em benefício de interesses particulares e pessoais. (Menicucci e Carneiro, 2012)

No entendimento da Teoria da Escolha Pública, o papel do Estado é orientado por nova estrutura de poderes a sustentar um Estado reduzido com administração descentralizada. Logo as recomendações internacionais passaram a incluir privatizações de estatais, descentralização da administração e reformas tributárias. No entanto, na prática, o que aconteceu foi uma desestabilização das bases federativas movida por uma disputa por verbas e investimentos, além do enfraquecimento de localidades ou estados menos influentes. (Oliveira, 2006).

Em pouco tempo o modelo da *Public Choice* se mostrou pouco capaz de transformar o Estado. A má coordenação das ações das esferas pelo poder central e o despreparo das administrações locais, dentre outras causas, resultaram em seguidos déficits fiscais. Assim, foi-se percebendo que, ao contrário de resolver o problema, a estratégia de descentralização acabou por gerar conflitos e comprometer a própria ideia de eficiência e eficácia, o que abriu caminho para críticas às medidas neoliberais e para o avanço de outra corrente de pensamento, a corrente neoclássica do *Neo* institucionalismo. (Oliveira, 2006).

O *Neo* Institucionalismo (ou Novo Institucionalismo) é uma proposta teórica que salienta a importância das regras (instituições) na geração e manutenção da estabilidade,

previsibilidade e cooperação. Neste contexto, as instituições, que são artefatos construídos pelos homens, delimitam o curso das ações, orientam as condutas dos atores e, por vezes, também constroem escolhas. No seu cerne, a corrente *Neo* institucionalista enxerga como grande desafio transformar a democracia em um conjunto de instituições que permitam um exercício continuado do poder. (Anastasia, 2002).

Foi então que, influenciados pelas novas correntes nos anos 1980 e 1990, governos promoveram esforços para modernizar e agilizar a administração pública. Os defensores das mudanças prometiam racionalizar o setor público para aumentar a eficiência, reduzir custos, reduzir tamanho e aumentar flexibilidade. Este movimento de reforma rapidamente atingiu os mais variados países e se tornou um movimento universal. (Kettl, 1999).

Naquele momento dois desafios se apresentavam inerentes à nova onda liberal (neoliberalismo): o de *organizar* governos que pudessem funcionar melhor custando menos (muitas vezes tendo que passar por profundas modificações na burocracia), e o de *decidir* (ou priorizar) o que o governo deveria fazer. Assim, em muitas reformas pelo mundo, as atenções foram concentradas em identificar as áreas do aparato estatal passíveis de redução. Em vários casos, foram utilizados mecanismos para “aparar” o Estado, tais como limitações nas dimensões do setor público, privatizações, descentralização para os governos subnacionais e a utilização de práticas de mercado. (Kettl, 1999).

Bresser Pereira (2002) entende que o movimento mundial de reforma do Estado deve ser compreendido no contexto de duas grandes forças que moldaram a sociedade contemporânea no século XX: a *globalização* (capitalismo global), no qual o capitalismo se posiciona como a grande força hegemônica e os mercados se tornam abertos à competição mundial; e a *democracia*, que pela primeira vez se apresenta como forma dominante de regime político. As reformas são, portanto, resposta ao crescimento das democracias e à globalização imperativa, na medida em que deixa claro para as nações que os países não são inimigos uns dos outros.

No Brasil, convencionou-se chamar de reforma do Estado a reestruturação institucional ocorrida na década de 1990. As reformas preconizavam um modelo gerencial para a atuação do Estado que incluía a competição administrativa, controle de resultados, além da busca de eficiência (qualidade/custo) e avaliação de eficácia das decisões. Neste novo arranjo, a descentralização político-administrativa foi ponto crucial na engenharia política do momento, assumindo posição de destaque na reforma. (Limana, 1999).

O objetivo das reformas foi o de constituir no Brasil um aparelho estatal mais forte e eficiente, e compreendeu três dimensões: *institucional-legal* (voltada para descentralização da estrutura organizacional do Estado e a criação de novos formatos organizacionais como as agências executivas, regulatórias e as organizações sociais); de *gestão* (voltada para a maior autonomia e novas formas de responsabilização dos gestores); e a *cultural* (voltada à institucionalização dos processos de administração gerencial). (Bresser Pereira, 2002).

Mas para tanto, uma burocracia descentralizada para estados e municípios exigiria do Estado maior capacidade para promover a descentralização administrativa. Logo, seria necessária uma gama de políticas relevantes indutoras da adesão dos governos municipais ao processo de descentralização. (Arretche, 1999).

3.1 O Processo de Regulamentação do SUS e as Estratégias Relacionadas à Descentralização da Saúde

O processo de descentralização da saúde começou de forma incipiente antes da criação do SUS. Em 1987, influenciado pelas proposições da 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada um ano antes, foi aprovado o decreto que visava dinamizar a evolução do processo de descentralização das políticas de saúde, criando os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (Suds) em preparação para um sistema de saúde por vir. (Scorel, 2012). (Cohn, 2008). (Bravo, 2001).

No decreto do Suds foram estabelecidas as diretrizes propostas, das quais se destacaram a transferência dos serviços de saúde para os estados e municípios, o estabelecimento de um gestor único de saúde em cada esfera de governo e a transferência para os níveis descentralizados dos instrumentos de controle sobre o setor privado. (Scorel, 2012).

Pouco depois, com a promulgação da constituição de 1988 ficou instituído um sistema único, universal, gratuito, de acesso à atenção integral e com equidade. O modelo de atenção seria descentralizado, regionalizado e hierarquizado. (Cohn, 2008).

Vale ressaltar que o ideário do movimento de reforma sanitária, tão influente na proposição dos princípios do SUS na constituição de 1988, posicionava-se na contracorrente das tendências hegemônicas liberais dos anos 1980, a de redução do Welfare State (Estado de Bem Estar Social). Por isso é importante compreender, no contexto de reforma do Estado e das políticas públicas da área da saúde, que o processo de descentralização aparece como uma diretriz conciliadora, a assumir frente nas duas correntes de pensamento que competiam naquele período. Há relativo consenso de que o processo de descentralização representou um ponto em comum entre as correntes de pensamento liberal e o pensamento da reforma sanitária defendido na 8ª Conferência Nacional de Saúde. (Motta e Laurell, 2001).

Após a promulgação da Constituição, o sistema único foi instituído por duas leis orgânicas, ambas de 1990. Nelas foram reformulados os papéis governamentais na prestação de serviços e na gestão do sistema de saúde. (Noronha, Lima e Machado, 2012).

A primeira Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990, dispunha sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização dos serviços correspondentes; enquanto a segunda, Lei Orgânica da Saúde nº 8.142, abordava a participação das comunidades na gestão dos Sistema Único de Saúde. (Cohn, 2008).

Ao longo do seu processo de consolidação, o SUS foi sendo regulamentado por meio de portarias do Ministério da Saúde, as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS). As mais importantes para a compreensão dos movimentos de descentralização federativa, além das leis orgânicas de 1990, são a NOB de 1991, 1992, 1993 e 1996. Assim, com o tempo, de NOB em NOB, a descentralização avançou “esculpida a golpes de portaria” (Gular, *apud* Spedo, Tanaka e Pinto, 2009).

