

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE

ELIZANGELA BRAGA ANDRADE

**ENSINO-APRENDIZAGEM DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS
(RENAME E URM) NA GRADUAÇÃO MÉDICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO TOCANTINS**

São Paulo
2014

ELIZANGELA BRAGA ANDRADE

**ENSINO-APRENDIZAGEM DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS
(RENAME E URM) NA GRADUAÇÃO MÉDICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO TOCANTINS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Paulete Goldenberg

São Paulo
2014

Andrade, Elizangela Braga

Ensino-Aprendizagem da Política Nacional de Medicamentos (RENAME e URM) na graduação médica da Universidade Federal do Tocantins / Elizangela Braga Andrade. – São Paulo, 2014.

(124 páginas)

Tese (Mestrado Profissional) – Universidade Federal de São Paulo.
Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde – CEDESS.

Título em inglês: Brazilian National Drugs Policy teaching and learning at the Federal University of Tocantins to medical students.

Palavras-chave: Ensino. Política Nacional de Medicamentos. Assistência Farmacêutica. Educação Médica.

ELIZANGELA BRAGA ANDRADE

**ENSINO-APRENDIZAGEM DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS
(RENAME E URM) NA GRADUAÇÃO MÉDICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO TOCANTINS**

São Paulo, 21 de março de 2014.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Paulete Goldenberg

Prof. Dr. José Antônio Marques Maia de Almeida

Prof^a. Dr^a. Nicolina Silvana Romano Lieber

Prof. Dr. Nivaldo Carneiro Júnior

Prof. Dra. Lidia Ruiz Moreno

DEDICATÓRIA

À minha mãe, Creusa Maria de Sousa Braga que, com sua sabedoria de professora primária, me educou. Ao meu pai, João Carlos Ribeiro Braga, *in memoriam*, por sempre sonhar comigo e me impulsionar com palavras de coragem e sabedoria.

Ao meu esposo, Gleison Frota Andrade, por me ajudar nessa caminhada, por saber que o estudar traz alegria aos meus dias, por ser meu apoio, minha fortaleza. Por me ajudar a ser uma pessoa melhor, pela sua generosidade, por nossas amadas filhas Marinna e Manuella, pelo sentimento de felicidade em voltar para nossa casa após longos dias no mestrado: o meu muito obrigada meu amor!

À minha irmã Núbia Braga e minha sogra Maria Alice Frota, que, por diversas vezes, se mudaram para minha casa para cuidarem de minhas pequenas nos dias em que estive neste “nortão do Brasil” e em São Paulo.

Agradeço a Deus por ter sido escolhida;
Sempre cuidada, amada e protegida;
Obrigada pai, pelo dom da fé que a mim concedestes.
Por saber que minha vida está em tuas mãos.
Pelas oportunidades de crescimento, pelos desafios propostos e pela tua graça
constante nos momentos de angústias, medos e também de felicidade.

*A Fé é a nossa vitória que vence o mundo. É o
fundamento da esperança, é uma certeza a
respeito do que não se vê. (1 Jô 5,4; Hb 11, 1)*

AGRADECIMENTOS

À Prof. Dra. Paulete Goldenberg, a nossa mãe Goldenberg, pela sua sapiência, generosidade e vitalidade que me motivou durante toda essa nossa caminhada. Com você aprendi muito, você foi escolhida por Deus para estar comigo. Muito obrigada adorável e inesquecível professora!

Ao querido amigo Prof. Dr. Neilton Araújo de Oliveira, com quem tenho tido a grata satisfação de trabalhar, pelo incentivo e sua enorme generosidade em me ensinar.

Ao Prof. Msc. Itágores Hoffman I Lopes Sousa Coutinho, por acreditar no projeto de pesquisa e pelo apoio recebido na coordenação do curso de medicina da UFT.

Aos professores e estudantes de medicina da UFT pela confiança e participação neste trabalho.

À tutora prof. Gessy e aos mestrandos do Tocantins, Lisy Mota, Itamar Magalhães e Flávio Dias pelos momentos de alegria e aprendizado mútuo nas atividades do mestrado.

Aos irmãos Goldenberg, Maribel Smith e Cleson Oliveira, pelo carinho e incentivo;

Aos queridos amigos de mestrado pelo aprendizado e alegria em estarmos juntos, em especial, Lisy pelo seu companheirismo durante nossos dias fora de casa, que, assim como os amigos Flávio e Itamar, contribuiu decisivamente para a realização dos grupos focais. Ao Cristiano Regis e sua inesquecível mamady, Ana Maria, que de forma alegre e acolhedora me receberam em sua casa. Ao irmão Goldenberg Cleson, pela sua amizade. Jamais esquecerei seu cuidado na primeira vez que andei de metrô. À Lêda França e Denise Moreth, colegas de quarto, presenças que me acalentaram nos dias distantes de casa. Às alegres e carinhosas Andrea Costa, Helenira Barros e Patrícia Soares, amigas que muito me ensinaram e me fizeram rir nos dias frios da metrópole São Paulo.

Ao professor Gilberto Tadeu, pela sua disponibilidade em nos apresentar o centro de São Paulo. As histórias contadas, os lugares visitados, a sua satisfação em estar conosco fizeram deste passeio um momento singular em minha vida: obrigada!

Aos mestres maravilhosos e desbravadores do CEDESS, professores apaixonados pelo ato de ensinar que acolheram a nós nortistas e propiciaram a realização de um sonho tão almejado;

Aos demais funcionários do CEDESS, em especial à querida Sueli Pedroso, que nos acolheram desde o início e sempre dispostos a nos ajudar.

“...O conhecimento científico ensina a viver e traduz-se num saber prático.”

Boaventura dos Santos Sousa

RESUMO

O estudo teve por objetivo geral caracterizar o ensino sobre a Política Nacional de Medicamentos (PNM) na graduação médica da Universidade Federal do Tocantins, focalizando a instituição e seus atores - coordenador do curso, docentes e alunos. Trata-se de um estudo descritivo, em caráter exploratório, apoiado em abordagem qualitativa, que comportou três movimentos investigativos. O primeiro se propôs a identificar, por meio do Projeto Político e Pedagógico, as disposições relativas ao ensino disponibilizado na instituição. O segundo, através de entrevistas semiestruturadas, buscou apreender o ensino da questão do medicamento na perspectiva do coordenador do curso e de docentes das disciplinas de Saúde Coletiva, Saúde da Família: Vivências em Atenção Básica I, Farmacologia Básica e Farmacologia Médica. O terceiro movimento, por sua vez, utilizando a estratégia de grupos focais, viabilizou a qualificação deste ensino sob a perspectiva de estudantes no ciclo básico (sétimo período) e no internato (nono e décimo períodos). Para efeito de análise, foi utilizada a técnica de análise do conteúdo, modalidade temática. Os resultados mostram que o PPP especificou o propósito de formar o aluno para atuar no SUS, com conhecimento aprimorado para as necessidades da população amazônica. Para tanto, em conformidade às Diretrizes Curriculares Nacionais, preconiza a articulação entre a instituição formadora e os serviços de saúde. De forma coerente, ao lado da valorização do ensino pela prática, na perspectiva pedagógica, o projeto aponta para o recurso às metodologias de participação ativa do aluno. No entanto, o PPP não permite antever o tratamento político explícito da questão dos medicamentos. As ementas das áreas de conhecimento da Saúde Coletiva e Farmacologia não abordam a questão formalmente e seus conteúdos não se cruzam. No Internato, algumas áreas discutem o tema, mas de forma pontual. Na perspectiva do coordenador do curso a temática não é priorizada na universidade como deveria. Os professores, por sua vez, afirmaram a falta de preparo a respeito da PNM. Segundo eles não constam do conteúdo programático das disciplinas a abordagem sobre a RENAME. A URM constitui tema mais valorizado, particularmente na Farmacologia, prevalecendo o foco restrito do ensino ao tratamento individual. Os estudantes declararam, enfim, que não foram orientados de forma sistemática sobre a assistência farmacêutica no SUS e reconheceram que esta falta de orientação compromete a prescrição e o acesso dos pacientes aos medicamentos (por eles) indicados. Diante do exposto, emerge a sugestão de aprimorar a relação teórico-prática desde o início do curso, sendo apontada “a prescrição e o acesso aos medicamentos no

SUS” como temática relevante a ser explorada em todas as oportunidades existentes no currículo.

Palavras-Chave: Ensino. Política Nacional de Medicamentos. Assistência Farmacêutica. Educação Médica.

