

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA COMO ESTRATÉGIA ESTRUTURANTE PARA A PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA SAÚDE INDÍGENA DE PERNAMBUCO: UMA ABORDAGEM ECONÔMICA

Pharmaceutical Care as a Structural Strategy to Promote the Rational Use of Medication in the Health of Pernambuco's Indigenous People: an economic approach

Monica Maria Henrique dos Santos¹

RESUMO

Este artigo tem como objetivo despertar gestores, profissionais da saúde, pesquisadores e lideranças indígenas, sobre os desafios da estruturação e impacto da gestão da Assistência Farmacêutica, para a garantia do acesso ao uso racional de medicamentos aos povos indígenas brasileiros, por meio de uma abordagem econômica, comparando percentuais gastos com medicamentos no Dsei-PE, frente aos gastos totais em saúde, com os indicadores do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Material e Método:** estudo retrospectivo, transversal e descritivo, através dos dados financeiros e populacionais, no período de 2002 a 2011, apontados no Sistema Integrado de Administração Financeira do Ministério da Saúde, no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena e indicadores do Sistema de Informação sobre Orçamentos Públicos. **Resultados:** o percentual gasto com medicamentos, comparados aos gastos totais em saúde, no período de 2002 a 2006, se mantiveram acima dos percentuais do Estado e municípios, no entanto, entre 2007 a 2011, com um incremento populacional de 31%, e implementação de ações e serviços de assistência farmacêutica, este percentual reduziu cerca de 60% em seus indicadores. **Conclusões:** o acesso a medicamentos está diretamente relacionado à qualidade do serviço de saúde oferecido; ações da Assistência Farmacêutica implantadas, otimizam recursos e melhoram a qualidade da assistência à sua população.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Farmacêutica; Gestão em Saúde; Saúde Indígena.

ABSTRACT

Objective: To alert managers, health professionals, researchers, and indigenous leaders about the structural challenges and the impact of Pharmaceutical Care management in order to ensure access to the rational use of medication for Brazilian indigenous people, through an economic approach, comparing the percentage of medication costs in the Dsei-PE and the total cost of health, with the indicators from the Public Health Budget Information System (SIOPS). **Material and Method:** a retrospective, transversal, descriptive study, using financial and population data, during the period from 2002 to 2011, indicated in the Integrated Financial Administration System (SLAFI) of the Ministry of Health, in the Indigenous Health Care Information System (SLASI), and indicators from the SIOPS. **Results:** The percentages spent on medication, with the indigenous population, compared to the total expenses in health, in the period from 2002 to 2006, were above the percentages for the State and municipalities. However, between 2007 and 2011, with population growth over 31%, and the implementation of pharmaceutical care services and actions, the percentage spent on medication was reduced around 60%, in the indicators. **Conclusion:** The access to medications is directly related to the quality of the health services offered. The Pharmaceutical Care actions optimize resources and improve the quality of care offered to the population.

KEYWORDS: Pharmaceutical Assistance; Health Management; Indigenous Health.

¹ Mestre em Gestão da Assistência Farmacêutica. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação de Inovação Terapêutica. Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: monica-henrique2011@live.com.

INTRODUÇÃO

O Brasil institucionalizou o direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros, com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, quando criou o Sistema Único de Saúde (SUS). As discussões prévias, consolidadas na VIII Conferência de Saúde e materializadas na Constituinte pela luta dos sanitaristas, gestores e políticos comprometidos com a reforma do sistema vigente ofereceram ao povo brasileiro a oportunidade de efetivar um sistema integrado e gratuito que cuida da prevenção, promoção, cura e reabilitação da saúde, fortalecendo a cidadania.¹

Estes direitos são reconhecidos em decorrência de seus princípios de universalidade e igualdade no atendimento de integralidade das ações e serviços de saúde. A integralidade pressupõe que as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser separadas; assim, as unidades prestadoras de serviço devem contemplar os vários graus de complexidade da assistência à saúde.²

A permanência de desigualdades em saúde entre as populações brasileiras tem sido apontada por vários estudos no Brasil, com destaque à distribuição não igualitária na forma de adoecer e morrer,^{3,4} razão pela qual a posição que os indivíduos/grupos ocupam na sociedade determina as condições materiais que os mesmos terão para suprir suas necessidades existenciais, que se relacionam com a produção de doenças. De acordo com essa abordagem, as populações indígenas, relegadas às camadas sociais onde há maior pobreza, apresentam maiores riscos de morrerem precocemente, condição essa determinada historicamente.⁵