A descentralização do financiamento neste contexto, principalmente o repasse fundo-a-fundo do governo federal aos municípios, foi definida na NOB 01/91 e NOB 01/92, mas foi principalmente depois da regulamentação da NOB 01/93 que este instrumento ganhou força e se tornou mais efetivo no processo de reformas. (Gular, *apud* Spedo, Tanaka e Pinto, 2009).

Após o impedimento do presidente Collor de Melo e a edição da Norma Operacional Básica NOB 01/93, o movimento descentralizador ganhou novo impulso com intensificação do projeto municipalista e a efetiva transferência fundo a fundo, do Governo Federal para os municípios habilitados no nível semi-pleno. (Cordeiro, 2001). (Motta e Laurel, 2001).

Ao abordar o processo de descentralização do SUS, percebe-se que a diretriz organizacional de descentralização operacional da assistência em saúde já se encontrava presente nos textos das Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080 e nº 8142), de caráter estruturante e operativo para o SUS, sendo ratificada mais tarde pela NOB SUS 01/93. (Beltrammi, 2008).

Vale ressaltar o fato de que a NOB SUS 01/93 surgiu em meio ao movimento municipalista o que acabou por evidenciar e dinamizar o reconhecimento da necessidade de se traçar uma estratégia de transição para o modelo descentralizado. Assim, buscou-se regulamentar o processo estipulando classificações para os níveis de descentralização do SUS. Criou-se níveis crescentes de gestão municipal e estadual, até o nível de gestão plena. (Spedo, Tanaka e Pinto, 2009). (Motta e Laurell, 2001).

Descentralizar implicava que as esferas estaduais e municipais teriam maior autonomia e responsabilidades na criação e implementação de ações de prestação de serviços de saúde. Assim, a estratégia descentralizadora promoveria maior democratização do processo decisório e aumento da capacidade de resposta do Estado aos problemas de saúde da população. No entanto, devido à heterogeneidade dos problemas de saúde pelo território brasileiro, às diferentes tecnologias envolvidas nos tratamentos, aos distintos níveis de especialização e à complexidade e custo do sistema, seria necessário organizar uma rede eficiente e sem ociosidade. Assim, na avaliação dos gestores públicos, para promover a eficácia dos serviços seriam necessárias duas outras estratégias operacionais, a regionalização e a hierarquização. (Noronha, Lima e Machado, 2008).

As estratégias de descentralização, regionalização e hierarquização, que passaram a ser complementares no novo contexto operativo da saúde pública brasileira, deveriam

respeitar diversidades loco-regionais, deveriam ser implantadas de forma paulatina e progressiva e precisariam reconhecer a importância das relações de parceria entre os gestores do sistema. (Motta e Laurel, 2001).

A regionalização e hierarquização do atendimento significava que seria preciso definir níveis de atenção à saúde. Enquadrariam como serviços básicos os de nível ambulatorial, ou seja, de baixa tecnologia, execução simples e de ampla cobertura territorial (vacinas, consultas e partos normais, como exemplos). Em níveis mais complexos ou especializados estariam hospitais e outras unidades capazes de realizar serviços menos frequentemente necessários, para os quais não se poderia admitir ociosidade: cirurgias cardíacas, ressonância nuclear magnética e transplantes de medula, por exemplo. Seria necessário que os usuários fossem encaminhados para unidades mais complexas do sistema e retornassem em seguida à sua unidade de origem (nível mais básico do sistema) para acompanhamento. Isso promoveria fluxo adequado de informação entre as unidades, sejam hospitais, postos de saúde, ambulatorios ou unidades privadas credenciadas pelo SUS. (Motta e Laurel, 2001).

Em 1996 a NOB SUS 01/96 buscou, dentre outros objetivos, promover e consolidar o pleno exercício do poder público municipal na função de gestor da saúde. Para tal visou a melhoria da definição de responsabilidades dos entes federativos, o aumento dos repasses regulares “fundo a fundo” do governo Federal e a implantação de novos e melhores mecanismos de incentivos financeiros, sempre efetivados de acordo com critérios de capacitação e organização dos diferentes estados e municípios da federação. (Motta e Laurell, 2001).

No início da década de 2000, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS 01/2001, o Ministério da Saúde propôs instrumentos de regionalização conduzidos pelas secretarias estaduais de saúde, no intuito de ampliar a capacidade de gestão do SUS e de “[...] regular a competição entre municípios para a incorporação de tecnologias mais complexas e de maior custo, a dar prioridade ao aumento da resolubilidade nos diversos níveis de cuidados de saúde”. (Cordeiro, 2001, p.325)

Como última observação, destaca-se a visão de Spedo, Tanaka e Pinto (2009) sobre o processo de regulamentação para descentralização do SUS. Os autores sustentam a percepção de ter havido certa rigidez normativa e excessivo detalhamento de instrumentos, o que impôs consideráveis limitações à descentralização. Desconsiderou-se as diferentes realidades locais e a assimetria organizacional dos municípios. O resultante desta rigidez e excessivo detalhamento foram sistemas municipais de saúde com diferentes potenciais resolutivos, bastante atomizados e desarticulados, em uma estrutura de baixa cooperação e, por muitas vezes, a receber apoio técnico inadequado dos estados e União.

3.2 A Descentralização das Políticas de Assistência Farmacêutica

O mercado brasileiro de medicamentos até o início dos anos 1970 era dominado pelas grandes indústrias multinacionais, de caráter oligopolista. Assim, como reação, o governo brasileiro criou em 1971 a Central de Medicamentos (Ceme), uma autarquia ligada diretamente à Presidência da República que tinha o objetivo de promover e organizar o fornecimento de medicamentos àqueles que, por suas condições econômicas, não pudessem adquiri-los nas farmácias privadas. Nesta década, a cobertura da Ceme cresceu ao longo dos anos e atingiu 84% dos municípios brasileiros. (Marquesini e Carmo, 1980).

A partir da década de 1980, após o aumento da cobertura e do volume de medicamentos ocorridos no período anterior, decidiu-se por uma estratégia de racionalização da distribuição de medicamentos pelo uso de módulos-padrão. Desta forma foi instituído em 1987 o Programa Farmácia Básica (PFB). O novo programa distribuía um conjunto de medicamentos que buscava suprir a necessidade de uma população de 3 mil habitantes com um elenco de 48 medicamentos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) vigente à época. (Cosendey, et al, 2000).

O propósito era atender às doenças mais comuns, em particular aquelas de nível ambulatorial. Porém o módulo-padrão não contemplava a diversidade do território brasileiro com seus múltiplos perfis epidemiológicos, o que resultou em necessidades não contempladas e desperdícios de medicamentos não utilizados. Também ocorriam falhas de planejamento logístico (produção e distribuição) ocasionando o recebimento de medicamentos com datas de validade expiradas ou próximas ao vencimento. (Cosendey, et al, 2000).

Já nos primeiros anos da década de 1990, em um contexto de franca expansão do SUS, a participação do governo no fornecimento de medicamentos para o sistema público havia caído a, aproximadamente, um quinto do volume total demandado. A partir de então, ano após ano, a Ceme foi experimentando problemas de desmanche de sua estrutura e, em 1997, os escândalos de corrupção, ineficiência operacional e falta de medicamentos causaram a desativação da instituição. Pois foi exatamente neste contexto de inoperância do sistema Ceme, que três estados da federação, Paraná (1995), São Paulo (1997) e Minas Gerais (1997), elaboraram os primeiros programas de descentralização da distribuição de medicamentos essenciais para a atenção primária. Estes programas visavam garantir o fornecimento de medicamentos para as patologias mais frequentes, expandindo o acesso aos medicamentos da atenção primária de saúde para as camadas de baixa renda. (Cosendey, et al., 2000).