ABSTRACT

The proposed study aimed to characterize the teaching concerning the Brazilian National Drugs Policy (NDP) offered to medical students at the Federal University of Tocantins, focusing on the medicine course coordination, faculty members, students as well as on the institution itself. This is a qualitative descriptive study, of exploratory nature. It has three investigative movements. The first one, based on the medical Political and Pedagogical Project (PPP) of the University, aimed to identify provisions related to the education provided by the institution. The second one, through semi-structured interviews, sought to grasp the teaching of the National Drugs Policy from the perspective of the Medicine course coordinator and the faculty members, specifically those responsible for the Public Health and Family Health courses: Experiences in Primary Care I, Basic Pharmacology and Medical Pharmacology. The third movement, in turn, using focal groups strategy enabled the qualification of the teaching from the perspective of students still in a basic cycle semester (seventh semester) and in the first year of their clinical rotation internship (ninth and tenth semesters). Content and thematic terms analysis technique have been used for analysis purposes. Results showed that the specified PPP aims to prepare students to work in the Brazilian National Health System (NHS), enhancing their knowledge to fulfill the Amazonian population needs. For that, pursuant to the National Curriculum Guidelines, it is necessary to enhance a good educational institution versus health services articulation. In a coherent fashion, valuing teaching by practice, based on a pedagogical perspective, the project aims to use active student participation methodologies. However, the project does not allow to predict explicit political treatment addressing the Drugs issue. Menus covering Public Health and Pharmacology courses do not cover it formally either and their contents do not intersect well. During medical Internship that issue may be discussed but just occasionally. According to the course coordinator, that thematic is not prioritized at the university. Faculty members, in turn, point out that there is a lack of preparation regarding the Brazilian National Drugs Policy and affirm that the National Essential Drugs List (NEDL) is not part of the medical regular curriculum. The Rational Use of Drugs (RUD) is the most valued related subject, particularly in Pharmacology, placing teaching on an individual treatment basis. Students at last declared they have not been systematically instructed about legal aspects concerning pharmaceutical care in the NHS and admitted that it impacts negatively on their prescriptions practice, compromising patients access to medicines. Given the above, it is suggested the improvement of the theory-practice relationship since the beginning of the medical school activities. It is

important to single out "the prescription and access to medicines in the NHS" as a relevant topic to be explored in every opportunity found in the curriculum.

Keywords: Teaching. National Drug Policy. Pharmaceutical Services. Medical Education.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
AIS	Ações Integradas em Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ANS	Agência Nacional de Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CEDESS	Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde
CEME	Central de Medicamentos
CID	Classificação Internacional de Doenças
CFM	Conselho Federal de Medicina
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEF	Dicionário de Especialidades Farmacêuticas
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
ESF	Estratégia Saúde da Família
HGP	Hospital Geral de Palmas
HIPERDIA	Programa Nacional de Reorientação da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IES	Instituição de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
OSCE	Objective Structured Clinical Examination
PDR	Physician's Desk Reference

PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PPP	Projeto Político Pedagógico
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
SAMHPS	Sistema de Atendimento Médico-Hospitalar da Previdência Social
SINMPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
TGO	Transaminase Glutâmico Oxalacética
TGP	Aspartato Aminotransferase
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFT	Universidade Federal do Tocantins
URM	Uso Racional de Medicamentos
USP-DI	Drug Information for the Health Care Professional

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	16
1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Medicamento: da Produção Artesanal à Industrial	17
1.2	Reorganização da Assistência Farmacêutica	20
1.3	O Ensino da Política Nacional de Medicamentos	26
2	OBJETIVOS	33
2.1	Objetivo Geral	33
2.2	Objetivos Específicos	33
3	METODOLOGIA	34
3.1	Delineamento do Estudo	34
3.2	O Ensino da PNM na Instituição	34
3.3	A PNM nas Atividades Disciplinares	35
3.4	O Ensino da PNM na Perspectiva dos Estudantes	37
3.5	Procedimentos Éticos	39
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
4.1	O Curso de Medicina da UFT Segundo o PPP	40
<i>4.1.1</i>	<i>Propósito e Missão Institucional</i>	40
<i>4.1.2</i>	<i>A Organização Didático-Pedagógica</i>	42
4.2	A PNM na Graduação de Medicina da UFT	51
<i>4.2.1</i>	<i>Política Nacional de Medicamentos (RENAME, URM) no Curso de Medicina na Perspectiva do Coordenador</i>	51
<i>4.2.2</i>	<i>Política Nacional de Medicamentos (RENAME e URM) na Perspectiva dos Docentes</i>	55
<i>4.2.3</i>	<i>Política Nacional de Medicamentos (RENAME e URM) na Perspectiva dos Estudantes</i>	74
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
6	REFERÊNCIAS	105
7	APÊNDICES	112
8	ANEXOS	122

APRESENTAÇÃO

Durante minha vivência profissional, a percepção sobre farmacologia foi ampliada para além do entendimento dos mecanismos fisiológicos a ela inerentes. Atuando como farmacêutica em farmácias comerciais e até mesmo nas Assistências Farmacêuticas Estadual e Municipal, deparei-me com diversas situações inquietantes, quer na gestão, ao lidar com assuntos referentes à problemática das demandas judiciais por medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS), o que me levou ao desenvolvimento de projeto de pesquisa nessa temática, quer na assistência, quando observava pacientes utilizando medicamentos de forma incorreta em virtude de vários fatores, inclusive a erros de prescrição. Além disso, ao dialogar com o prescritor, percebia resistência a discutir situações óbvias como a dosagem prescrita erroneamente.

Acredito que a responsabilidade médica vai além do ato de prescrever medicamentos e que há muitas questões a serem respondidas antes de realizar uma prescrição, não somente relacionadas à doença, mas, principalmente, ao usuário e sua condição de saúde, considerando seu contexto biopsicossocial. Reflexões tais como: será que estou sendo eficiente quando prescrevo um medicamento que o paciente não tem condição de comprar? Aquele medicamento era realmente necessário? Conheço o rol de medicamentos existentes na unidade de saúde onde trabalho? O que fazer quando o medicamento a ser prescrito não está disponível na rede pública e qual o impacto para a gestão do Sistema Único de Saúde? Qual a postura ética que um prescritor deve adotar ao ser abordado por outro profissional que também zela pela saúde do paciente? O ato de cuidar é de responsabilidade individual exclusiva de algum profissional?

Lidando com operadores do direito e magistrados no Núcleo de Apoio Técnico às Demandas Judiciais, onde os medicamentos respondem por mais de 50% dos processos, ratifico ser premente o aprimoramento do ensino aliado às condutas como algo primordial para o fortalecimento das políticas públicas, em especial da Assistência Farmacêutica no SUS.

Considerando a implantação da Política Nacional de Medicamentos, na qual a RENAME e a promoção do URM são diretrizes prioritárias que visam garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais e o uso racional de medicamentos, percebi ser importante conhecer como o ensino dessas diretrizes está ocorrendo na graduação médica da Universidade Federal do Tocantins, uma vez que o curso foi concebido para formar profissionais comprometidos com a assistência à saúde da população tocantinense e amazônica e com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

1 INTRODUÇÃO

1.1 Medicamento: da Produção Artesanal à Industrial

O tratamento de doenças no Brasil nos anos iniciais da colonização brasileira, entre os nativos, era realizado por pajés em rituais místicos e por meio do uso de remédios feitos com plantas nativas medicinais. Colonizar a Terra de Santa Cruz, com seu clima tropical, fauna e flora abundantes, comportou desafios à coroa portuguesa, em especial aos jesuítas, que se tornaram responsáveis pela assistência médica no primeiro século de colonização. Alguns padres jesuítas vieram já formados nas artes médicas, mas a maioria acabou aprendendo informalmente na colônia, atuando como físicos, sangradores e até cirurgiões. A descrição, pelos jesuítas, de plantas e ervas curativas inaugurou os primeiros escritos sobre a farmacopeia brasileira (CALAINHO, 2005). Os medicamentos também eram produzidos e vendidos à população por pessoas leigas, os chamados mascates, sendo que estes viajantes comercializavam drogas e medicamentos pelo interior do Brasil. Algumas vezes, curandeiros indicavam remédios para todas as doenças humanas e animais (CYTRYNOWICZ; STÜCKER, 2007).

Sem pretender traçar uma cronologia, a medicina científica chega ao Brasil e, com ela, a instalação das boticas coloniais nos séculos XVI e XVIII - que não diferiam muito das europeias ou americanas. No século XIX e início do século XX, eram vendidos produtos fabricados por laboratórios farmacêuticos europeus, bem como seus próprios medicamentos manipulados. As boticas passaram à denominação de farmácia no decorrer do século XIX, quando a profissão farmacêutica iniciou sua institucionalização na Europa e no Brasil (CYTRYNOWICZ; STÜCKER, 2007).

Santos Filho (1977 apud OLIVEIRA, 2007), destaca que até por volta do início do século XIX, eram praticados no Brasil vários 'tipos' de medicina: a medicina indígena, a jesuítica e a africana - consideradas mais populares e empíricas, a holandesa (exercida por cirurgiões e físicos com diplomas obtidos em escolas europeias) e a ibérica, considerada oficial pelos colonizadores portugueses.

O profissional médico (a profissão era chamada 'médico-farmacêutica') que praticava a medicina ibérica se formava em escolas e hospitais luso-espanhóis, onde o ensino era principalmente teórico, baseado em leituras de textos latinizados de helenos da antiguidade, como Hipócrates e Galeno, e de autores árabes, entre eles, Avicena e Averróis, que comentaram e ampliaram a medicina grega (OLIVEIRA, 2007, p. 16).

O ensino superior profissional no Brasil teve início com a vinda da família Real em 1808, após a criação das Escolas de formação de médicos e cirurgiões na Bahia e no Rio de Janeiro. Embora nos cursos médicos existissem cadeiras que ensinavam a prática da manipulação de medicamentos, o ato de manipular e comercializar já estava proibido em Portugal e, conseqüentemente, nas colônias desde 1641. É importante observar que a separação das profissões médica e farmacêutica já ocorria na Europa desde 1162 e, em relação à sociedade comercial entre esses profissionais, há registros de que em 1240 foi decretada a proibição de qualquer associação entre ambos (CHRISTOFARO, 1999; OLIVEIRA; RISTOW; VOGT, 2009).