A saúde dos povos indígenas vem atravessando uma fase singular no Brasil. Os últimos anos se caracterizaram por alterações profundas que englobam, desde aceleradas transformações em perfis epidemiológicos até a reestruturação do modelo de atenção à saúde,⁶ tendo como uma das principais mudanças a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, aprovada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002,⁷ com o propósito de garantir a esta população o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essas populações mais vulneráveis aos agravos à saúde, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura, através da organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). Nesse sentido, ficam assegurados os serviços de atendimento básico no âmbito das terras indígenas, conforme disposto no Decreto nº. 3.156, de 27 de agosto de 1999.⁸

No âmbito dessas diretrizes, a Promoção do Uso Adequado e Racional de Medicamentos/URM deverá envolver ações direta e indiretamente na Assistência Farmacêutica (AF), no contexto da atenção à saúde indígena, que carecem partir, em primeiro lugar, das necessidades e realidades epidemiológicas de cada Distrito Sanitário e estar orientada para garantir os medicamentos necessários para esta população.

Nas sociedades contemporâneas, o desenvolvimento científico da medicina cria a expectativa de que quando a doença se apresenta, os serviços de saúde sejam capazes de enfrentar esta adversidade, restaurando o estado de saúde do cidadão. A dificuldade em ver a saúde como algo mais complexo - constituída por fatores multicausais - em prol da qualidade de vida dos indivíduos levou, em muitos países capitalistas, à *medicalização* da sociedade.⁹

Nesse contexto, o medicamento toma uma posição estratégica como elemento estruturante na resolutividade das ações em saúde. A utilização de medicamentos tornou-se prática indispensável na contribuição para o aumento da qualidade e da expectativa de vida da população.¹⁰ As diretrizes farmacoterápicas adequadas para a condição clínica do indivíduo são elementos essenciais para a determinação do emprego dos medicamentos. Entretanto, é importante ressaltar que a prescrição e o uso de medicamentos são influenciados por fatores de natureza cultural, social, econômica e política.^{11,12}

Neste cenário, um novo ator, no Subsistema de Saúde Indígena, passou a ter um papel ativo dentro desse processo, a Gestão da Assistência Farmacêutica para os Povos Indígenas; saindo de um papel passivo, quase que inerte, sem nenhuma ou pouca representatividade, para uma participação estratégica dentro do Sistema, onde os resultados de suas ações refletem diretamente na resolutividade e qualidade da atenção. Várias foram as dificuldades para sua estruturação.

As primeiras iniciativas de um modelo de gestão de assistência farmacêutica, harmonizado às diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, foram iniciadas no Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco, em 2004;¹³ a partir de então, foi desenvolvido a nível nacional para os demais distritos sanitários do país.

Desde o início de suas atividades, foi observado que o alto consumo de medicamentos junto às comunidades indígenas era uma prática corriqueira, ou seja, um modelo completamente medicalizado, não diferente dos demais modelos de sistemas de saúde; partindo de encontro às diretrizes apontadas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, ao recomendar que o modelo de atenção à saúde institucionalizado para esses povos, tenha, na Medicina Tradicional Indígena, a sua principal

interface.

Várias iniciativas foram desenvolvidas na gestão da Assistência Farmacêutica, em Pernambuco, desde sua implantação, das quais, dentre seus impactos, trazemos para o estudo a significativa redução dos valores gastos com medicamentos sem o comprometimento da qualidade do atendimento. Considerando que gastos em saúde têm um valor expressivo sobre a gestão de qualquer Sistema de Saúde, optou-se por esta estratégia para sensibilização de gestores, profissionais de saúde e comunidades, considerando ser a mesma estruturante para a garantia do desenvolvimento e consolidação das ações da gestão da Assistência Farmacêutica na Saúde Indígena.

Gastos com medicamentos sempre foi uma preocupação mundial dos gestores da Saúde. Infelizmente, segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde (WHO), 2011, que trata sobre a situação mundial de despesas com medicamentos, devido à falta de dados comparáveis sobre as despesas farmacêuticas, muitas dessas questões-chave e frequentes mantêm-se, em grande parte, sem respostas.¹⁴

Medicamentos representam um dos componentes tecnológicos de saúde mais frequentemente utilizados para a prevenção e tratamento de problemas de saúde e de doenças.¹⁵

Estudo de Vieira,¹⁶ em 2009, sobre gasto total (agregado) do Ministério da Saúde com medicamentos e de seus programas (desagregado), no período de 2002 a 2007, aponta que o gasto, em 2007, foi 3,2 vezes o de 2002 e a participação do gasto com medicamentos no gasto total aumentou de 5,4%, em 2002, para 10,7%, em 2007.