No caso de Minas Gerais, o programa de distribuição de medicamentos básicos foi, ao longo dos anos, sofrendo constantes mudanças. Sempre em contexto de crescimento do volume e da variedade do elenco de medicamentos básicos, foram várias as estratégias que visaram garantir a disponibilidade do medicamento na rede pública. Em 2015, após

graves problemas de abastecimento, iniciou-se a transição paulatina para o atual sistema, um modelo de distribuição totalmente descentralizado conhecido como *Regionalização*.

Já a partir de 2017, todos os municípios mineiros passaram a ser responsáveis pela gestão de compra, armazenamento e transporte dos medicamentos básicos do SUS, em um relacionamento mais direto com os diversos fornecedores, na sua quase totalidade laboratórios privados.

A Regionalização, nome oficial utilizado pela Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF) / Secretaria de Saúde (SES/MG), teve como estratégia fundamental a desativação da estrutura logística centralizada no estado e opção pela distribuição privada descentralizada.

4 | DISCUSSÃO: A DESCENTRALIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MINAS GERAIS

Logo no início do programa de assistência farmacêutica de Minas Gerais, decidiu-se por concentrar as ações de distribuição de medicamentos na Fundação Ezequial Dias (FUNED), que optou por um arranjo centralizado pois produzia a imensa maioria dos itens constantes no elenco básico do programa. O que não era produzido pela FUNED era adquirido de forma centralizada para obter os benefícios da compra em grande escala. Desta forma, pactuou-se entre os entes federativos que os recursos da União e dos municípios seriam colocados à disposição do estado mineiro para compra e distribuição centralizadas. O que se adquiria ou produzia ficava armazenado nas instalações da Fundação, que administrava a guarda e o transporte direto às Unidades Básicas de Saúde, as UBS. (Cosendey, et al., 2000). (Entrevistados 1 e 3).

Na primeira fase, o modelo centralizado obteve progressos e atingiu em 1999 uma cobertura de 100% dos municípios mineiros com população inferior a 20.000 habitantes. (Cosendey, et al., 2000). A partir da virada do século, a eficácia do programa reduziu, o que fez aumentar as faltas de medicamentos e as reclamações dos municípios. Os ciclos de aquisição eram poucos, três por ano, o que exigia dos municípios maiores estoques para suportar o longo período até um novo abastecimento. (Entrevistado 3).

Não havia sistema de informação que auxiliasse a gestão da distribuição dos medicamentos em Minas Gerais. Eram utilizadas planilhas eletrônicas e *e-mails* particulares para repassar os pedidos dos municípios, o que tornava muito difícil garantir a confiabilidade das informações repassadas já que não se dispunha de instrumentos como usuário e senha para garantir a autoridade ou mesmo a autenticidade da fonte. (Entrevistado 1).

Nos primeiros anos da década de 2000, em contexto de crescimento econômico do país, continuavam as falhas de distribuição relatadas pelos municípios mineiros, assim viu-se a necessidade de reformular o programa em 2008. Vislumbrou-se uma assistência farmacêutica para além de um programa de distribuição, além de metas de cobertura

mais ambiciosas também contava com estratégias para o foco na dispensação qualificada e melhoria dos serviços farmacêuticos para o uso racional. (Minas Gerais, 2008). (Entrevistados 1 e 2).

Com isso, a trajetória da assistência farmacêutica no estado de Minas Gerais entraria em nova fase.

4.1 O Programa Farmácia de Minas

O programa de assistência farmacêutica mineiro foi reestruturado em 2008, principalmente sob dois aspectos. O primeiro referia-se ao baixo nível das boas práticas farmacêuticas existentes na rede de distribuição, a ressaltar a baixa presença dos profissionais no SUS mineiro (pouco mais de quatrocentos farmacêuticos para os 853 municípios, com grande parte destes concentrados na capital), e o segundo dizia respeito à estruturação da rede de distribuição do programa. (Entrevistado 2).

Neste período, o estado contava com certa estrutura para dispensação, mas os municípios, com raras exceções, não contavam. Assim, o Estado buscou resolver os aspectos ligados à logística e às boas práticas, apoiando os municípios dentro do modelo centralizado já existente. (Entrevistado 2).

Constatou-se que não havia uma rede estruturada de unidades de dispensação no programa, o que dificultava o aprimoramento das boas práticas farmacêuticas. Assim, tomou-se a decisão de estruturar uma rede de dispensação, onde os medicamentos seriam adequadamente armazenados e dispensados aos cidadãos do município de forma orientada para a promoção do uso racional. Logo as unidades de dispensação do programa tornaram-se pontos de referência a centralizar o atendimento farmacêutico do município, reduzindo custos de distribuição em municípios com várias unidades de atendimento e garantindo a presença de pelo menos um profissional farmacêutico em tempo integral. (Entrevistado 1 e 2).

Um efeito perceptível a época foi que, com a melhoria da rede de dispensação, aumentou-se a demanda por medicamentos no sistema de distribuição do estado. Logo a gestão da rede de distribuição passou a ser vista como prioridade, ensejando adequação da estrutura operacional à nova realidade do programa. (Entrevistados 1, 2 e 3).

Tomando-se uma rede de suprimentos com 1.248 farmácias presentes nos 853 municípios e contando com 28 Gerências Regionais de Saúde (GRSs), percebe-se o esforço logístico que os gestores deveriam realizar para garantir a disponibilidade do medicamento básico nos pontos de dispensação, ou seja, nos pontos de entrega do medicamento ao usuário do sistema.



Figura 1 – Sistema Logístico do programa Farmácia de Minas.

Fonte: Minas Gerais, 2009.

Com a instituição de uma rede de distribuição pública que atingia todos os municípios mineiros a lidar com centenas de pontos de dispensação e armazéns regionais, foi necessário melhorar a gestão da informação e controle do fluxo de bens e serviços do programa. Foi então desenvolvido o Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF).

O *software* SIGAF destinava-se a todas as unidades em níveis estadual e municipal envolvidas com as atividades de Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. De concepção moderna, tornou-se o principal recurso de tecnologia de informação, permitindo cadastrar pacientes, gerir estoques, realizar controle de dispensação, programar medicamentos, realizar pedidos de aquisição ao estado, visualizar movimentações financeiras, produzir relatórios gerenciais, dentre outras funções. (Minas Gerais, 2009). (Minas Gerais, 2016).

Foi quando o elenco de medicamentos básicos aumentou em quase cinco vezes (tendo como referência o início do programa), quando a FUNED já não mais fornecia medicamentos básicos por opção de seu plano estratégico, a Secretaria de Saúde (SES) encontrava dificuldades para conseguir alvarás de funcionamento e enquanto os gestores públicos buscavam meios de conseguir maior flexibilidade na contratação de serviços, que se optou por uma mudança institucional importante, com a inclusão na rede de distribuição da figura do Operador Logístico. (Entrevistado 3).