As primeiras faculdades médicas brasileiras foram fundadas na Bahia e no Rio de Janeiro, em 1832. Nesse mesmo período, surgiu, atrelada à Faculdade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, a primeira Faculdade de Farmácia do Brasil. Somente em 1939 foi inaugurada a Faculdade de Farmácia de Ouro Preto, conhecida como a primeira escola de farmácia independente do curso de medicina (CHRISTOFARO, 1999; MENEZES, 2005; SPADA et al., 2006).

No século XVIII, a assistência médica no Brasil era pautada na filantropia e na prática liberal, situação pouco modificada no século XIX, quando a interferência estatal ainda era incipiente. Ações voltadas à vigilância do exercício profissional, ao lado do estímulo à realização de campanhas, consideradas as primeiras ações de saúde pública do Estado, foram iniciadas no final desse século e passaram a ser frequentes no contexto da economia rural da época (BRAVO, 2006; FERREIRA, 2003; LIMA, 2002; SANTOS, 2009).

Diante do crescimento da indústria no início do século XX, no Brasil, emerge a atenção voltada para o trabalhador e, com ela, a preocupação com a assistência médica individualizada - até então restrita àqueles que podiam custear os cuidados dos médicos de família. Na década de 20, a Lei Eloy Chaves legisla sobre a previdência social brasileira, viabilizando a implantação de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs). Inicialmente direcionadas aos trabalhadores ferroviários, as CAPs, em 1926, são estendidas aos trabalhadores de docas e navios marítimos e, posteriormente, a outros profissionais do sistema produtivo brasileiro. Localizadas em empresas, funcionavam com recursos advindos das contribuições dos trabalhadores, das empresas e da União. Dentre os direitos dos assegurados e familiares, estava previsto o acesso a medicamentos com preços especiais (COHN, 1996; SANTOS, 2009).

Na seqüência, foram criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPS) que, em substituição às CAPS, são organizados por categoria profissional, em âmbito nacional. Cada

Instituto oferecia benefícios e serviços diferenciados aos trabalhadores. A composição da cesta de benefícios estava atrelada ao poder de pressão de cada categoria e de seu sindicato junto ao Ministério do Trabalho, fundado em 1930 (SANTOS, 2009).

A Criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966, unificou os diversos IAPS e fortaleceu a assistência médica da classe trabalhadora em âmbito nacional (SANTOS, 2009). Os benefícios da previdência, entretanto, estavam restritos aos trabalhadores urbanos, do mercado formal de trabalho. Quanto à população em geral, o acesso aos serviços de saúde se dava através da iniciativa privada ou de entidades filantrópicas, paralelamente às medidas realizadas no âmbito da saúde pública. Tal dicotomia entre o atendimento individualizado e coletivo seria progressivamente intensificada (BRAVO, 2006; FERREIRA, 2003; SANTOS, 2009).

Quanto ao setor farmacêutico, até aproximadamente o período da Segunda Guerra mundial, o Brasil apresentava um cenário semelhante aos países do primeiro mundo, sendo a produção de medicamentos mais artesanal (MARIN et al., 2003). O declínio das boticas ocorreu no pós-guerra, paralelamente à expansão da indústria farmacêutica, junto ao desenvolvimento tecnológico associado à pesquisa para a produção de novos medicamentos. Cabe destacar que, no Brasil, a estruturação da indústria farmacêutica teve início na década de 30, porém a produção local era pequena e dependente dos insumos internacionais (BUSS; CARVALHEIRO; CASAS, 2008).

No contexto da reorganização econômica das nações no período do pós-guerra, a produção mundial de medicamentos se intensificou, disseminando seu consumo. As multinacionais se espalharam pelo mundo e, a partir da década de 50, se instalaram no Brasil. Sem considerar a questão de transferência de tecnologia, elas tornaram o país um centro fornecedor de medicamentos para a América Latina, além de abastecer o importante mercado consumidor nacional. No ano de 2009, ocupamos o 9º lugar no mercado consumidor mundial (BUSS; CARVALHEIRO; CASAS, 2008; BRASIL, 2010a).

Descobertas nas áreas médica e farmacêutica, rapidez, facilidade de transporte e distribuição de mercadorias, bem como produção em larga escala, geraram uma renovação do setor farmacêutico no Brasil, particularmente no âmbito da distribuição dos medicamentos. Evidenciou-se também o aumento de estabelecimentos denominados farmácias comerciais (drogarias), que vendiam medicamentos industrializados, em detrimento da diminuição das farmácias de manipulação. Houve, ainda, migração do farmacêutico para outras áreas como, por exemplo, análises clínicas (SPADA et al., 2006).

Diante da evolução tecnológica e do avanço das formas de empreendimento, pesados investimentos são alocados na área de divulgação de medicamentos, o que vai concorrer, juntamente com outros fatores, para a disseminação das práticas de medicalização junto à população. A medicalização é “a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médico-assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo” (BARROS, 2002, p. 77). Tais desdobramentos tangenciariam o movimento de expansão da assistência médica individualizada, ancorada nos serviços previdenciários, assim como a expansão do ensino superior em saúde, que concorreria para o incentivo da prescrição medicamentosa e o uso desnecessário dos mesmos, comprometendo assim o acesso qualificado aos serviços médico-assistenciais (BARROS, 2002, 2004).

Este é o esboço de um quadro de origem que lastreia o processo de reorientação frente à questão da distribuição e uso abusivo de medicamento no contexto da reorganização dos serviços de saúde em nosso meio, envolvendo seu enfrentamento no plano político, com suas ramificações no âmbito da formação médica.

1.2 Reorganização da Assistência Farmacêutica

Em meio à crise do modelo econômico de substituição de importações, num contexto politicamente conturbado do Brasil, a unificação da previdência acompanha a disposição de reorganização da assistência previdenciária, que segue paralelamente à instalação da indústria de bens duráveis e de bens de capital no período pós-segunda guerra mundial. Acompanhando as transformações em curso, instala-se a Reforma Universitária, com vistas à preparação de recursos humanos capazes de dar sustentação ao projeto desenvolvimentista em curso (MALTAGLIATI; GOLDENBERG, 2007; MARTINS, 2009).

Instalada em 1968, a Reforma Universitária aboliu a cátedra no âmbito administrativo, substituída pelos departamentos, e instituiu a carreira universitária para os docentes, com o ingresso mediante aprovação em concursos públicos. Preconizando a associação entre ensino e pesquisa, a Reforma instala a pós-graduação no país. Instigando o desenvolvimento da relação teoria-prática, preconiza a incorporação do ensino das Ciências Sociais, tendo em vista reorientar suas ações para a realidade nacional (MALTAGLIATI; GOLDENBERG, 2007; MARTINS, 2009; SILVA, 2004).

Data deste período a institucionalização dos currículos mínimos que incorporam princípios das reformas curriculares preconizadas pelo Relatório Flexner (publicado em 1910)

– que apontava para a necessidade de reforçar o aprendizado das Ciências e o desenvolvimento de pesquisa no formato do ensino universitário. Tais proposições acabaram originando o currículo estruturado por ciclos, atravessados pelas disciplinas, o que, por sua vez, propiciaria a criticada fragmentação do ensino e valorização da especialização. O relatório já preconizava, por ocasião de sua publicação, o ensino em serviços de saúde (no caso o hospital), reforçando a necessidade de aliar os conteúdos teóricos às vivências no campo durante a prática profissional (MALTAGLIATI; GOLDENBERG, 2007; SILVA, 2004).

Se estas diretrizes, no âmbito do ensino superior, guardam relação com a renovação do desenvolvimento urbano – industrial, o mesmo se aplica à expansão da assistência à saúde, que requer pessoal especializado em número capaz de sustentar tal expansão. Sob os auspícios da Previdência, cujo crescimento justificou a criação de um ministério próprio em 1974, desvinculado do Ministério da Saúde - não só aumentou a cobertura da assistência individualizada, mas, também, os requisitos técnicos de um modelo assistencial centrado no hospital (MERCADANTE, 2002).

Ao lado desse movimento, em meio à expansão da indústria farmacêutica, assume papel relevante a questão dos medicamentos. A propósito, a atuação do governo brasileiro relacionada ao acesso da população ao tratamento medicamentoso, segundo Bermudez (1995), esteve presente em 1964, quando foi lançada a Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais de Uso Farmacêutico Humano e Veterinário. Considerada a primeira RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), ela relacionava medicamentos prioritários a serem disponibilizados à população 13 anos antes que a OMS fizesse recomendações dessa ordem (BRASIL, 2008; MARIN et al., 2003).

