CÂMARA MUNICIPAL DE SALVADOR
DIRETORIA LEGISLATIVA
COORDENAÇÃO DAS COMISSÕES

MEDICAMENTOS FORNECIDOS PELO SUS

Mônica Moura da Costa e Silva
Analista Legislativo Municipal
Área de Qualificação: Comissões / Sub-Área: Saúde Pública

ESTUDO TÉCNICO

MARÇO, 2014

ESTUDO TÉCNICO: Medicamentos fornecidos pelo SUS

Objetivo do documento: O estudo solicitado visa subsidiar do ponto de vista teórico-conceitual e com base em legislação específica, a votação do Projeto de Lei (PLE) n^{o}625/2013 que "Dispõe sobre a divulgação, na página da Secretaria Municipal da Saúde na Internet, da relação dos medicamentos fornecidos pela mesma", de autoria do Vereador Tiago Correia, pelos membros da Comissão de Saúde, Planejamento Familiar, Previdência e Seguridade Social. Entretanto, não cabe neste estudo qualquer análise relacionada ao mérito ou constitucionalidade da proposição em questão. Cumpre-nos apenas sistematizar os principais achados técnico-científicos e a legislação em saúde relacionada ao tema em questão com vistas a subsidiar a emissão e análise do parecer pela referida Comissão.

1. A IMPORTÂNCIA DO TEMA PARA A SAÚDE PÚBLICA

O direito à saúde não se realiza individualmente, mas por meio da efetivação de políticas públicas capazes de alcançar a população como um todo. Em 1988, a Lei 8080/90 estabeleceu que a atenção à saúde deve ser integral, ou seja, abranger tudo aquilo que for necessário para garantir a assistência ao doente, além de desenvolver ações voltadas para a prevenção e controle dos agravos, e nesse contexto está incluída a obrigatoriedade de fornecimento dos medicamentos constantes na lista do SUS. Portanto, as unidades da rede pública de saúde devem, obrigatoriamente, fornecer aos pacientes os medicamentos receitados.

Desse modo, o Ministério da Saúde, com base na Política Nacional de Assistência Farmacêutica, tem desenvolvido diversas ações estruturantes para qualificar a gestão da assistência farmacêutica e promover o acesso racional aos medicamentos, tais como:

•O Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Horus) com vistas a instrumentalizar a gestão municipal para auxiliar no planejamento,

monitoramento e avaliação das ações da Assistência Farmacêutica, integrando as informações do nível central com as das farmácias das unidades de saúde e das Centrais de Abastecimento Farmacêutico. Alem disso, possibilita aos gestores do SUS aperfeiçoarem os mecanismos de controle e a aplicação dos recursos financeiros, estabelecerem o perfil de prescrição e de dispensação de medicamentos no país e qualificarem as ações de gestão da Assistência Farmacêutica.

•A publicação das Diretrizes para a Estruturação de Farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. As unidades de saúde devem dispor de farmácias com infraestrutura física, recursos humanos e materiais que permitam a integração dos serviços e o desenvolvimento das ações de assistência farmacêutica de forma integral e eficiente, permitindo a garantia da qualidade dos medicamentos, o atendimento humanizado e a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições de assistência a saúde.

•A regulamentação do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (Ceaf) com vistas a ampliação do acesso a medicamentos no âmbito do SUS, garantindo, dessa forma, a integralidade do tratamento medicamentoso na forma de linhas de cuidado, definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas. Neste Componente, o SUS disponibiliza tratamento medicamentoso para diversas doenças, geralmente, crônicas e de baixa prevalência. Por se tratar de doenças crônicas, muitas vezes, a linha de cuidado inicia-se na atenção básica. Nesse sentido, a Rename torna-se uma ferramenta importante como estratégia racional para a definição dos medicamentos a serem disponibilizados no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Portanto, os medicamentos essenciais se constituem em um dos principais instrumentos para a efetivação da política de medicamentos, e são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como:“...aqueles que servem para satisfazer às necessidades de atenção à saúde da maioria da população. São selecionados de acordo com a sua relevância na saúde pública, provas quanto à eficácia e à segurança e com estudos comparados de custo-efetividade. Devem estar sempre disponíveis, nas quantidades adequadas, nas formas

farmacêuticas requeridas e a preços que os indivíduos e a comunidade possam pagar...(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002)".

Vale ressaltar que uma lista de medicamentos essenciais abrange não apenas os destinados a assistência primaria ou atenção básica, como também opções terapêuticas para situações de assistência a saúde de media e alta complexidade.

Vários estudiosos da saúde pública ponderam que trabalhar com lista de medicamentos essenciais não é atitude de austeridade financeira, e sim um exercício de inteligência clinica e de gestão (PENA, 2000; HOGERZEIL, 2004; WANNMACHER, 2006; SANT´ANA, 2009).

2. RESPONSABILIDADES CONSTITUCIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, fruto de exaustivos debates entre diversos atores sociais e políticos, representa no campo da saúde, a garantia de direitos sociais e a universalização de alguns direitos como atributos de cidadania e, simultaneamente, dever do Estado brasileiro. No que diz respeito à saúde, definiu no Título VIII – Da Ordem Social, no seu Capítulo II, Seção II, por meio dos arts. 196 a 200, as bases legais da intervenção da sociedade, da seguinte maneira:

> **Art. 196**. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e, ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Portanto, a partir da nova Constituição, a condição para ter direito de acesso aos serviços e ações de saúde é simplesmente precisar deles.