Assim, garantir o acesso aos medicamentos considerados essenciais e, ainda, o seu uso racional são alguns dos aspectos que contribuem para a valorização e o aperfeiçoamento do serviço de Assistência Farmacêutica (AF) como estratégia peculiar da atenção básica à saúde.¹⁷

Os desafios para a estruturação e a implementação de uma AF efetiva na esfera municipal, principalmente na Atenção Básica em Saúde (ABS), começam pela conscientização, por parte dos gestores, da importância da sua estruturação, através de investimentos em estrutura física, organização dos processos e capacitação permanente dos trabalhadores envolvidos com as atividades que fazem parte do ciclo de atividades da mesma. Dessa maneira, a distribuição e dispensação de medicamentos à população podem se tornar viáveis, racionais e mais eficientes.¹⁸

O medicamento é um bem essencial à saúde e uma importante ferramenta terapêutica nas mãos dos médicos, sendo responsável por parte significativa da melhoria da qualidade e expectativa de vida da população. Entretanto, seu uso irracional e suas consequências elevam os gastos na área da saúde, o que torna o tema de grande relevância

para os que trabalham com saúde pública.¹⁹ Não muito diferente dessa realidade, inserem-se as comunidades indígenas do país, onde ampliar o acesso a medicamentos essenciais a essas populações de forma racional, é também uma preocupação da gestão pública, principalmente, pelo caráter etnocultural envolvido com essas comunidades.

Na visão antropológica, os medicamentos são a tecnologia que melhor representa o poder da biomedicina. São entidades físicas, pois eles encarnam um bem e elas podem ser adquiridas no mercado, e simbólicas, por ser a possibilidade mágica de saúde que a ciência concretiza.²⁰

A tendência de crescimento do consumo de medicamentos nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos, influenciada, em parte, pelo aumento da expectativa de vida das populações e o conseqüente aumento dos gastos na área da saúde, aliada às restrições orçamentárias do setor público têm instigado governantes a promoverem, em seus países, reformas no setor.¹⁹

Para tanto, no Brasil, como importante estratégia para as políticas de saúde, o Ministério da Saúde, em 1998, através da Port. 3.916,²¹ aprovou a Política Nacional de Medicamentos, que aponta como uma de suas principais diretrizes a reorientação da Assistência Farmacêutica, definida como grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos.¹

Na tentativa de organizar um processo coletivo que permita a estruturação e a consolidação da Assistência Farmacêutica, o estabelecimento de uma gerência efetiva na execução dessas atividades assume um papel prioritário, apresentando como resultado a disponibilidade de medicamentos de qualidade e uma melhor utilização dos recursos públicos.²²

A complexidade nos processos relacionados ao uso de medicamentos conduz para uma análise desse objeto como executor de uma função social nos sistemas de saúde que, na dimensão institucional, também, representa um bem econômico. Os estudos em Economia da Saúde associam o consumo de medicamentos como um processo de inúmeras possibilidades de análises econômicas.²³

Para a Assistência Farmacêutica, essas análises devem ser tomadas pelos gestores do Sistema de Saúde, como estratégias estruturantes para a sustentabilidade de suas

ações uma vez que os medicamentos representam um instrumento essencial para a capacidade resolutiva dos serviços prestados, apontando para o segundo maior gasto dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).²⁴

Segundo Araújo,²⁵ para a implantação da Assistência Farmacêutica integral é necessário um aprimoramento que possibilite a avaliação de seu impacto na qualidade de vida do usuário e na redução de custos para o sistema de saúde.

No Brasil, de acordo com Diehl e Grassi,²⁶ de modo geral, as pesquisas sobre medicamentos têm enfatizado fatores que envolvem o controle do mercado pelas indústrias farmacêuticas, o impacto da propaganda sobre o consumo, a adoção da lista de medicamentos essenciais proposta pela OMS, entre outras, sendo prioritária a abordagem biomédica. Os medicamentos são fortemente demandados pelas populações indígenas, quer seja por fatores históricos (o contato entre os índios e os não índios sempre foi marcado pelas “trocas”, entre elas de medicamentos, a partir do século XX, por observarem sua eficácia ou mesmo por estarem inseridos nos processos tradicionais de circulação e distribuição de recursos).²⁷ Por outro lado, as intervenções biomédicas, para além do uso racional, utilizam exageradamente os medicamentos, o que poderíamos, radicalizando,²⁸ chamar de “farmacêutica da saúde”.²⁰

Considerando que o crescimento com as despesas em medicamentos cria pressão sobre financiamento das despesas em saúde, em geral, sabemos que maior consumo de medicamentos não é necessariamente negativo, há também benefícios; mas nem todo o consumo adicional é necessariamente efetivo do ponto de vista social. Encontrar um equilíbrio entre os benefícios e os custos incorridos é essencial para a sustentabilidade das ações em saúde.