Paralelamente à aprovação da unificação da previdência e à expansão da assistência individualizada, a CEME (Central de Medicamentos) passa a ocupar um lugar central na distribuição de medicamentos para a rede pública. Para Gomes (2004), a Assistência Farmacêutica no Brasil se confundiu com a existência da CEME e as atividades por ela desenvolvidas. Criada em 1971 pela Presidência da República, a CEME tinha como objetivo principal prover e organizar o fornecimento de medicamentos a preços acessíveis à população e regular a produção e distribuição de fármacos dos laboratórios subordinados ou vinculados aos Ministérios da Marinha, Exército, Aeronáutica, Saúde, Trabalho e da Previdência Social. A CEME abastecia a rede de serviços públicos ambulatoriais, inclusive os serviços do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Ressalta-se o convênio celebrado com o Ministério da Saúde que, de forma centralizada, adquiria os

medicamentos e os distribuía aos Estados. Embora elevado índice de produção de medicamentos essenciais na década de 80 por laboratórios oficiais e privados de capital nacional tenha sido alcançado, os propósitos da CEME foram se perdendo ao longo dos seus 26 anos, na medida em que não se alcançou a implantação de uma política de assistência farmacêutica efetiva, resultando em sucateamento dos laboratórios oficiais, bem como no comprometimento da implantação da RENAME. São imputados ao período em que a CEME fazia a gestão dos medicamentos públicos uma distribuição sem parâmetros técnicos, perda significativa de medicamentos por vencimento do prazo de validade, armazenamento inadequado e, conseqüentemente, prejuízos ao erário público. A CEME foi desativada em 1997, envolta em denúncias de corrupção (ALVES, 2009; GOMES, 2004; MARIN et al., 2003).

Nesse sentido, até a década de 80, a saúde pública brasileira se caracterizava por campanhas de vacinação, de erradicação de doenças e assistência médico-hospitalar aos excluídos da cobertura previdenciária. Esse modelo assistencial baseava-se na cura individual, tornando-se paulatinamente dependente da utilização de tecnologias, dentre elas os medicamentos, contribuindo para a busca por profissionais especialistas, em detrimento da clínica geral, e grande expansão das escolas médicas ao longo da década de 1970 (SANTOS, 2009).

Vale mencionar ainda que durante a 30ª Assembleia Mundial da OMS (Organização Mundial de Saúde), ocorrida em 1977, foi aprovada a meta Saúde para Todos no ano 2000, que balizou, juntamente com as Conferências Internacionais, o processo de reorganização da assistência em nosso meio, priorizando, agora, atenção primária - como contraponto da assistência de caráter excludente, basicamente organizada em torno da atenção hospitalar. Acompanhava a proposta a recomendação para que os países adotassem uma lista de medicamentos essenciais como medida prioritária de promoção à saúde (BUSS, 2000; MARIN et al., 2003).

A promoção da saúde, envolvendo o conceito ampliado de saúde, deixou de ser apenas a ausência de doença, mas um bem-estar biopsicossocial. Esse conceito surgiu no Canadá, com a divulgação do Informe Lanlonde, em 1974. Este documento reuniu os determinantes da saúde em biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência, chamando assim à atenção para os cuidados além do binômio saúde-doença (BUSS, 2000).

Em 1978, a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata, e a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, 1986, destacaram a necessidade de medidas governamentais que garantissem a saúde como direito do cidadão e

que também pudessem dividir com o indivíduo a responsabilidade por sua própria saúde. Nesse contexto, a promoção da saúde está diretamente relacionada à educação em saúde, na qual o Estado deve providenciar informações sobre prevenção de doenças, promoção da saúde e desenvolver práticas educativas que conduzam o cidadão ao entendimento sobre sua saúde e os fatores relevantes para a sua manutenção. Como consequência dessas discussões, a Carta de Ottawa preconiza que a saúde deve ser considerada um recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal (BUSS, 2000; TAVARES et al., 2009).

A entrada dos anos 80, no contexto da recessão internacional, e a expansão da assistência, em âmbito nacional, culminariam numa crise financeira. Ao lado das injustiças sociais que o sistema de saúde comportava, tais indícios alimentariam propostas em busca de caminhos para reorganização dos serviços de saúde - já em gestação nos planos nacional e internacional (CARVALHO; BARBOSA, 2010; SANTOS, 2009).

Em 1977 foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que pretendeu articular as ações de saúde entre si, por meio do Sistema Nacional de Saúde (SNS), e entre o conjunto das políticas de proteção social por meio do SINMPAS – Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (CARVALHO; BARBOSA, 2010; SANTOS, 2009).

Em meio à crise econômica, na tentativa de racionalizar a oferta de serviços, foi criado, em 1981, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), resultando na implantação dos Programas Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS) e das Ações Integradas em Saúde (AIS), sendo o primeiro para disciplinar o financiamento e o controle da rede assistencial privada contratada e o segundo para revitalizar e racionalizar a oferta do setor público por meio da regionalização e hierarquização da rede. Mais adiante, o SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde, criado pelo Decreto 94.657/87, viria a reforçar as funções e atribuições das três esferas de gestão, preconizando a descentralização (CARVALHO; BARBOSA, 2010; SANTOS, 2009).

A década de 80 no Brasil representou a consolidação da luta política e social que reivindicava melhores condições de vida e garantias à população no que se refere ao acesso aos serviços de saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em março de 1986, configura-se como um marco da Reforma Sanitária, que, segundo Bravo (2006), introduziu a sociedade no cenário da discussão da saúde, tendo contado com a participação de associações de moradores, sindicatos, partidos políticos, associação de profissionais e parlamentares, entre

outros, constituindo um marco da estruturação do capítulo da saúde na Constituição Federal promulgada em 1988 (MARIN et al., 2003).

A Constituição Federal de 1988, na Seção II, Artigos 196-200, institucionaliza o Sistema Único de Saúde (SUS). A saúde, como direito, passa a ser de todos os cidadãos e não somente dos contribuintes da previdência social. Outro marco importante foi a garantia do direito à saúde, devendo o Estado assegurá-la mediante políticas sociais e econômicas. O Art. 196 estabelece:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90) regulamenta a Constituição e, em seu artigo 6º, determina como campo de atuação do SUS a “formulação da política de medicamentos (...)”.

Quanto ao financiamento do SUS, a Constituição o garante por meio de fontes específicas da Seguridade Social, sendo esta mantida com recursos provenientes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios, e de Contribuições Sociais. Portanto, a responsabilidade pela manutenção, financiamento e organização do Sistema é de todos os entes federados (CARVALHO; BARBOSA, 2010).

A Lei 8.080/90 atribui ao setor saúde a responsabilidade pela “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, garantindo à população acesso aos serviços e ações de saúde, sem privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1990). E ainda estabelece os princípios e diretrizes do SUS: universalização do direito à saúde, descentralização com direção única para o sistema, integralidade da atenção à saúde, participação popular visando ao controle social.

Em meio às inquietações da sociedade, foi realizado, em 1988, o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Políticas de Medicamentos (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008). No mesmo ano, foi publicada a Portaria GM/MS nº 3.916, que dispõe sobre a Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998). Esta política, baseada nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, passa a constituir parte fundamental da Política Nacional de Saúde adotada, tendo em vista garantir o acesso aos medicamentos considerados essenciais. A partir de 2002, a OMS modificou o conceito de medicamentos essenciais que deixaram de ser direcionados somente para doenças prevalentes, passando a ser elencados em função das situações prioritárias em saúde pública (BRAVO, 2006; MARIN et al., 2003; WANNMACHER, 2012a, 2012b).

Em consonância com a PNM, em 2004, o Conselho Nacional de Saúde aprovou e publicou a Resolução CNS nº 338 que estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), definindo-a como:

Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização na perspectiva da obtenção de resultados concretos da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004a).

A PNM e a PNAF ressaltam a importância estratégica de três eixos relacionados aos medicamentos: a garantia da segurança, eficácia, efetividade e qualidade; a promoção do uso racional; e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 2011a). A garantia do acesso aos medicamentos no SUS perpassa, inevitavelmente, pela efetivação da RENAME e pela Promoção do Uso Racional de Medicamentos nas três esferas de gestão.

Em 2006, a partir da publicação das Diretrizes para Operacionalização dos Pactos pela Vida e de Gestão, o SUS passou a considerar a Assistência Farmacêutica como um bloco específico de financiamento (BRASIL, 2006b).

A RENAME lançada em 2010 ressalta que:

É fundamental para um profissional que atue na área de saúde a compreensão destes componentes e particularmente das diferenças importantes relacionadas aos critérios de seleção de cada um destes elencos para usufruir dos benefícios da RENAME e sua principal extensão, o Formulário Terapêutico Nacional (BRASIL, 2010b, p. 16).

A construção da RENAME reporta à seleção de medicamentos seguros, eficazes e adequados para o tratamento de doenças prevalentes e prioritárias em nosso meio, sendo definidas listas de medicamentos a serem disponibilizadas pelo sistema. No campo gerencial, a adoção de uma lista padronizada de medicamentos contribui para a racionalização dos recursos financeiros que, devidamente aplicados, poderão garantir a oferta de medicamentos à população. É importante ressaltar que a RENAME está atrelada ao Formulário Terapêutico Nacional que apresenta os aspectos farmacológicos desses medicamentos (BRASIL, 2010b).

Com a publicação do Decreto 7.508/11 (BRASIL, 2011c) que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, a RENAME se fortalece e passa a compreender a seleção e a

padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. Como desdobramento do referido decreto, foi publicada, em 2012, a portaria GM nº 533, de 28 de março, que estabelece a RENAME 2012 e inclui todos os medicamentos financiados para uso ambulatorial nos Componentes da Assistência Farmacêutica: Básico, Estratégico e Especializado, bem como insumos farmacêuticos e os medicamentos de uso hospitalar, conforme a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais do SUS. O artigo 28 do Decreto define que o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica está atrelado à prescrição por profissional de saúde do SUS, em conformidade com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (BRASIL, 2011c, 2012).