Neste momento, obteve-se relativo consenso de que o mais adequado seria a manutenção do modelo centralizado no estado, uma vez um modelo descentralizado nos municípios perderia eficiência por pulverizar as compras e causar impacto no custo unitário dos medicamentos adquiridos, principalmente em um estado vasto com alto percentual

de municípios pequeno e médios. Assim, foi decidida a contratação de uma empresa especializada em gestão logística, um prestador de serviços logísticos. (Entrevistado 3).

Após uma licitação questionada pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE) e posteriormente alterada para permitir um leque concorrencial maior, o consórcio vencedor da licitação iniciou seus trabalhos em 2011, o que na prática, representou a terceirização das etapas de armazenamento e distribuição. No entanto, o operador logístico vencedor da licitação mostrou-se incapaz de realizar as operações com eficácia. As falhas de distribuição se multiplicavam e as soluções encontradas ou sugeridas nem sempre eram condizentes com as boas práticas de armazenagem e transporte de medicamentos. Um exemplo relatado foi a adoção da estratégia de entrepostos criada pelo operador logístico para manipular a carga e montar os pedidos dos municípios. Pouco se passou quando em 2013 foi realizada uma auditoria pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE) e constados vários problemas de desabastecimento no programa mineiro. (Entrevistado 1 e 2). (Minas Gerais, 2013)

4.2 Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF)

Convencidos os gestores públicos dos limites do modelo centralizado de rede de distribuição dentro das pretensões almejadas de eficiência e eficácia, o programa estadual passou em 2015 por uma nova concepção administrativa e operacional, a Estratégia de *Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF)*. Os conceitos aplicados no processo de Regionalização visavam, enquanto estratégia global para promover maior eficiência e eficácia da política, reduzir a participação do estado de Minas Gerais como operador do modelo e aumentar suas ações como gestor da política pública (Entrevistado 3).

Assim, para instituir a Regionalização foram definidas na deliberação CIB-SUS MG Nº 2.164, de 19 de agosto de 2015, três opções para a adesão dos municípios mineiros. A partir deste ano, o programa de assistência farmacêutica do estado de Minas Gerais passou a chamar programa Farmácia de Todos:

I – *Totalmente Centralizado no Município (TCM)*: Os recursos financeiros dos gestores federal, estadual e municipal são depositados no Fundo Municipal de Saúde e aplicados pelo município na aquisição dos medicamentos e produtos definidos no Anexo I da Re(Minas Gerais, 2016). lação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente.

II – *Parcialmente Centralizado no Município (PDM)*: Os recursos dos gestores federal e municipal são depositados no Fundo Municipal de Saúde, sendo aplicados pelo município na aquisição dos medicamentos e produtos definidos no Anexo I da RENAME vigente. O Estado fica responsável pela aplicação dos recursos relativos à sua contrapartida na aquisição de distribuição dos medicamentos e produtos, conforme definido nos anexos I e II desta Deliberação.

III – *Totalmente Centralizada no Estado (TCE)*: Os recursos financeiros do gestor federal, estadual e municipal são depositados no Fundo Estadual de Saúde e aplicados pelo estado na aquisição e distribuição dos medicamentos e produtos definidos nos anexos I e II desta Deliberação. (Minas Gerais, 2015b).

A Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica (ERAF) se apresentava como um sistema de cooperação técnica entre a Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF), Secretaria de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) e os municípios, a buscar melhorias na aquisição e distribuição de medicamentos básicos, como a ampliação do elenco disponível e o aumento do recurso financeiro para compra. Porém, com a definição de três possibilidades, a adesão a um sistema mais autônomo de gestão, o TCM, passou a ser uma opção gerencial de cada município. (Minas Gerais, 2016).

O processo de adesão dos municípios é importante para a presente análise porque pode indicar tendências para o futuro do sistema Regionalizado. Abaixo se encontram os dados de adesão pelo critério de porte. Os percentuais apresentados no Gráfico 1 referem-se à frequência de escolha da opção dentro das categorias de porte: GG – acima de um milhão de habitantes; G – até 999.000 habitantes; M – até 120.000 habitantes; P – até 50.000 habitantes e PP até 20.000 habitantes.

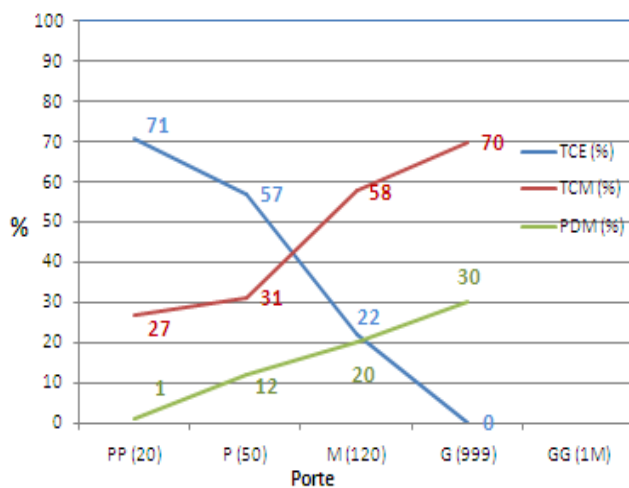


Gráfico 1 – Preferência (%) dos Municípios Mineiros por Porte.

Fonte: elaborado pelo autor com dados da CIB-SUS MG N° 2.064 (Minas Gerais, 2015a).

Pode-se verificar que, com o aumento do porte do município, aumenta também a preferência pelo modelo TCM em detrimento do TCE. Também é possível destacar que os municípios de maior porte mostram maior interesse em aderir ao modelo que mais atribui responsabilidades aos gestores municipais. No outro extremo, municípios pequenos

e médios, com menor infraestrutura e *know-how*, poderiam estar receosos em assumir o processo de compras de medicamentos básicos, o que justificaria uma opção de 71% e 57% para a modalidade TCE entre municípios até 20 mil e até 50 mil habitantes, respectivamente.

Para gerir as compras dos municípios, de acordo com a concepção de papel do estado como gestor do sistema, foi instituído um instrumento que visava zelar pela eficiência na aquisição de medicamentos, a Ata de Registro de Preços. As Atas de Registro de Preços possibilitaram ao estado mineiro executar a compra em escala e, ao mesmo tempo, utilizar a logística privada do setor de medicamentos. (Entrevistado 3).

As atas de registro de preços são um recurso usado na contratação de bens e serviços, por meio de licitação na modalidade de concorrência ou pregão, em que as empresas assumem o compromisso de fornecimento a preços e prazos registrados previamente. A contratação só é realizada quando melhor convier aos órgãos e às entidades que integram a ata. (Fiocruz, 2017).

Era necessário ao município aderir a uma ata de medicamento específica com preço já definido por negociação prévia, e posteriormente, de acordo com a demanda dos serviços de saúde municipais, efetuar um pedido de reposição. A partir de então, a entrega dos medicamentos partiria do fornecedor diretamente para esse município. Assim, a logística de distribuição utilizada no modelo é a da rede privada, ou seja, do fornecedor. (Entrevistado 3).

No entanto, observou-se que, quando os lotes de aquisição eram muito grandes, a curva da economia de escala se invertia ao restringir a concorrência a poucos laboratórios, o que reduzia a eficiência da aquisição. Assim, como forma de não restringir as licitações às grandes empresas com atas globais de volume gigantesco e considerando-se as significativas diferenças nas características regionais, optou-se por incentivar a concorrência com atas por regiões de Minas Gerais. (Entrevistado 3).