Outro aspecto importante é compreender que as dificuldades e os limites monetários encontrados pelas instituições de saúde, no oferecimento de serviços de qualidade, a necessidade de tomar decisões que beneficiem maior número de pessoas são alguns dos fatos que mostram aos profissionais que é necessário maximizar o princípio de que o importante é saber gastar melhor, e não gastar menos.²⁴

O Relatório da OMS²⁹, em 2010, menciona que entre 20% e 40% de todos os gastos em saúde são desperdiçados por ineficiência, e aponta 10 áreas específicas onde melhores políticas e práticas podem aumentar o impacto das despesas, às vezes, de modo dramático. Investir esses recursos de modo mais inteligente pode ajudar os países a chegarem mais perto da cobertura universal sem aumentar os gastos.²⁹

Dentre essas causas, aparecem os medicamentos, con-

tribuindo como uma das três causas mais comuns de ineficiência. Medicamentos caros são frequentemente usados quando existem opções mais baratas e igualmente eficazes.²⁹

Nesse contexto, destacamos a questão do Sub-Sistema de Saúde Indígena, em Pernambuco, onde, tendo a possibilidade de avaliarmos os gastos com medicamentos para uma pequena parcela da população brasileira, nos cinco primeiros anos deste estudo, comparamos com os indicadores do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS); apresentam percentuais bem acima dos gastos informados pelos municípios que possuem comunidades indígenas e Secretaria Estadual de Pernambuco.³⁰ No entanto, estes valores decrescem nos últimos cinco anos em proporções significativas, mesmo diante do incremento da população que, consequentemente, aumenta os valores absolutos em despesas com saúde; paralelamente, neste período, ações e serviços de Assistência Farmacêutica começaram a ser implantados, consolidando algumas diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, tendo como um de seus principais impactos, além da melhoria ao acesso de medicamentos à população indígena do Estado, redução significativa dos gastos com medicamentos, garantindo, assim, a promoção do seu uso racional.

Dessa forma, buscou-se despertar nos gestores, profissionais da saúde e pesquisadores, a importância da estruturação da gestão da Assistência Farmacêutica para a garantia do acesso ao uso racional de medicamentos aos povos indígenas brasileiros, por meio de uma abordagem econômica, comparando percentuais gastos com medicamentos no Dsei-PE frente aos gastos totais em saúde, com os indicadores do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde informados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES/PE), e municípios que possuem comunidades indígenas nesse Estado.

MATERIAL E MÉTODO

O presente estudo parte dos resultados econômicos obtidos na assistência farmacêutica no Dsei-PE, sobre os gastos com medicamentos referentes ao período de 2002 a 2011, comparados com os valores executados pelos municípios que possuem comunidades indígenas em Pernambuco e Estado. Estudo retrospectivo, transversal e descritivo, através dos dados financeiros e populacionais, apontados no Sistema Integrado de Administração Financeira (SIAFI) do Ministério da Saúde, no Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI) e dos indicadores do SIOPS.³⁰

O SIAFI é um sistema que realiza todo o processa-

mento, controle e execução financeira, patrimonial e contábil do Governo Federal; foi desenvolvido pelo Serviço Federal de Processamentos de Dados (SERPRO) e implantado oficialmente, no ano de 1987, tendo como principal vantagem a descentralização da entrada, consulta, execução orçamentária, financeira e patrimonial da União sob supervisão do Tesouro Nacional. É o instrumento utilizado pelas Unidades Gestoras, para transformar os atos e fatos administrativos rotineiros em registros contábeis automáticos.

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) foi criado no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, a partir de 1999, com o objetivo de melhorar a disponibilidade e o acesso às informações sobre saúde das comunidades indígenas, fundamentais para o planejamento, operação e avaliação das ações do Sub-Sistema.

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) é um instrumento de planejamento, gestão e controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi idealizado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 1993, institucionalizado no âmbito do Ministério da Saúde, em 2000 e é coordenado pelo De-

partamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento (DESD) do Ministério da Saúde.

Através de acervo documental da Instituição, foram identificadas e registradas as principais atividades desenvolvidas pela área de Assistência Farmacêutica que contribuíram com os resultados das pesquisas econômicas sobre os valores gastos com medicamentos.