Portanto, a difusão da RENAME entre os graduandos de medicina constitui uma estratégia para a concretização dos objetivos da PNM no cotidiano da população atendida pelo SUS, dentre eles a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM).

Diante destas disposições, se coloca a indagação sobre a formação médica no sentido de atender ao cumprimento desta política.

1.3 O Ensino da Política Nacional de Medicamentos

Com a institucionalização da assistência médica individualizada no país e sua progressiva expansão, em meio ao processo de instalação do SUS, difunde-se a medicalização. Integrando o arsenal tecnológico da saúde e a melhoria de condições de vida, o uso do medicamento se dissemina, concorrendo, entre outras considerações, para o aumento da expectativa de vida no Brasil. Conforme dados do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - essa expectativa de vida ao nascer passou de 34,5 anos, em 1910, para 60,5 anos, na década de 70, e, em 2008, chegou a 72,7 anos. Dentre os fatores que contribuíram para esse crescimento, consta o acesso aos serviços de saúde e, por correspondência, as descobertas de fármacos que permitiram combater doenças que dizimavam a população mundial, tais como varíola, febre tifóide, tuberculose, dentre outras (BELON; BARROS, 2011; LEÃO, 1997; MARIN et al., 2003). Em estudo realizado por Belon e Barros (2011) sobre a esperança de vida ao nascer no município de Campinas, entre 1991, 2000 e 2005, a explicação atribuída pelos autores para a queda da mortalidade e o aumento da sobrevida relacionadas às doenças do aparelho circulatório coincidem com outros estudos que evidenciam a associação entre melhores condições de assistência médica e avanço tecnológico para a prevenção e tratamento dessas enfermidades.

Neste sentido, podemos dizer que o progresso da ciência e a elaboração dos medicamentos¹ representaram, para os profissionais de saúde, especialmente para os médicos, uma importante ferramenta de trabalho que auxilia na recuperação da saúde da população atendida, ou mesmo no controle de doenças crônico-degenerativas, como hipertensão, diabetes e artrite reumatoide e, até mesmo, na cura de doenças infectocontagiosas ainda existentes em nosso país. É importante ressaltar que os medicamentos, como um bem de consumo na sociedade pós-moderna, também são capazes de interferir de forma inadequada na saúde da população. Barros (1995 apud AQUINO, 2008), revela que pelo menos 35% dos medicamentos adquiridos no Brasil são feitos através de automedicação. Aquino (2008), nesse mesmo estudo, apresenta dados estatísticos mostrando que aproximadamente um terço das internações ocorridas tem como origem o uso incorreto de medicamentos, os quais respondem por 27% das intoxicações e 16% dos casos de morte por intoxicações.

A OMS alerta que o Uso Racional de Medicamentos deve ser realizado respeitando alguns preceitos: Escolha terapêutica adequada; Indicação apropriada baseada em evidências clínicas; Medicamento apropriado, considerando eficácia, segurança, conveniência para o paciente e custo; Dose, administração e duração do tratamento apropriadas; Paciente apropriado, isto é, inexistência de contraindicação e mínima probabilidade de reações adversas; Dispensação correta, incluindo informação apropriada sobre os medicamentos prescritos; Adesão ao tratamento pelo paciente; Seguimento dos efeitos desejados e de possíveis eventos adversos consequentes do tratamento. Nestas condições, ocorre o Uso Racional de Medicamentos quando os pacientes recebem medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas, em doses adequadas às suas particularidades individuais, por período de tempo necessário e com baixo custo para eles e para sua comunidade, conforme definido em 1985, na Conferência Mundial sobre o Uso Racional de Medicamentos, realizada em Nairobi, Quênia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS), 2008).

Atallah (2010), em relação à incorporação de tecnologias no SUS e aos interesses econômicos que permeiam o complexo cenário dos medicamentos, defende que o SUS deve adquirir e disponibilizar o que tem efetividade e o primeiro passo para isso é educar e treinar as pessoas para não se deixarem levar por crenças, interesses e emoções, ressaltando que a conduta médica deve ser pautada numa atuação que, de fato, traga mais benefícios que malefícios ao paciente e que seja superior ao que a natureza faria sozinha de forma que não se desperdice dinheiro com a compra de medicamentos.

¹ Medicamento, segundo a Lei 5.991/73, é um produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.

Quanto à problemática da regulação dos medicamentos relacionada ao acesso no sistema de saúde, Contandipoulos (2010) destaca que esta é permeada por diferentes lógicas: a Lógica Profissional, que propõe o esquema terapêutico; a Tecnocrática-Gestores e Planejadores, ligada ao planejamento e à racionalidade administrativa; a do Mercado-Indústria Farmacêutica, pautada no comércio; e a Democrática-Ambiente Político, ligada ao papel do Estado. Considerando o panorama brasileiro, os números revelam crescente consumo de medicamentos, recursos finitos e insuficientes do poder público para custear a demanda, baixa renda da população - conforme censo de 2002, 60% dos trabalhadores têm renda de até 2 salários mínimos - e os diversos interesses que permeiam a questão do medicamento fazem da garantia do acesso da população ao tratamento medicamentoso, através de uma política de assistência farmacêutica, um tema conflituoso e complexo (CONTANDRIPOULOS, 2010; GOMES, 2004).

Alves (2009) ressalta que os gastos com medicamentos nos serviços de saúde variam de 8%, em países desenvolvidos, podendo chegar a 40% em países em desenvolvimento. Em 2009, o percentual gasto pelo Ministério da Saúde representou 11,1% de todo o orçamento destinado à Saúde, correspondendo a R\$ 21 bilhões, tornando o Estado responsável por aproximadamente 30% do mercado global de medicamentos no país (GUIMARÃES, 2010). Este é um aspecto a ser observado, pois os gastos públicos com medicamentos constituem um fator que pode interferir substancialmente na efetivação de uma política pública que garanta o acesso da população aos medicamentos.

Leite, Vieira e Veber (2008), em uma revisão de artigos publicados no Brasil e na América Latina, descrevem que diversas prescrições contêm medicamentos não acessíveis à grande parte da população, impedindo o cumprimento dos tratamentos prescritos. Fato corroborado na revisão teórica realizada por Oliveira, Assis e Barboni (2010), que destaca a prescrição de medicamentos não pertencentes à RENAME como um dos problemas que comprometem o acesso dos usuários do SUS à farmacoterapia.

Em um estudo sobre a utilização de medicamentos em gestantes usuárias do SUS, realizado no município de Piracicaba-SP, Carmo e Nitrine (2004) demonstraram valores baixos de indicadores relacionados à prescrição de medicamentos pela denominação genérica, bem como a fazerem parte da Lista de Medicamentos Padronizados. As autoras atribuíram os baixos valores também ao desconhecimento, por parte dos prescritores, da legislação vigente, evidenciando a não adesão dos profissionais à Política de Saúde e ressaltando a necessidade de discutir as práticas de prescrição.

Em relação às demandas judiciais por medicamentos no SUS, Vieira e Zucchi (2007) observaram que 59% das prescrições analisadas foram originadas no SUS e que 62% dos medicamentos solicitados faziam parte de listas de programas do SUS; Segundo eles, o desconhecimento do prescritor sobre a disponibilidade destes medicamentos no SUS e a presença de falhas da gestão no que se refere à garantia do acesso constituem fatores para a ocorrência dessas demandas.

Bissol (2010), ao discutir o direito à saúde e o acesso a medicamentos, faz uma crítica às instâncias de poder de Estado quanto à lógica ambígua do SUS ao declarar que:

Aprende-se na faculdade que duas ordens não convivem no mesmo espaço ao mesmo tempo, porque uma é desordem em relação à outra. A educação e a formação dos profissionais de saúde são voltadas para o modelo privatista, ou seja, grande parte do SUS tenta ser viabilizado pelo viés privatista (BISSOL, 2010, p. 84).

Face à luta dos movimentos sociais da década de 80 que reivindicavam do Estado o direito à saúde e a sua efetivação na Constituição Federal de 1988, que estabelece, dentre outras atribuições, ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde, foi publicada, em 1996, a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional que, em seu Artigo 43, define:

Educação superior deve ter entre suas finalidades, o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual, destacando, em particular, os problemas nacionais e regionais, prestando serviços à população e estabelecendo com a mesma uma relação de reciprocidade (BRASIL, 1996).

Santos (1988, p. 69) revela que o “conhecimento científico ensina a viver e traduz-se num saber prático”, portanto os processos de mudanças vivenciados ao longo dos anos no campo da organização dos serviços de saúde que culminaram na criação do SUS, bem como a evolução do conhecimento, da tecnologia e transformação nos aspectos demográficos e epidemiológicos, têm gerado a necessidade de formar profissionais críticos e reflexivos, com habilidades e conhecimentos para atuar no sistema de saúde, inserindo novos conceitos como trabalho multi, trans e interdisciplinar, a integralidade da atenção, a indissociabilidade da atenção e da gestão, a intersetorialidade e o controle social.

Em consonância à LDB/96, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a Área da Saúde, em vigor desde 2001, determinam que cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de

procurar soluções para os mesmos. Propõem, ainda, a aprendizagem ativa centrada no aluno (sujeito) e no professor (facilitador e mediador do processo) para formar profissionais voltados para atender às necessidades de saúde da população, considerando as especificidades e peculiaridades culturais, sociais e econômicas regionais. Ceccim e Feuenweker (2004) destacam que, diante do intuito de consolidação do SUS, estas disposições devem preconizar o rompimento definitivo com o paradigma biologicista - medicalizante e hospitalocêntrico.