Além do princípio que concebe a saúde como direito, a Constituição Brasileira de 1988, qualificou o direito à saúde incluindo-o no conjunto dos Direitos Sociais. Isso significa que para a administração pública, a responsabilidade de elaborar programas operacionais que garantam que a atenção à saúde de toda a população habitante na área de abrangência de sua competência esteja assegurada, conforme suas atribuições constitucionais e legais. Para a população, significa a possibilidade de exigir, individual ou coletivamente, a consecução desse direito junto ao Poder Judiciário e ao Ministério Público, sempre que ele for negado.

O SUS, regulamentado pela Lei nº 8.080/1990, reafirma os ideais do movimento da reforma sanitária, principalmente no tocante à descentralização, participação e integralidade, sendo este último destinado a conjugar ações direcionadas à materialização da saúde como direito e serviço de saúde. O princípio da "integralidade" como definição legal e institucional significa a garantia de conjunto articulado de ações e serviços de saúde, preventivos, curativos, individuais e coletivos, exigidos em todos os níveis de complexidade de assistência do sistema. Ao ser constituída como ato em saúde nas vivências cotidianas dos sujeitos nos serviços de saúde, tem germinado experiências que produzem transformações na vida das pessoas, cujas práticas eficazes de cuidado em saúde superam os modelos idealizados para sua realização. Conforme o *Manual de atuação do Ministério Público Federal em defesa do direito à saúde,* o princípio da integralidade:

> [...] refere-se tanto ao homem quanto ao Sistema de Saúde, reconhecendo que cada qual se constitui numa totalidade. Assim, cada pessoa constitui um todo indivisível e membro de uma comunidade: as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, da mesma forma, constituem-se em um todo, não podendo ser divididas; as unidades constitutivas do Sistema configuram também um todo indivisível, capaz de prestar assistência integral (MPF, 2005, p.14).

A descentralização dos processos decisórios em saúde além de significar a possibilidade de se elaborarem projetos mais reais e compatíveis com cada realidade, é a probabilidade efetiva da comunidade interferir na concepção do sistema, na sua implementação, em seu funcionamento, na aplicação dos recursos, na avaliação de seus resultados e nos destinos da administração pública. Em relação à correta aplicação dos recursos, o gestor municipal deverá considerar as prioridades locais de atenção em saúde, ressaltando-se não apenas o quantitativo de pessoas atingidas pelo agravo ou doença, como também o risco de determinado grupo populacional vir a adoecer/morrer. Além disso, é fundamental o reconhecimento do potencial de gravidade de cada agravo/doença e nesse sentido, adotar-se-á uma perspectiva de atuação em parcela prioritária da população que necessita de intervenções e serviços efetivos e equânimes de saúde.

Por isso, tratou o constituinte (tanto o originário quanto o derivado) de estabelecer não só os deveres do Estado para com esse fundamental direito social – uma vez que está intimamente ligado à garantia da vida e da dignidade humana, sem dúvida direitos prioritários em nossa ordem constitucional –, como também as fontes de custeio, já que a implementação de políticas públicas requerem recursos orçamentários para sua execução.

A Emenda Constitucional n.29 (EC 29), promulgada em 13 de setembro de 2000, vinculou os recursos orçamentários da União, Estados, Distrito Federal e Municípios a serem aplicados, obrigatoriamente, em ações e serviços públicos de saúde. Posteriormente, a Resolução n. 322/2003 aprovou diretrizes para a aplicação da Emenda Constitucional n.29 e a Lei Complementar 141/2012 regulamentou a aplicação anual dos valores mínimos em ações e serviços públicos de saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, além de estabelecer uma série de critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo. Segundo a LC 141/2012, os valores mínimos a serem destinados pelos municípios compreendem 15% dos seus recursos próprios provenientes de impostos.

Segundo a Sexta Diretriz da **Resolução n. 322/2003**, para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo, a **assistência farmacêutica**.

Assim, em se tratando de direito fundamental das pessoas, a saúde deve merecer proteção integral por parte do Estado, seja com medidas de cunho preventivo como em medidas de recuperação da pessoa agravada em suas condições físicas ou psíquicas inerentes a uma existência digna.

A Lei 8.080/90 – no que diz respeito ao fornecimento de medicamentos – estabeleceu, no art. 6º o seguinte: "Estão incluídas, ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I – a execução de ações: [ ] d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica".

Conforme relatado anteriormente, os medicamentos essenciais devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas, e por isso, compõem uma relação nacional de referência que serve de base para a definição de listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estadual e municipal.

Diante do exposto, e em coerência com a Política Nacional de Medicamentos, é importante a divulgação da relação da lista de medicamentos essenciais fornecidos pelo SUS no âmbito do Estado e Município, com vistas a possibilitar o monitoramento e a fiscalização do acesso destes pelos usuários do sistema por parte dos órgãos de controle, a exemplo dos Ministérios Públicos e Casas Legislativas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 338 de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 7. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

HOGERZEIL, H. V. The concept of essential medicines: lessons for rich countries. BMJ, London, v. 329, p. 1169-1172, 2004.

PENA, J. P. Marco logico para la seleccion de medicamentos. Rev. Cubana Med., Gen.Integr., Habana, v. 16, n. 2, p. 177-185, 2000.

SANT'ANA, J. M. B. Essencialidade e assistência farmacêutica: um estudo exploratório das demandas judiciais individuais para acesso a medicamentos no estado do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado acadêmico em Saúde Publica) – Escola Nacional de Saúde Publica Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2009. 95p.

WANNMACHER, L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. [S.l.: s.n.], 2006.