Ao avaliar as localizações dos laboratórios fornecedores em potencial, percebeu-se que se concentravam na região do Triângulo Mineiro e no sul do estado, com quase nenhuma presença nas regiões norte e nordeste. Diante da influência do custo operacional de distribuição no preço final do medicamento colocado no município, tomou-se a decisão de reunir uma região próxima e outra distante dos centros produtores em uma mesma ata. Esta estratégia de agrupamento de regiões para compor uma ata de registro de preço - dentro de uma legítima política logística de *“comeu o filé, tem que roer o osso”* - pode ser vista como uma forma de tratar com mais equidade as possíveis diferenças entre regiões distintas do estado de Minas Gerais. Somente o município de Belo Horizonte tem ata exclusiva de registro de preços, desta forma, todas as outras atas são compostas por associação de diferentes regiões. Pelo edital, as empresas fornecedoras são obrigadas a entregar pelo mesmo preço em qualquer lugar das regiões, independentemente do local do município ou do volume do pedido. (Entrevistado 3).

De acordo com a pactuação firmada no âmbito da ERAF entre SES/MG, Tribunal de Contas do Estado (TCE) e Ministério Público, o Município só poderá comprar “fora da ata” de registro de preços se conseguir adquirir a um preço inferior aos das atas do estado. Em caso de inadimplência do Município, foi definido que o estado poderia suspender o acesso dos usuários às atas, assim como ao repasse de recursos. (Entrevistado 3).

Com o passar dos meses e as primeiras avaliações positivas advindas dos dados e análise dos administradores públicos mineiros, tomou-se a decisão de estender a opção TCM à totalidade dos municípios mineiros de forma compulsória, o que foi realizado em 2017. Assim, a partir deste ano, a exceção de pequeno grupo de 30 a 40 municípios (que por terem optado pelo modo Parcialmente Descentralizado no Município e por serem classificados como de Gestão Plena dos Fornecedores, não aderiram ao projeto da Regionalização), todos os outros municípios mineiros passaram a administrar seus recursos financeiros no formato Totalmente Centralizado no Município (TCM). (Entrevistado 3).

Os primeiros resultados apresentados pelas Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF) indicaram possíveis casos de demanda reprimida dos municípios, uma vez que se verificou um forte aumento do volume comprado em ata, em comparação com o volume adquirido no modelo centralizado. (Entrevistado 3).

Os dados sobre o desempenho da estratégia de Regionalização compararam o modelo atual ao centralizado. No modelo centralizado o estado de Minas Gerais atendeu em 2015 apenas 65% dos pedidos dos municípios. Em 2016, com a estratégia de Regionalização, o sistema de fornecimento de medicamentos básicos atendeu o equivalente a 125% do volume solicitado no ano anterior. Ainda, quando avaliado o volume dos cinco medicamentos mais fornecidos pela assistência farmacêutica mineira, constatou-se um aumento de 457% nos quantitativos pedidos. Também é relatado um aumento do elenco de medicamentos básicos disponíveis de 145 para 340 variedades no sistema de compras públicas. (Filho et al, 2016).

Do ponto de vista da eficiência da política pública, ressalta-se a avaliação realizada a partir dos dados de custos de medicamentos adquiridos pelo estado e pelos municípios. Comparando-se os valores unitários, 73% dos 319 lotes analisados continham valores de aquisição favoráveis ao estado mineiro, ou seja, as atas homologadas pela SES eram mais vantajosas em 73% dos casos. (Filho et al, 2016).

Outro fato a merecer consideração foi o aumento dos recursos para aquisição de medicamentos que a ERAF possibilitou. A assistência farmacêutica brasileira é financiada por Municípios, Estados e União, cada qual a contribuir para um fundo tripartite. O desinvestimento em estrutura logística possibilitou ao estado de Minas Gerais um incremento adicional na sua contribuição. Logo, o custo da estrutura logística pôde ser reinvestido em forma de aumento do financiamento. (Entrevistado 3). De fato, é relatado por Filho et al (2016) um aumento de R\$ 0,99 (noventa e nove centavos) por habitante por ano aos municípios que aderiram à ERAF na sua fase não compulsória.

Ainda vale destacar a possibilidade de que as licitações do programa, com o aumento do volume e do número de itens no elenco de medicamentos, tenham atraído muitos laboratórios farmacêuticos (fornecedores) e contribuído para uma maior concorrência, o que justificaria a redução constatada do custo médio do insumo. (Entrevistado 3).

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência farmacêutica do estado de Minas Gerais vem percorrendo um caminho cheio de percalços, erros e acertos. Os variados arranjos institucionais propostos pelos gestores públicos tentaram, ao longo dos anos, fornecer ao cidadão o medicamento em quantidade adequada à demanda.

Diante dos fatos e dados contidos nesta pesquisa, pôde-se identificar três fases distintas nos processos de aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos básicos em Minas Gerais. A primeira fase (programa Farmácia Essencial) foi um período com características de “*implantação*” de modelo. Com o protagonismo da FUNED, estruturou-se um modelo de aquisição e distribuição centralizado no estado. Esta primeira fase teve o grande mérito de romper com o sistema Ceme e organizar a primeira estrutura pública em Minas Gerais. Perdurou até 2007, quando o programa Farmácia de Minas trouxe mudanças importantes.

A segunda fase, de 2008 a 2014, se caracterizou como uma etapa de “*estruturação*” do sistema. Isto porque foi instituído um programa que buscou dar maior eficácia à política pública. Foi estruturada uma rede de distribuição com pontos de dispensação em cada município e criado um sistema de informações para auxiliar na gestão, o SIGAF. Deste período destacam-se a inegável melhoria dos serviços prestados com a estruturação da rede pública de distribuição e a maior atenção à dispensação qualificada com orientação para o uso racional.

Fato que merece atenção é a provável relação citada pelos entrevistados entre a melhoria da estrutura de distribuição e dispensação e o aumento dos volumes fornecidos pelo estado neste período. Esta relação poderia indicar uma demanda não atendida advinda dos municípios, naquele momento minimizada pela melhoria da estrutura do programa.

Ainda dentro do intuito de estruturação do sistema centralizado e melhoria da prestação de serviços ao usuário SUS, foi tomada outra decisão importante, a introdução de um operador logístico. No entanto os resultados indicaram baixa eficácia do modelo terceirizado. As possíveis causas para as dificuldades apresentadas repousam sobre a hipótese de que, ao permitir um consórcio composto por empresas de especialidades logísticas diferentes (uma de armazenamento e outra de distribuição física), a gestão do sistema teria sido dificultada, inclusive com entraves relacionados a integração entre os sistemas informatizados dos prestadores de serviços e o SIGAF.

A última fase pode ser caracterizada pelo foco na “gestão” do programa. Rompeu-se com o sistema logístico centralizado e instituiu-se a partir de 2015 um modelo onde o estado mineiro passou a assumir mais as funções de gestão e menos as de executor do sistema. A Regionalização (nome oficial) buscou descentralizar as atividades de aquisição e reduzir os custos da estrutura pública centralizada. Na prática, a Secretaria de Saúde (SES) e a Superintendência de Assistência Farmacêutica (SAF), ao descentralizar a aquisição física por meio da utilização da Ata de Registro de Preços, implantam um sistema que substitui a estrutura estatal pela de mercado

O emprego da logística privada para a entrega aos municípios, reduziu a necessidade de infraestrutura pública, que demandava grande monta de recursos e, ainda sim, continuava a representar um gargalo logístico. Deve-se ressaltar o importante fato de que, com a Regionalização, a capacidade de investimento em logística do estado de Minas Gerais não mais representa um gargalo para o atendimento da demanda dos municípios.