No contexto da educação médica, é importante destacar a necessidade de que os alunos dos cursos médicos possam, durante a graduação, conhecer e vivenciar os dilemas do SUS, sendo a questão do acesso aos medicamentos uma das mais relevantes. Oliveira et al. (2011), em estudo realizado com alunos de medicina e de direito sobre demandas judiciais, destacam que:

A análise crítica do direito à saúde, da gestão da assistência farmacêutica e do processo de construção do SUS, ao lado do processo de mudança na educação médica, pode estimular estudantes a refletir e perceber a prescrição médica como uma parte do ato médico, que é muito mais complexo, mas para isso necessita formação profissional fundamentada em novos referenciais de prática, especialmente os relacionados à integração ensino, serviços de saúde e comunidade (OLIVEIRA, 2011, p. 131).

Arrais, Barreto e Coelho (2007), ao analisar os processos de prescrição e dispensação em Fortaleza-CE, afirmam que são necessárias mudanças na formação médica e farmacêutica para que os aspectos éticos, a humanização do atendimento, o compromisso social e a comunicação efetiva sejam levados em consideração. Tais propósitos devem ser buscados no ensino médico e isso condiz como citado no parágrafo único do artigo 5º da Diretriz curricular para o curso de medicina, segundo o qual a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contrarreferência e o trabalho em equipe - que circunscreve a questão do acesso aos medicamentos e sua prescrição no âmbito do SUS.

Segundo o **Projeto Político Pedagógico (PPP) da UFT, elaborado em 2006**, as primeiras aulas do curso de medicina tiveram início no segundo semestre de 2007, tendo por princípio a promoção de parcerias em âmbitos Estadual e Municipal a fim de permitir e efetivar a aproximação do aluno à prática nos serviços desde cedo, visando à formação de profissionais médicos comprometidos e identificados com as necessidades de saúde do Estado e da região amazônica. Adotando o princípio do ensino pela prática, aliado à participação ativa do aluno, pela via do PBL, o projeto preconiza a integração das atividades de ensino, pesquisa e extensão, voltadas para a atenção integral à saúde, em consonância com as

políticas do SUS para a região - o que justifica a consideração da dimensão política da utilização e o provimento do medicamento na amplitude que sua consideração requer.

Dentre as características que devem estar presentes num curriculum, considerando os novos propósitos do SUS, está a interdisciplinaridade, deslocando-se o eixo do conteúdo curricular para as estratégias de ensino-aprendizagem, com a valorização da complexidade e a consciência de que a produção do conhecimento é primordial para as transformações sociais (MAIA, 2004). Diante de tais configurações, delinea-se o desafio da construção de um projeto renovado, capaz de contemplar a renovação que se impõe.

Moran, Masetto e Behrens (2000) relatam que o aprendizado deve ser significativo, pois enquanto a informação não fizer parte do contexto pessoal - intelectual e emocional - não se tornará verdadeiramente significativa, não será aprendida verdadeiramente. Justificam que atualmente é frequente dispor de um amplo conhecimento horizontal - sabe-se um pouco de muitas coisas, um pouco de tudo. Falta, entretanto, um conhecimento mais profundo, mais rico, mais integrado; o conhecimento diferente, revelador, mais amplo em todas as dimensões. E que há uma interação entre as expectativas dos alunos, as expectativas institucionais e sociais e as possibilidades concretas de cada professor. Alerta para a necessidade do respeito e valorização das diferenças individuais. O professor deve procurar facilitar a fluência, a boa organização e a adaptação do curso a cada aluno, mas há limites que todos levarão em consideração. Por fim, acrescenta que no trabalho com alunos, o professor deve encontrar o ponto de equilíbrio entre as diferentes expectativas - sociais, do próprio grupo e as individuais - que permeiam o ensino-aprendizagem. Estas disposições apontam para uma realidade que não se implanta automaticamente.

Com um currículo inovador e integrado, a UFT valoriza a relação entre teoria e prática, inserindo o aluno no serviço desde o início do curso, tendo como cenário de prática as Unidades Básicas de Saúde, hospitais e serviços de referência do município de Palmas. Ao final da graduação, o estudante irá realizar o internato rural, no qual deverá permanecer durante 5 meses, trabalhando na atenção primária em uma cidade do interior do Tocantins. Ancorada na concepção construtivista, a universidade busca, no processo ensino-aprendizagem, desenvolver a aprendizagem significativa apoiada em metodologias problematizadoras e assim preparar os graduandos para atuarem de forma consciente e responsável no sistema público de saúde da região (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS (UFT), 2006).

Em meio à complexidade do modelo proposto, é lícito pensar que a implantação do projeto institui um exercício contínuo de construção e reconstrução, no esforço de seu

realinhamento, tendo em vista os propósitos estabelecidos no PPP. Embora o medicamento seja amplamente utilizado na prática do exercício profissional, evidenciando a centralidade de sua utilização na assistência, prevalece a suspeita de que as discussões e o aprendizado no âmbito da política pública de medicamentos adotada no país sejam secundarizados. O modelo pedagógico, por si só, não seria suficiente para garantir o cumprimento das metas relativas ao dimensionamento da prescrição de medicamentos no âmbito de sua consideração política, observadas as dificuldades de sua concretização.

Sem pretender adentrar nos múltiplos recortes que a abordagem da (ciência) Política comporta, trata-se de pensar, no âmbito da estrutura curricular, elementos capazes de balizar caminhos de superação do tratamento convencional da prescrição medicamentosa, circunscrita ao tratamento biológico, descolado da integração que se impõe entre o plano individual e o coletivo. Enveredar por este campo constitui passo fundamental na construção das reformulações pedagógicas capazes de fomentar posturas condizentes e socialmente responsáveis com relação às práticas da prescrição medicamentosa em nosso meio, consoante com o cumprimento da proposta de aproximação ao SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Caracterizar o ensino sobre a Política Nacional de Medicamentos (PNM) na graduação médica da Universidade Federal do Tocantins.

2.2 Objetivos Específicos

1. Identificar/caracterizar o ensino da PNM, relativo à RENAME e ao URM, no âmbito da política institucional;
2. Dimensionar a inserção da PNM nos conteúdos e práticas disciplinares na perspectiva dos coordenadores e docentes do curso de medicina da UFT;
3. Avaliar o ensino da PNM na perspectiva dos alunos do curso de medicina da UFT;
4. Desenvolver a proposta de um curso de formação continuada para professores e profissionais de saúde sobre a prescrição e acesso a medicamentos no SUS, no espaço da medicina da UFT

3 METODOLOGIA

3.1 Delineamento do Estudo

Em atenção aos objetivos da investigação, realizou-se um estudo descritivo, de caráter exploratório, apoiado em abordagem qualitativa. Segundo Minayo e Deslandes (2002), a abordagem qualitativa possibilita ao investigador fazer observações de valores, crenças, dados do cotidiano e buscar o significado da ação social segundo a ótica dos sujeitos pesquisados.

Focalizando a instituição e seus atores, a investigação comportou três movimentos investigativos. O primeiro se propôs a identificar, formalmente, as disposições relativas ao ensino oferecido na instituição. O segundo, focalizando a operacionalização da proposta, buscou apreender o ensino da questão do medicamento na perspectiva do coordenador do curso e dos docentes. O terceiro movimento, por sua vez, focalizou a qualificação deste ensino na perspectiva dos estudantes.

Primeiro movimento

3.2 O Ensino da PNM na Instituição

O estudo realizado na UFT ateve-se ao curso de medicina por ser o único na universidade que habilita profissionais a prescreverem medicamentos. Além disso, por ser um curso recente, pressupõe-se que tenha sido elaborado segundo as novas disposições constitucionais.

A identificação das disposições formais relativas ao ensino de medicamentos no âmbito institucional foi realizada com base na análise documental, tendo como fonte privilegiada o Projeto Político Pedagógico. A análise de documentos é uma técnica importante nas pesquisas qualitativas que visa complementar informações obtidas por outros métodos e até mesmo levantar questionamentos ainda não suscitados, possibilitando assim um olhar ampliado sob uma dada situação (LUDKE; ANDRÉ, 1986; CALADO; FERREIRA, 2004, 2005). Nesse sentido, o Projeto Político Pedagógico constitui um registro de intencionalidades que abriga as proposituras de um novo curso e, ao mesmo tempo, pode ser visto “como produto inacabado” e aberto a transformações, uma vez que integra em sua concepção o contexto histórico-cultural, carrega valores e visões políticas de formação e assim representa o

registro do planejamento para a construção permanente e contínua de um curso. Desse modo, trata-se de um texto escrito, um documento formal com o propósito de orientar a ação educadora – ensino e aprendizagem (BICUDO, 2011).

Constaram desta investigação os seguintes eixos temáticos:

1. Missão institucional;
2. Organização didático-pedagógica;
3. Estrutura curricular e Ementário;

Estrategicamente foram focalizadas as disciplinas do primeiro e segundo períodos, respectivamente, Saúde Coletiva e Saúde da Família: Vivências em Atenção Básica I por estudarem o Sistema Único de Saúde orientando o estudante para a atuação na área de serviços na qual se insere a questão política do medicamento e as disciplinas de Farmacologias Básica e Médica que tratam da questão do medicamento como agente terapêutico do processo saúde-doença, ministradas no quarto e sexto períodos, respectivamente.