Os dados referentes aos municípios, por exercício, expressos na Tabela 1, correspondem à soma total da população dos municípios, que contêm comunidades indígenas, no Estado de Pernambuco, apontados no SIOPS,³⁰ de onde foi calculado o percentual de população indígena, indicado no SIASI, por cada exercício, respectivamente. Os dados foram coletados no período de janeiro 2011 a março de 2012, sendo os percentuais de gastos com medicamentos frente aos gastos totais em saúde, apresentados na Tabela 2, construídos pelos autores por meio dos Sistemas de Informações correspondentes.

Os relatos sobre a evolução cronológica da gestão da AF no DSei-PE, se contrapondo aos dados apontados na Tabela 2, são experiências vivenciadas pela autora, que podem ser comprovados no acervo documental da instituição.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como podemos observar na Tabela 1, no período do estudo, a população indígena, em Pernambuco, teve um incremento de 71,38%, bem acima da população do Estado (10,87%), e municípios (11,89%);

Esse fenômeno é conhecido como “etnogênese” ou “reetinização”: povos indígenas reassumindo e recriando as suas tradições indígenas, após terem sido forçados a

esconder e a negar suas identidades tribais como estratégia de sobrevivência, seja por pressões políticas, econômicas e religiosas, ou por terem sido despojados de suas terras e estigmatizados em função dos seus costumes tradicionais. Os dados de população são estratégicos para avaliarmos os gastos em saúde, considerando que a qualidade da assistência prestada à população está diretamente relacionada à organização de serviços e sua abordagem econômica.

Tabela 1 - Percentual da população indígena em Pernambuco frente à população do Estado e população total dos municípios com comunidades indígenas.

Ano	População Indígena de Pernambuco	População Total de Pernambuco	População Indígena X População de Pernambuco (%) ¹	População Total dos Municípios com Índios em Pernambuco	População Indígena X População Total dos municípios (%) ²
2002	27.329	8.084.722	0,34	320.053	8,54
2003	30.334	8.161.828	0,37	321.760	9,43
2004	30.965	8.238.849	0,38	323.444	9,57
2005	37.943	8.413.601	0,45	327.281	11,59
2006	35.152	8.502.603	0,41	329.247	10,68
2007	35.515	8.486.638	0,42	341.610	10,40

2008	36.089	8.734.194	0,41	356.591	10,12
2009	40.160	8.810.256	0,46	360.405	11,14
2010	43.851	8.810.318	0,50	360.415	12,17
2011	46.839	8.964.062	0,52	358.118	13,08

1- Percentual da população indígena de Pernambuco frente à população total do Estado

2- Percentual da população indígena de Pernambuco frente à população total do Estado

Tabela elaborada pelos autores

Fonte: Dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)³⁰ e Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SLASI).

Analisando a tabela 02, percebe-se que, em 2002, o Dsei-PE, com uma população indígena, que representava 0,34% da população do Estado, executou 13,59% do seu gasto total em saúde com medicamentos, que representou quase quatro vezes o percentual executado pela SES/PE. Nesse mesmo ano, observamos que o percentual gasto com medicamentos em relação à sua despesa total em saúde, representou 2,24 vezes a média dos percentuais gastos com medicamentos do total de municípios com comunidades indígenas apontados no SIOPS,³⁰ com uma população de 8,54% de índios frente ao total dos municípios.

Considerando ainda o estudo de Vieira,¹⁶ em 2009, sobre os dados do MS, citado anteriormente, este percentual representa quase 3 vezes o percentual do MS que foi de 5,39%, com uma população indígena que representa menos de meio por cento da população total do país, se aproximando do percentual mundial de 15,2% , de acordo com WHO.³¹

Nesse período, o Subsistema de Saúde Indígena não contava com uma Área Técnica estruturada para a gestão da AF; só em março de 2004, no Distrito Sanitário Especial Indígena de Pernambuco (Dsei-PE), foram de-

envolvidas as primeiras iniciativas de implantação de um modelo de Gestão da AF para a Saúde Indígena.¹³

O Dsei-Pe foi pioneiro no país, contando apenas com um farmacêutico para sua organização e implantação das atividades como Gestão da AF e não apenas gestão de medicamento. A partir de então, outras iniciativas foram implantadas na presidência da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para estruturação das áreas no Departamento de Saúde Indígena (DESAI), sempre com o apoio técnico do farmacêutico de Pernambuco; realização do primeiro pregão eletrônico para compras de medicamentos, centralizado na presidência da FUNASA e, tendo como marco importante a realização da I Oficina Nacional de Assistência Farmacêutica para os Povos Indígenas, em dezembro de 2004, que teve como produto primordial a inserção da área de Assistência Farmacêutica no Plano Operacional da FUNASA para 2005. Esta apontou, pela primeira vez na Instituição, a implantação e construção de uma Política de Assistência Farmacêutica para os Povos Indígenas, apresentando suas diretrizes para o desenvolvimento da Área em todo o país.