A mudança na estrutura de distribuição do programa parece ser um dos pontos mais importantes para a construção da identidade do modelo regionalizado. De acordo com esta pesquisa, desde sua instituição, a assistência farmacêutica em Minas Gerais apresentou três modelos de rede de distribuição de medicamentos básicos para o SUS.

O primeiro modelo foi o *centralizado com predomínio de fornecimento público*, que transcorreu enquanto a FUNED foi fornecedora majoritária do programa mineiro. O segundo modelo foi o *centralizado com predomínio do fornecimento privado*, quando o estado de Minas Gerais centralizava a aquisição e repasse aos municípios. Neste modelo a maior parte dos medicamentos básicos advinha de laboratórios privados, muitas vezes de grandes indústrias multinacionais. Por fim, o terceiro modelo, o *descentralizado com fornecimento privado*, quando as atividades logísticas exercidas pelo estado mineiro foram substituídas pelas atividades da iniciativa privada, com a entrega realizada pelos fornecedores diretamente ao município.

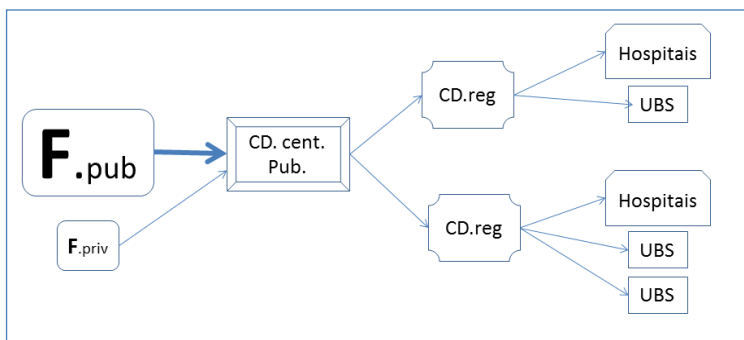


Figura 2 – Arranjo Distributivo Centralizado com Predomínio da Produção Pública.

Fonte: elaborado pelo autor.

O primeiro arranjo (Figura 2) representa a fase inicial do programa, quando a FUNED era responsável por quase a totalidade dos medicamentos produzidos e distribuídos. O centro de distribuição central (CD) público representado no arranjo ficava dentro das instalações da própria FUNED.

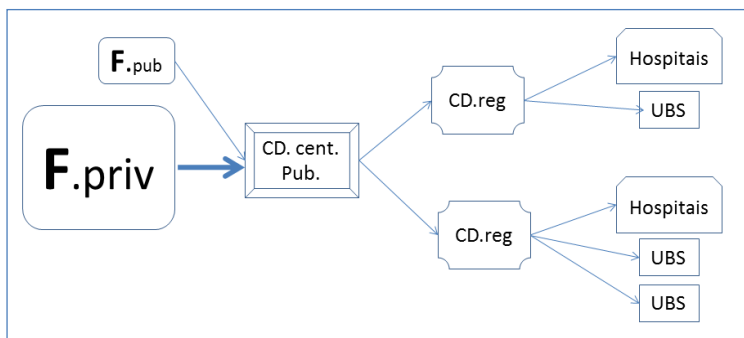


Figura 3 – Arranjo Distributivo Centralizado com Predomínio da Produção Privada

Fonte: elaborado pelo autor.

A Figura 3 ilustra o 2º arranjo do programa. Nesta fase, a produção de medicamentos básicos da FUNED reduziu-se consideravelmente e os fornecedores privados, de maior capacidade produtiva e maior economia de escala, passaram a oferecer medicamentos com preços altamente competitivos, tornando os laboratórios privados a base do fornecimento. Atualmente a FUNED não participa mais do fornecimento de medicamentos básicos, não obstante, continua fornecendo medicamentos estratégicos ao programa mineiro. (Entrevistado 1 e 3).

Com a Regionalização da assistência farmacêutica em 2015, passou-se ao 3º arranjo (Figura 4). Nesta fase, a estrutura de distribuição privada passa a ser utilizada em substituição à estrutura pública.

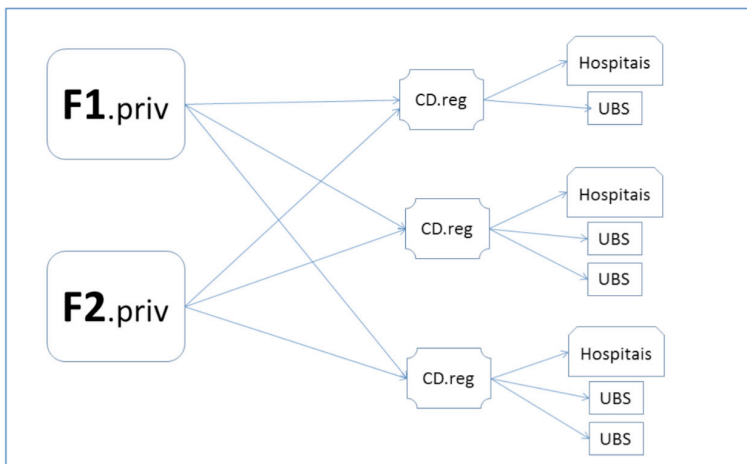


Figura 4 - Arranjo Distributivo Regionalizado com Predomínio da Produção Privada.

Fonte: elaborado pelo autor.

Com este arranjo, reduziram-se consideravelmente os custos de armazenagem e manutenção de estoques para o estado mineiro, assim como o custo do montante de medicamentos empenhados. No entanto, vale ressaltar que os custos logísticos não desapareceram, ainda estão presentes nas operações dos fornecedores e passaram a ser incorporados aos preços dos insumos quando da negociação direta com o município, ou com o estado no caso de uma Ata de Registro de Preços.

Ao analisar os três modelos, é possível destacar um eventual contra efeito a se considerar dentro do modelo descentralizado: o aumento do volume de transações comerciais entre fornecedores e municípios. Com a estratégia da Regionalização, as relações comerciais entre municípios e fornecedores se multiplicaram. Assim, há uma tendência de pressão da estrutura local de gestão de medicamentos, o que ensejaria uma recomendação aos gestores públicos para a realização de esforços de capacitação para a profissionalização da gestão dos SUS nos municípios.

Outro ponto importante a caracterizar o novo modelo é a repactuação de competências, que alterou os papéis dos entes federativos, estado e municípios. A Figura 5 ilustra a repactuação estratégica da Regionalização com base no Ciclo da Assistência Farmacêutica. Destacou-se com a letra “E” a competência do estado de Minas Gerais e com “M” a dos municípios.