Os dados coletados foram organizados utilizando o Programa Excel.

Para efeito de tratamento dos dados, recorreremos à análise temática ou de conteúdo de discurso. Foram identificadas as unidades de sentido e, em seguida, realizada a categorização das mesmas de forma a possibilitar estabelecer relações com o contexto social, apoiando-se no referencial teórico adotado a propósito da Política Nacional de Medicamentos e, mais especificamente, da RENAME e do URM. Atendendo aos ensinamentos de Minayo (2005), é importante esclarecer que triangular significa fazer conexões entre os dados coletados e, para que isso ocorra de forma adequada, é necessário que o pesquisador possua embasamento teórico acerca do objeto do estudo, para que assim, com base nos dados coletados, possa realizar uma análise fundamentada na teoria em conexão com os achados da pesquisa.

Segundo Movimento

3.3 A PNM nas Atividades Disciplinares

Com vistas à caracterização dos cursos oferecidos aos estudantes de medicina, foram ouvidos o coordenador do curso e (05) cinco docentes das áreas disciplinares afins.

Foram focalizados os conteúdos oferecidos ao longo do curso, bem como a estruturação das atividades práticas relacionadas à PNM, no sentido de confirmar sua compatibilização com as disposições gerais do Projeto Político Pedagógico. Além disso, foram levantadas opiniões a respeito da adequação das propostas legais à situação concreta da UFT.

As entrevistas com os docentes e o coordenador ocorreram em ambiente adequado de modo a preservar a privacidade das informações e possibilitar um espaço sem interferências de fatores externos.

A entrevista com o coordenador do curso de medicina ocorreu no dia 08 de março de 2013, na Universidade do Federal do Tocantins.

Os professores das disciplinas de Saúde Coletiva, Saúde da Família: Vivências em Atenção Básica I, Farmacologia Básica e Farmacologia Médica foram entrevistados entre os dias 04 de março a 11 de abril de 2013. As entrevistas ocorreram segundo a disponibilidade dos professores: algumas foram realizadas nas dependências da Universidade Federal do Tocantins, outras nos consultórios particulares ou públicos, onde os professores também trabalhavam.

Considerando a cronologia segundo a qual as disciplinas são ministradas no curso, foram entrevistados os professores de Saúde Coletiva e Saúde da Família - Vivências em Atenção Básica I, que compõem o Eixo da Área de Saúde Coletiva, denominados neste estudo, respectivamente, de P1 e P2. Os professores que atuam nas disciplinas de Farmacologia Básica e Médica foram denominados P3, P4 e P5 e pertenciam ao Eixo propriamente dito da Terapêutica Medicamentosa.

As entrevistas foram realizadas e gravadas pelo pesquisador, obedecendo os seguintes eixos temáticos:

4. Disposições gerais sobre a Política Nacional de Medicamentos;
5. Tipo de currículo e estrutura curricular;
6. Conteúdos programáticos;
7. Forma como as atividades práticas se inserem no currículo;
8. Propósitos a serem alcançados no plano das práticas educativas.

A coleta de dados ocorreu mediante a realização de entrevistas semiestruturadas, com base no roteiro:

1. O que pensam os entrevistados sobre a PNM/RENAME/URM?
2. Em que medida esta temática se insere nas atividades teóricas e práticas do curso?

- Os conteúdos ministrados são suficientes para compreensão destas políticas.
 - A integração com o serviço permite tratar destas questões no âmbito da prática dos estudantes.
 - As atividades práticas favorecem a aproximação e o treinamento dos alunos em torno destas questões.
3. Como os estudantes recebem as informações sobre as PNM em questão?
 4. Quais são as expectativas de aplicação dos conhecimentos relativos à RENAME e ao URM no exercício profissional dos alunos depois de formados?
 5. Críticas e sugestões para a melhoria do ensino relativo à PNM. De que ordem?

O processamento dos dados – recorrendo ao programa EXCEL - foi obtido segundo as transcrições das falas. A análise dos dados obedeceu ao recurso da análise temática ou de conteúdo de discurso, conforme disposições anteriores.

Terceiro Movimento

3.4 O Ensino da PNM na Perspectiva dos Estudantes

Para avaliar o entendimento do estudante sobre a importância do ato de prescrever medicamentos e seu comprometimento social quanto ao acesso aos medicamentos, as discussões com os estudantes foram conduzidas utilizando a estratégia de grupos focais.

Guimarães (2006) utiliza o termo grupo focal como sinônimo de grupos de discussão, esclarecendo que:

É um procedimento investigativo que se aproxima, de alguma maneira, a uma entrevista coletiva. Significa centrar o foco da coleta de dados num ou mais grupos específicos, ou explorar um foco, um aspecto específico de uma questão a partir de um ou mais grupos [...] pressupõe a opção por coletar dados com ênfase não nas pessoas individualmente, mas no indivíduo enquanto componente de um grupo [...] constitui-se num processo muito rico de coleta de dados, uma vez que, além de informações verbais, possibilita também observar as reações dos diversos membros do grupo frente a questões instigadoras e aos conflitos cognitivos causados por opiniões divergentes (GUIMARÃES, 2006, p. 157).

Foram realizados dois grupos focais, sendo um com estudantes do 7º e outro com alunos do 9º e 10º períodos. A opção por graduandos do 7º período do curso foi realizada por

duas ordens de considerações. De um lado, pelo fato dos mesmos já terem cursado disciplinas que abrangem os fundamentos do Sistema Único de Saúde, bem como realizado atividades em Unidades Básicas de Saúde de Palmas - TO, momento este que lhes proporciona vivência com os dilemas enfrentados no cotidiano do SUS. De outro, por terem cursado as duas disciplinas específicas sobre medicamentos: Farmacologia Básica e Farmacologia Médica.

Inicialmente estava previsto para o segundo grupo focal a participação somente de alunos do 10º período, no entanto, diante de duas tentativas frustradas de reunir este grupo e do fato de, no momento de realização da atividade, termos constatado que estavam presentes estudantes que cursavam o 9º período, decidimos incluí-los por julgarmos que atendiam aos critérios estabelecidos previamente para inclusão no grupo focal: inserção no internato e, conseqüentemente, aplicação prática dos ensinamentos adquiridos ao longo do curso.

A composição numérica de estudantes por grupo focal respeitou o mínimo de 6 e o máximo de 10. A condução dos grupos ficou sob responsabilidade da pesquisadora, acompanhada por uma observadora, a mestranda Lisy Mota da Cruz.

As atividades do grupo focal formado por estudantes do 7º período, totalizando 10 alunos, ocorreram na Universidade Federal do Tocantins, em 02 de agosto de 2013. Já as que envolveram o grupo focal com estudantes dos 9º e 10º períodos na Universidade Federal do Tocantins aconteceram em 05 de junho de 2013. Participaram 6 alunos do internato, dos quais 2 estavam no 9º período e 4 no 10º. Vale dizer que um dos alunos, denominado A6, já possuía formação em jornalismo.

As discussões realizadas nos grupos focais foram gravadas e transcritas. Para tratamento das informações, foi utilizada a técnica de análise temática ou de conteúdo, obedecendo às mesmas especificações adotadas anteriormente. Foram identificadas as unidades de sentido e caracterizadas de forma a permitir relacionar os achados com o contexto do objeto da investigação, apoiado no referencial teórico adotado.

Foram apresentadas as seguintes questões para as discussões nos grupos focais:

Estudantes do 7º período:

1. No que consiste a PNM e, mais particularmente, a RENAME e o URM?
2. Que importância vocês atribuem à RENAME e ao URM?
3. O curso oferece oportunidade de vivenciar e lidar com a problemática da RENAME?

Estudantes do 9º e 10º períodos:

1. Você vivenciou práticas educativas nas quais as prescrições observavam o URM?

2. A aplicação da RENAME e do URM pode contribuir para a melhoria da assistência no país?

3. Conhecer a RENAME e prescrever observando o URM agrega importância para o exercício profissional depois de formado?

Foram consideradas categorias prévias não apenas conceitos e disposições relativos à PNM/RENAME e ao URM, mas a questão de sua valorização, associada à noção de responsabilidade social, implícita na legislação. Ao lado das condições de vivências práticas relativas à aproximação dos alunos a estas políticas propiciadas no curso, o conjunto de informações permitiria identificar a adequação às orientações preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (2001). A consideração de críticas relativas ao curso e sugestões a serem incorporadas no processo de ensino-aprendizagem da PNM permitiriam reportar a avaliação do curso ministrado no tocante ao tópico considerado.

3.5 Procedimentos Éticos

O projeto foi submetido ao Conselho de Ética em Pesquisa da UNIFESP, atendendo aos requisitos da resolução 196/96 referente à pesquisa com seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado em 16 de julho de 2012 (Anexo A).

A articulação com o coordenador do curso foi estabelecida desde a elaboração do projeto de pesquisa, ressaltando que ele, de forma generosa e ética, acolheu a proposta e contribuiu para que a mesma pudesse gerar conhecimentos capazes de fortalecer o ensino na universidade. Há, no Anexo B, o Termo de Autorização Institucional.