Tabela 2 - Percentual gasto com Medicamentos frente às Despesas Totais em Saúde no Dsei-PE, Estado de Pernambuco e Municípios com comunidades indígenas em PE, no período de 2002 a 2011.

Ano	Despesa total com Saúde DSEI-PE (Em R\$)	Despesa com medicamentos % ¹	Despesa total com saúde em Pernambuco (Em R\$)	Despesa com medicamentos % ²	Despesa total em Saúde nos municípios (Em reais)	Média de despesa com medicamentos % ³
2002	3.127.972,62	13,59	650.168.840,00	3,83	26.193.149,60	6,06
2003	3.023.902,75	22,92	667.881.175,00	3,67	28.390.609,14	8,68
2004	4.745.497,91	8,03	831.061.484,00	3,38	33.084.285,65	6,79
2005	6.717.208,89	21,30	1.168.772.476,00	3,43	40.014.483,68	7,20
2006	7.244.276,34	35,32	1.491.699.139,00	3,87	46.939.779,43	9,73
2007	8.368.730,57	18,32	1.657.607.525,00	5,15	52.331.175,60	5,82

2008	9.823.580,49	14,90	2.124.361.834,00	4,47	65.592.438,30	5,18
2009	10.018.834,89	11,38	2.653.481.867,00	4,20	73.043.285,25	4,81
2010	10.442.034,29	9,70	3.147.579.381,00	4,05	87.960.872,61	4,72
2011	11.748.112,82	5,70	3.071.837.072,00	3,63	97.486.788,37	5,62

1- Percentual gasto com medicamentos frente ao gasto total em saúde do Dsei-PE

2- Percentual gasto com medicamentos frente ao gasto total em saúde em Pernambuco

3- Percentual gasto com medicamentos frente ao gasto total em saúde nos municípios com comunidades indígenas em Pernambuco

Tabela elaborada pelos autores

Fonte: Dados do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)³⁰ e Sistema de Administração Financeira/MS (SLAFI).

Na trajetória da Gestão da AF no Dsei-PE, nesse período, para a sua estruturação, outro marco importante foi a construção da primeira câmara de medicamentos da Funasa, em Pernambuco, no ano de 2005, atividade esta que teve impacto direto na gestão do medicamento e, conseqüentemente no seu controle e custo.

Em 2006, com uma população de 0,41% de índios em relação ao Estado, os valores passaram para 35,33% do percentual gasto em medicamentos pelo Dsei-PE, representando 9,13 vezes o percentual executado pela SES/PE e 3,63 vezes a média dos percentuais gastos com medicamentos do total de municípios com comunidades indígenas apontados no SIOPS,³⁰ com uma população de 10,68% de índios frente ao total dos municípios.

Vale destacar também que, nesse período, enquanto a população indígena de Pernambuco cresceu cerca de 28% e que a fração dessa população em relação à população total do Estado teve um acréscimo de 20%, a despesa com medicamentos no Dsei-PE apresentou um significativo crescimento em torno de 502%, ou seja mais do que quintuplicou entre os anos de 2002 e 2006. Confrontando ao estudo de Vieira,¹⁶ em 2009, para 2007, este percentual de crescimento corresponde a duas vezes mais o maior percentual de gastos do MS em 2007, representado pelos medicamentos de caráter excepcional (252%) e quase sete vezes os medicamentos da atenção básica (75%).

Segundo a OMS,³² nos últimos anos, o gasto farmacêutico vem tornando-se uma ameaça à sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde de muitos países. O orçamento crescente destinado à provisão dos medicamentos tem competido com outras grandes prioridades no setor saúde e esses gastos em medicamentos não têm correspondido a melhorias significativas nos indicadores de saúde. Encontrar um equilíbrio entre os benefícios e os custos incorridos é essencial para a sustentabilidade das ações em saúde.

Considerando os dados apontados na Tabela 2, observamos que as primeiras iniciativas da organização de

ações e serviços da AF, iniciadas a partir do segundo semestre de 2004, só vieram a contribuir, efetivamente, com o impacto financeiro na gestão do Subsistema, a partir do exercício de 2007, do qual, a partir de então, várias atividades de capacitação e organização de serviços continuaram a ser desenvolvidas.