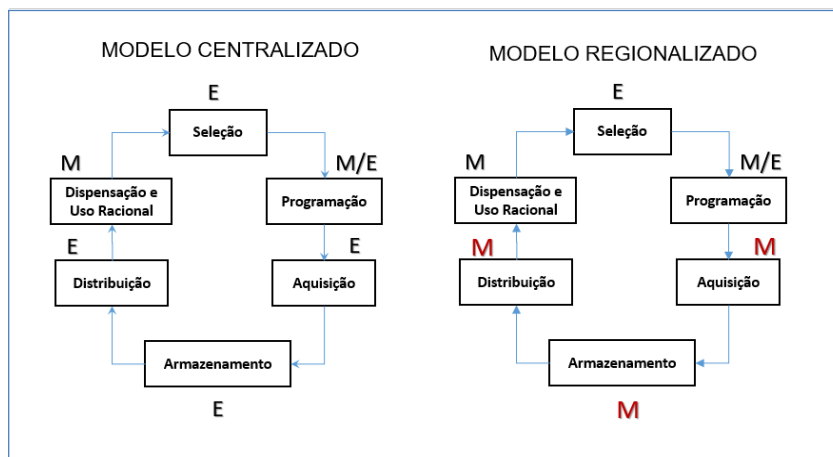


Figura 5 – Repactuação de Competências na Regionalização de Acordo com o Ciclo de Assistência Farmacêutica.

Fonte: elaborado pelo autor.

Ao observar a figura acima, percebe-se que as etapas de aquisição, armazenamento e distribuição, antes geridas pelo estado, passam a ser geridas pelos municípios. Este é um dos pontos de mudança mais substanciais da Regionalização: as etapas de armazenamento e distribuição, na prática, passam a ser geridas de forma única pelo município e operada pelo fornecedor.

Neste modelo é fortemente indicado que seja aprimorada a capacidade de regulação e controle dos entes estadual e municipal pelo Tribunal de Contas do Estado (TCE). Deve-se lembrar que os municípios têm autonomia de compras e não precisarão realizá-las apenas pelas atas de registro de preços. *Podem ser realizadas as compras “fora das atas” desde que em situação mais vantajosa para o município, bastando prestar contas da opção ao Tribunal de Contas do Estado (TCE).* Assim, o TCE-MG pode efetuar um cruzamento dos dados de notas fiscais emitidas com as atas e informações de preços da tabela da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), de forma a identificar aquisições de medicamentos com valores desvantajosos para os municípios. (Entrevistado 4).

Pode-se afirmar, ao final desta pesquisa, que a ERAF constituiu um arranjo institucional inovador para a distribuição de medicamentos básicos para o SUS. Utiliza uma estrutura descentralizada, privatizada, com maior responsabilidade e participação de municípios e fornecedores.

Os primeiros dados de avaliação da ERAF apresentadas por Filho et al (2016) sugerem maior eficácia logística pelo aumento do quantitativo de unidades farmacêuticas distribuídas e aumento na variedade de medicamentos oferecidos aos gestores municipais. Também sugerem ganhos de eficiência por dois aspectos em especial, pela desativação

da estrutura logística mantida pelo estado de Minas Gerais (a possibilitar um reforço da participação do estado no financiamento para a aquisição) e pela redução do custo médio unitário dos insumos adquiridos por meio das atas de registro de preços homologadas pela SAF/SES.

Cabe ressaltar com destaque a importância das Atas de Registro de Preços no mecanismo de funcionamento do modelo descentralizado. As atas são as engrenagens fundamentais para o sucesso do arranjo institucional da Regionalização, uma vez que é através delas que o estado mineiro atua no dia-a-dia e consegue engajamento dos municípios ao programa. As atas devem se manter competitivas ao longo dos anos, sob a pena de tornar o estado um ente nem provedor, nem gestor do sistema.

A estratégia de agrupamento de regiões distintas em atas regionalizadas (apenas Belo Horizonte tem atas exclusivas) parece conferir uma boa capacidade de negociação à SAF/SES e ser um mecanismo interessante na busca de equidade no programa. No entanto, decisões políticas paulatinas podem desvalorizar o mecanismo ao ponto de o tornar pouco efetivo.

Deve-se ter em mente que, caso as atas de registro de preços percam a prioridade aos longos dos sucessivos governos, se tornarão instrumentos inócuos e os municípios, principalmente os de pequeno e médio porte que dispõe de menor capacidade de negociação, poderão experimentar gradativos aumentos dos custos unitários dos insumos, a afetar diretamente os indicadores locais de eficiência de aquisição.

Ainda em tempo, cabe salientar que o presente trabalho avalia apenas a organização pública para distribuição de medicamentos básicos para o SUS. Existem vários outros fatores importantes a considerar na elaboração de políticas públicas de assistência farmacêutica (como seleção de medicamentos, dispensação especializada e uso racional) que vão além da discussão sobre atendimento à demanda.

Por fim, ressalte-se a necessidade de maiores avaliações acerca dos resultados, sobre os níveis de eficiência e eficácia do novo modelo. Desde a instituição da Regionalização, Minas Gerais passou por uma liberalização da visão de papel do Estado, por seríssimas restrições fiscais, por uma crise econômica severa e, mais recentemente, pelos impactos da pandemia causada pelo novo Coronavírus, o COVID-19.

Assim, parece transparecer que a ERAF como estratégia viável na busca de maior efetividade das políticas de assistências farmacêutica para o SUS, deva ser melhor avaliada pela academia, SAF e SES/MG. Análises quantitativas contínuas podem ser importantes para a avaliação da efetividade do programa, principalmente no que se refere ao controle sistemático da competitividade das atas de registro de preços.

REFERÊNCIAS

ANASTASIA, Fática. **Teoria Democrática e o Novo Institucionalismo**. Caderno de Ciências Sociais, v.8, n.11. p.31-46. Belo Horizonte, 2002.

ARRETCHE, Marta T. S. **Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo**. RBCS, vol. 14, no 40, junho de 1999.

BELTRAMMI, Daniel G.M. **Descentralização: o desafio da regionalização para Estado e Municípios**. RAS – Vol.10, No 41, Out-Dez, EAESP-FGV. SP: 2008.

BRAVO, Maria Inês. **Política de Saúde no Brasil. Serviço Social e Saúde: Formação do Trabalho Profissional**. 2001.

BRESSER-PEREIRA, Luiz C. **Uma Resposta Estratégica aos Desafios do Capitalismo Global e da Democracia. Balanço da Reforma do Estado no Brasil**. São Paulo: 2002. Disponível em http://www.bresserpereira.org.br/ver_file_3.asp?id=914. Acesso em 24-10-16.

COHN, Amélia. A reforma sanitária brasileira: a vitória sobre o modelo neoliberal. Sección Especial: Reformas Progresistas en Salud.. Vol. 3, No 2. Maio de 2008.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 6(2):319-328, 2001.

COSENDEY, Marly A E. et al. **Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(1):171-182, jan-mar, 2000.

FIOCRUZ. **Atas de Registro de Preços**. Site Oficial, 2017. Disponível em <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/atas-de-registro-de-precos>. Acesso em 03/03/2017.

FILHO, Homero R. C. S. et al. **Regionalização da assistência farmacêutica: uma estratégia para garantir do abastecimento de medicamentos**. J. Assist. Farmac. Farmacoec. V.1, n.2, p.17-23, set. 2016.

KETTL, Donald F. **Revolução global: reforma da administração do setor público**. In: PEREIRA, L. C. Bresser e SPINK, Peter. Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999

LIMANA, Amir. **O Processo de Descentralização da Política-Administrativa no Brasil**. Escripita Nova – Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. Universidad de Barcelona. No 45 (21), 1 agosto de 1999.

MARQUESINI, Ana Maria B. G.; CARMO, Gerson T. **Análise sistêmico-institucional da Central de Medicamentos - Ceme**. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro: FGV, jan-mar. 1980, 14(1). 127 a 178.

MENICUCCI, Telma e CARNEIRO, Ricardo. **Reforma do Estado e da Gestão Pública: o Debate Contemporâneo**. 8º Encontro da ABCP, Área temática: Estado e Políticas Públicas. Gramado, RS: 2012.

MINAS GERAIS. **Relatório Final de Auditoria Operacional – Assistência Farmacêutica: Programa Farmácia de Minas.** Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais – TCE/MG. 2013.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS MG N° 2.064**, de 24 de Fevereiro de 2015a.

MINAS GERAIS. **Deliberação CIB-SUS MG N° 2 164**, de 19 de Agosto de 2015b.

MINAS GERAIS. Rede Farmácia de Minas. **Plano Estadual de Estruturação da Rede de Assistência Farmacêutica.** Belo Horizonte: 2008. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/02%20Farmacia_de_Minas_050608.pdf.

MINAS GERAIS. Secretaria da Saúde. **Rede Farmácia de Minas – Uma Estratégia para Ampliação do Acesso e Uso Racional de Medicamentos no SUS.** 2009. Acesso em 01/11/2015. Disponível em <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/home/exibedetalhesBiblioteca.cfm?ID=8592&tipo=B&word=25/06/2009&indexadorId=4>.

MINAS GERAIS. Secretaria de Saúde. **Programa Farmácia de Todos – Programa de Assistência Farmacêutica. 2016.** Disponível em <http://www.saude.mg.gov.br/farmaciadetodos>.

MOTTA, Ana Elisabeth, LAURELL, Ana. **Cultura da Crise e Seguridade Social. Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva.** Vol.6, No.2, ABRASCO, 2001.

NORONHA, José C.; LIMA, Luciana D.; MACHADO, Cristini V. **O Sistema Único de Saúde – SUS.** In: Giovanella, Ligia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Capítulo 12, 2ª ed., 2008.

OLIVEIRA, Fabrício A. **Economia e Política das finanças públicas: um guia de leitura à luz do processo e de globalização da realidade brasileira.** Capítulos 1 a 7. 2006.

SCOREL, Sarah. **História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Golpe Militar à Reforma Sanitária .**In: Giovanella, Ligia (org.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Capítulo 11, 2ª ed., 2008.

SPEDO, Sandra M.; TANAKA, Oswaldo Y.; PINTO, Nicanor. R. S. **O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(8):1781-1790, ago, 2009.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adesão à Medicação 177

Álcool 70% 238, 240, 241, 245, 246

Andragogia 147, 148

Antimicrobianos 6, 14, 213, 214, 215, 216, 218, 219

Assistência Farmacêutica 1, 3, 4, 12, 15, 17, 23, 25, 26, 27, 28, 32, 63, 65, 68, 83, 89, 114, 115, 116, 117, 119, 121, 122, 123, 124, 129, 153, 154, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175

Autocuidado 12, 44, 45, 46, 48, 49, 51, 88

Automedicação 1, 4, 10, 13, 14, 74, 82, 92, 93

Automedicação e Universitários 74

B

Benzodiazepínicos 4, 81, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 190

C

Câncer Oral 228, 229, 230, 235

Cetoacidose Diabética 33, 34, 35, 37, 38, 39, 40, 41, 42

Chás 258, 259, 260, 264

Cinética de Dissolução 247, 249, 250, 251, 253, 255, 256

Controle de Qualidade 238, 247, 248, 249, 251, 255

D

Descentralização 64, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 174, 175

Diabetes Gestacional 221, 223, 225, 226

Dispensação 24, 26, 27, 63, 92, 136

Dispensação Farmacêutica 24

Doenças Respiratórias 213

E

Emagrecimento 258, 259, 260, 264, 266

F

Farmacêutico Clínico 15, 203, 210, 211

Farmácia 2, 7, 12, 14, 15, 16, 22, 23, 24, 25, 27, 29, 31, 32, 61, 62, 63, 64, 66, 73, 82, 83,

92, 93, 94, 95, 96, 98, 99, 101, 116, 117, 133, 145, 146, 160, 162, 163, 164, 168, 175, 258, 260, 291

Farmácia Clínica 62, 73, 93, 95, 96, 125, 206, 210

Farmácia Popular 15, 16, 17, 22, 23, 63, 64, 66, 67, 70, 71, 72, 73, 98, 101

Farmácia Universitária 24, 25

Farmacogenética 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290

Farmacovigilância 6, 10, 93, 129, 135, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 290

Fitoterapia 267, 268, 269, 271, 272, 275, 276, 277, 278

Formas Farmacêuticas Sólidas Oraís 247, 248, 249, 251, 254, 255, 256

G

Ganho de Peso 183, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227

H

Hanseníase 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61, 62

Hiperglicemia 36, 37, 44, 46, 226, 259

Hipertensão 15, 44, 50, 77, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 177, 178, 186, 189, 190, 193, 195, 196, 198, 213, 216, 222, 259, 265

Hospital 28, 30, 59, 95, 96, 139, 140, 142, 145, 146, 147, 203, 204, 206, 211, 213, 214, 219, 225, 236

I

Idoso 70, 71, 92, 191, 192, 193, 194, 195, 197, 198, 200

Interação Medicamento-Alimento 191, 197

Interações de Medicamentos 177

Intercambialidade 15, 102, 103, 104, 108, 112, 257

M

Macrossomia Fetal 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226

Medicamentos 5, 8, 81, 84, 92, 93, 94, 102, 112, 116, 119, 121, 123, 124, 134, 136, 137, 143, 153, 160, 164, 172, 174, 175, 188, 195, 197, 203, 205, 206, 208, 212, 219, 247, 256, 257, 269, 283

Medicamentos Genéricos e Similares 102, 106, 107, 108, 110, 111, 113

P

Problemas Relacionados a Medicamentos 54, 128, 141, 143, 203, 206, 208

Promoção da Saúde 13, 43, 44, 46, 47, 54, 193

Protocolo de Manejo 33, 34, 35, 38, 39, 40, 41

R

Regionalização 153, 154, 158, 159, 161, 164, 165, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174

S

Segurança 102, 140, 141, 245

Segurança do Paciente 139, 140, 141, 142, 145, 146, 203, 211, 245

Sistema Único de Saúde 3, 24, 32, 46, 47, 51, 53, 114, 115, 118, 119, 122, 123, 136, 137, 153, 157, 163, 175, 206, 211, 268

T

Tabagismo 98, 100, 228, 229, 230

Terapia Antirretroviral de Alta Atividade 203

Testes Laboratoriais 213

Toxicidade por Benzodiazepínicos 125

Triagem Farmacêutica 114, 118, 122





U

Uso Indiscriminado 1, 5, 7, 8, 11, 125, 126, 127, 131, 135, 136, 219, 277

Uso Irracional de Medicamentos 1, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 73, 88, 93, 193





Uso Racional 1, 4, 14, 15, 17, 54, 65, 71, 74, 83, 84, 85, 87, 88, 91, 92, 93, 94, 116, 121, 125, 128, 129, 135, 140, 145, 162, 168, 173, 175, 190, 202, 215, 219

FARMÁCIA NA ATENÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br



FARMÁCIA NA ATENÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

 www.atenaeditora.com.br
 contato@atenaeditora.com.br
 @atenaeditora
 www.facebook.com/atenaeditora.com.br