Em março de 2006, durante a VI Conferência Nacional de Saúde Indígena, a Área de Assistência Farmacêutica já teve sua representatividade, constando no Relatório Final da mesma. Nesse mesmo ano, além de se desenvolverem novos pregões eletrônicos a nível nacional para compra de medicamentos, em agosto, foi instituído, através da Portaria FUNASA/MS o Comitê Nacional de Farmácia e Terapêutica para Saúde Indígena, apontando a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais para a Saúde Indígena. No Dsei-PE foi aprovada, em Conselho Distrital, a primeira versão da Rotina de Prescrição e Dispensação de Medicamentos, fruto de discussão entre área técnica e lideranças indígenas, sendo esta atividade uma das primeiras iniciativas do Comitê Distrital de Farmácia e Terapêutica de Pernambuco. Implantar rotina de prescrição e dispensação aliada à Padronização de Medicamentos foi, sem dúvida, uma das principais estratégias que impactaram na gestão da AF, por ter uma resposta direta na dispensação e, conseqüentemente, no consumo e acesso de medicamentos.

A partir de 2007, foram observados que os percentuais de gastos com medicamentos frente ao gasto total em saúde no Dsei-PE foram decrescendo, ao longo dos últimos cinco anos, partindo de 2006, de 35,32% para 5,70%, em 2011. Nesse exercício frente aos dados da SES/PE informados ao SIOPS,³⁰ com uma população de 0,52% de indígenas em relação à população total, o Dsei-Pe executou 5,70% do seu gasto total em saúde com medicamentos, representando 1,58 vezes o percentual executado pelo Estado e com uma população de 13,08%, quase o mesmo percentual em relação aos municípios (5,62%). Vale destacar, também, que, nesse mesmo período, a população

indígena de Pernambuco cresceu cerca de 31% e que a fração da população indígena em relação à população total do Estado cresceu cerca de 19% de 2007 até 2011; a despesa com medicamentos no Dsei-PE apresentou uma forte queda de quase 60%, ou seja, em termos de valores absolutos, de R\$ 1.533.174,55 para R\$ 628.324,00.

No exercício de 2002 a 2011, a população indígena tem um incremento de 71,38% no período; o Estado e municípios, de 10,87% e 11,89%, respectivamente, em sua população total. Por outro lado, há um decréscimo médio, ao ano, de 3,75% com gastos em medicamentos e um incremento médio anual de R\$1.007.990 reais na despesa total em saúde no DSEI-PE. Há um decréscimo médio de 0,06%, ao ano, em medicamentos e um incremento médio anual de R\$310.895.029 reais no total de despesas com Saúde no Estado de Pernambuco e um decréscimo médio de 0,31%, ao ano, em gastos com medicamentos e um incremento médio anual de R\$ 8.124.575 reais no total de despesas com Saúde, nos municípios com comunidades indígenas no Estado.

CONCLUSÃO

A participação dos gastos com medicamentos frente aos gastos totais em saúde revela a importância que esses indicadores assumem na qualidade e eficiência na gestão do Sistema de Saúde, levando em consideração os seguintes pontos estudados nesta investigação: 1) a população indígena e os gastos totais em saúde se mantiveram crescentes em todo o período avaliado; 2) os indicadores de gastos com medicamentos no DSei-PE se mantiveram crescentes nos primeiros cinco anos, com percentuais bem acima dos correspondentes à média dos municípios e Estado; e estes indicadores, após este período, apresentaram decréscimos significativos, chegando a percentuais semelhantes aos mesmos e 3) conforme relatado, ações e serviços de assistência farmacêutica foram implantados e implementados, a partir do terceiro ano do estudo, e estas ações devidamente efetivadas, a partir dos processos de seleção, até a dispensação de medicamentos desenvolvidos de maneira adequada, além do controle, otimização de recursos, garantia do acesso a medicamentos seguros e eficazes, contribuem para a promoção do uso racional de medicamentos, em que o impacto dessas ações foram visivelmente identificados no presente estudo.

Os pontos percorridos levam à conclusão de que ações e serviços de assistência farmacêutica, devidamente estruturados, otimizam recursos em saúde, contribuindo para a sustentabilidade do Sistema.

Estudos econômicos surgem como estratégias estruturantes para a gestão da Assistência Farmacêutica, garan-

tando a promoção e acesso ao uso racional de medicamentos no processo de sensibilização e reconhecimento da gestão do Sistema, sobre a importância do impacto de suas ações para a resolutividade dos problemas de atenção à saúde; no entanto a qualidade de um serviço não se limita apenas pelos custos, mas pela efetividade de suas ações sobre o modelo de atenção que está sendo oferecido à comunidade. Este, sem dúvida, o nosso desafio maior.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O Financiamento da Saúde: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2011. 124 p.
2. Vieira FS. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010 fev.; 27(2):149-156.
3. Chor D, Lima CRA. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(5):1586- 1594.
4. Santos SM, Guimarães MJB, Araújo TVB. Desigualdades raciais na mortalidade de mulheres adultas no Recife, 2001 a 2003. *Saude Soc*. 2007; 16(2):87-102.
5. Ferreira MEV, Matsuo T, Souza RKT. Aspectos demográficos e mortalidade de populações indígenas do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011 dez.; 27(12):2327-2339.
6. Santos SA, Cavalleiro E, Barbosa MIS, Ribeiro M. Ações afirmativas: polêmicas e possibilidades sobre igualdade racial e o papel do estado. *Rev Estud Fem*. 2008 set./dez.; 16(3):913-929.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 254, de 01 de janeiro de 2002: Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. *Diário Oficial da União, Brasília, (DF), 2002 fev. 06; N. 26, Seção 1:41.*
8. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília, (DF), 1999 agosto 28; Edição Extra, n. 165-A, Seção 1:37-38.*
9. Novaes HMD. Da produção à avaliação de tecnologias dos sistemas de saúde: desafios do século XXI. *Rev Saúde*

- Pública. 2006; 40(n.spe):133-140.
10. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):163-177.
 11. Perini E, Módena CM, Rodrigues RN, Lé Sénéchal Machado AM, Paixão HH. Consumo de medicamentos e adesão às prescrições: objeto e problema da epidemiologia. *Rev Bras Cienc Farm*.1999; 20(2):471-488.
 12. Faus MJ. Atención farmacéutica como respuesta a uma necesidad social. *Ars Pharmaceutica*. 2000; 41(1):137-143.
 13. Santos MMH. Assistência Farmacêutica na Saúde Indígena. *Revista Pharmacia Brasileira*. 2007 nov./dez.; (62):75.
 14. Organização Mundial da Saúde. Relatório da Saúde no Mundo de 2010. Financiamento dos sistemas de saúde: a via para a cobertura universal. [Citado 2011 fev. 15]. Disponível em: <http://www.who.int/entity/whr/2010/whr10_pt.pdf>.
 15. OECD Health Policy Studies. Pharmaceutical Pricing Policies in a Global Market. 2008.216p.
 16. Vieira FS. Gasto do Ministério da Saúde com medicamentos: tendência dos programas de 2002 a 2007. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(4):674-81.
 17. De Bernardi CLB, Bieberbach EW, Thomé HI. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde e Soc*.2006 jan./abr.; 15(1):73-83.
 18. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010 nov; 15(Supl. 3):3561-67.
 19. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho LL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005 nov./dez.; 21(6):1737-46.
 20. Diehl EE. Entendimentos, práticas e contextos sociopolíticos do uso de medicamentos entre os Kaingáng (Terra Indígena Xapecó), Santa Catarina, Brasil [tese] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2001. 230f.
 21. Brasil. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. *Diário Oficial da União, Brasília, (DF)*, 10 novembro 1998. [Citado 2006 jun. 12]. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/doc/portariagm3916/gm.htm>>.
 22. Marin N. Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003. 373 p.
 23. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto Economia da Saúde - PES: Reforçando Sistemas de Saúde para reduzir desigualdades. (2002-2005). Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
 24. Girotto E, Silva PV. A prescrição de medicamentos em um município do Norte do Paraná. *Rev Bras Epidemiol*; 2006 jun.; 9(2):226-34.
 25. Araújo ALA, Ueta JM, Freitas O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2005; 26(2):87-92.
 26. Diehl EE, Grassi F. Uso de medicamentos em uma aldeia Guarani do litoral de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2010 ago.; 26(8):1549-60.
 27. Conklin B. O sistema médico Wari' (Pakaanóva). In: Santos RV, Coimbra Jr. CEA, organizadores. *Saúde & povos indígenas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1994. p. 161-86.
 28. Illich I. A expropriação da saúde: nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
 29. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório da Saúde no Mundo - Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal. [Citado 2011 fev. 15]. Disponível em: <http://www.who.int/entity/whr/2010/whr10_pt.pdf>.
 30. Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS: Banco de Dados. [Citado 2012 maio 20]. Disponível em: <<http://www.siops.datasus.gov.br/Documentacao>>.
 31. World Health Organization (WHO). WHO Medicines Strategy- countries the core: 2004-2007. [Citado 2006 jun. 12]. Disponível em: <<http://www.who.int/medicines>>.
 32. Organización Mundial de la Salud. Promoción Del uso racional de medicamentos: componentes centra-

les. In: Perspectivas políticas sobre medicamentos de La OMS. 2002. p. 1-6.

Submissão: fevereiro/2013

Aprovação: maio/2014