Devidamente esclarecidos a respeito dos objetivos da pesquisa, tanto coordenador e docentes entrevistados quanto os alunos que participaram dos grupos focais, assinaram os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido consentindo suas participações na investigação (Apêndice A).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O Curso de Medicina da UFT Segundo o PPP

4.1.1 Propósito e Missão Institucional

A Universidade Federal do Tocantins foi criada em 2000, concretizando o início de suas atividades com a posse dos primeiros professores no ano de 2003. Localizada na região amazônica, a universidade, conforme justificativa do PPP (UFT, 2006), vem ao encontro dos anseios de oportunizar o acesso ao ensino público superior com vistas ao desenvolvimento e à melhoria da qualidade de vida da população residente no Tocantins e nos demais estados da região amazônica. O curso de medicina foi criado na UFT em 2006, iniciando as atividades acadêmicas no primeiro semestre de 2007 (UFT, 2006, p. 5). Atualmente a instituição conta com 43 cursos de graduação, sendo três na área da saúde: medicina, enfermagem e nutrição. De acordo com o referido documento, a instituição tem como missão “produzir e difundir conhecimentos para formar cidadãos e profissionais qualificados, comprometidos com o desenvolvimento sustentável da Amazônia”, em especial do estado do Tocantins (UFT, 2006, p. 5).

A preocupação recorrente da instituição em contribuir para uma mudança qualitativa no contexto social da região, assim se expressa: “os investimentos em ensino, pesquisa e extensão, na UFT, buscam sintonia com as especificidades da Amazônia Legal, demonstrando, sobretudo, o compromisso social desta Universidade” (UFT, 2006, p. 5).

Conforme apontado no PPP (UFT, 2006), os fins da UFT são:

- I - Estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo;
- II - Formar diplomados nas diferentes áreas do conhecimento, aptos à inserção em setores profissionais e à participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua;
- III - Incentivar o trabalho de pesquisa e investigação científica, visando ao desenvolvimento da ciência e da tecnologia e da criação e difusão da cultura e, desse modo, desenvolver o entendimento do homem e do meio em que vive; [...]
- VI - Estimular o conhecimento dos problemas do mundo presente, em particular os nacionais e regionais, prestar serviços especializados à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade;
- VII - Promover a extensão, aberta à participação da população, visando à difusão das conquistas e benefícios resultantes da criação cultural e da pesquisa científica e tecnológica geradas na Instituição (UFT, 2006, p. 5).

Concebido em consonância com as novas Diretrizes Curriculares para a área da saúde que vigoram desde 2001, o PPP do curso de medicina destaca a necessidade de formar profissionais aptos a integrarem o Sistema Único de Saúde (SUS), levando em conta a política de saúde vigente, bem como os desafios para a sua implantação:

Ainda constituem grandes desafios (para o SUS) [...] a luta permanente por um financiamento suficiente, a participação e controle social efetivos e, talvez o maior de todos, a formação de profissionais de saúde, identificados com esses valores e comprometidos com os propósitos do SUS (UFT, 2006, p. 10).

A propósito, a formação médica disposta no PPP pretende ir além do modelo biologicista ao destacar a necessidade de conhecimento dos profissionais médicos em áreas como planejamento e gestão em saúde, consideradas estratégicas para o fortalecimento do SUS, principalmente em nível local:

A formação médica deve ser referenciada [...] também na busca do aprimoramento do planejamento e da gestão em saúde, da participação e do controle social e, fundamentalmente, no desenvolvimento de condições de atendimento de acordo com as necessidades de saúde da população, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas e cuidados em saúde (UFT, 2006, p. 11).

O PPP (UFT, 2006) destaca a tendência à valorização do atendimento domiciliar, ao lado das crescentes críticas ao uso abusivo de tecnologias médicas, justificando a importância de fortalecer a atenção básica em saúde e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Dentre os aspectos relevantes da ESF, ressalta-se a inserção do profissional médico na comunidade, tornando-o capaz de melhor conhecer os problemas relacionados à saúde, bem como os fatores sociais que acometem uma dada população.

Ao lado da valorização da preparação de profissionais para atuarem no SUS, a integração ensino-serviço é utilizada pela UFT como uma das estratégias para o fortalecimento do sistema na região. Reiterando estes propósitos, a universidade busca parcerias com as Secretarias Municipais e Estadual de Saúde para formar profissionais com habilidades e competências para o exercício da atenção integral e humanizada em todos os níveis de atenção:

As parcerias entre a UFT e as Secretarias de Saúde, Municipal e Estadual, representam uma estratégia prioritária para construção de um sistema de saúde fortalecido no nosso estado [...] a UFT busca implantar o curso de Medicina, comprometido em atender às necessidades regionais.

As parcerias fortalecidas permitirão efetivar a formação de profissionais [...] fortalecer um Sistema Único de Saúde atuante e resolutivo, composto por equipes qualificadas e humanizadas na gestão do sistema e serviços e na promoção da saúde, em toda sua integralidade, além de proporcionar a oportunidade autônoma e gratuita de uma educação permanente da população tocantinense (UFT, 2006, p. 11).

Apostando na integração ensino-serviço, pretende desenvolver práticas educativas nos serviços de saúde local, tendo o hospital como um dos cenários importantes:

Uma prática da parceria com a UFT é a transformação do Hospital Geral de Palmas como Hospital de Ensino e uma referência de saúde para o aprendizado prático do aluno, integrando ensino e serviço, sendo um ambiente propício às relações multidisciplinares, permitindo uma visão global, integrada e integradora da saúde e de seus atores (UFT, 2006, p. 12).

No curso de medicina da UFT, os estudantes têm a oportunidade de conhecer e acompanhar o atendimento aos usuários do SUS em seus diferentes níveis de atenção. Esta organização oportuniza ao cidadão o direito ao atendimento integral às suas necessidades de saúde, inclusive farmacêutica. Neste contexto, insere-se a questão da assistência farmacêutica integral ao usuário do SUS, embora não sendo explicitamente referenciada no PPP até o presente momento.

4.1.2 A Organização Didático-Pedagógica

- **Justificativa, objetivos e competências**

A criação do curso de medicina na UFT, modificando o cenário até então exclusivo do ensino privado, atende a um antigo anseio da população de ter um curso ofertado por uma instituição pública. Assim, representando a aspiração por um novo paradigma, permanecem como argumentos de valorização as características ambientais, sociais e econômicas da região e a estratégia de formar profissionais para o SUS dotados de conhecimento e habilitados para enfrentarem situações particulares desse território:

O curso de medicina contribuirá para o desenvolvimento regional na medida que integra e articula políticas de ensino, pesquisa e extensão voltados para a atenção integral à saúde, em consonância com as políticas do SUS para a região (UFT, 2006, p. 15).

O ensino na UFT tem a prática como eixo estruturante para a formação profissional ao inserir precocemente o estudante em atividades práticas na própria instituição, bem como nas Unidades de Saúde do SUS, conforme preconizado pelas DCN do curso de medicina em 2001. Para tanto, as atividades práticas serão desenvolvidas em três áreas de competência: político-gerencial, educacional e de cuidado à saúde. Para a universidade, a atuação do médico não deve estar restrita ao cuidado à saúde; consciente de seus direitos e deveres como cidadão e profissional de saúde, ele deve interferir nos processos de forma proativa para promover mudanças na qualidade de vida da população e possibilitar que a atenção à saúde seja integral, conforme preconiza o SUS:

A área político-gerencial ampliará a capacidade dos discentes de analisar a conjuntura, principalmente referida à Educação e Saúde, formando profissionais para as demandas e necessidades da sociedade, de forma compromissada com os princípios de justiça e equidade [...]. O desenvolvimento do trabalho em equipe e articulação das práticas de cuidado à saúde individual e coletiva é fundamental para obter vínculo, responsabilização, maior eficácia, eficiência e o menor dano possível (UFT, 2006, p. 16).

No PPP de 2008, a competência Educacional foi enfocada de forma mais evidente, destacando o médico como um educador por excelência:

A competência educacional visa construir um profissional estrategicamente inserido no papel de formação de condutas e de educação em saúde nas suas relações com o paciente, com a família e com a comunidade, tornando o médico um sujeito educador por excelência (UFT, 2008, p. 26).

Neste tópico, a universidade reafirma seu objetivo de formar profissionais com competência e habilidades para atuar sobre a situação de saúde do Brasil, sobretudo na região amazônica, e assim promover a saúde de forma integrada no contexto biopsicossocial da população:

O Curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins tem como objetivo geral formar profissional médico com habilidades e competências para o desenvolvimento das ações de saúde, fundamentadas na realidade loco-regional da Amazônia (UFT, 2006, p. 17).

Ressalta ainda a capacidade do médico desenvolver o trabalho em equipe respeitando os demais conhecimentos da área biomédica e do indivíduo a ser cuidado:

O Curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins tem como prioridade a formação de um profissional médico, com qualidades técnicas e

humanistas, capaz de trabalhar em conjunto com outros profissionais da área de saúde (UFT, 2006, p. 17).

Outro aspecto importante está relacionado ao aprendizado da saúde como direito legítimo do cidadão brasileiro para que assim possa atuar em prol da integralidade da assistência: “desenvolver no aluno o reconhecimento da saúde como direito para atuar de forma a garantir a integralidade da assistência” (UFT, 2006, p. 17).

O PPP de 2008 ressalta o desenvolvimento permanente dos processos de pesquisa e extensão com foco nos problemas de saúde da região, considerando suas diversidades culturais e sociais: “capacitar o aluno para atuar em processos de integração entre o ensino, pesquisa e extensão, a partir de temas relacionados ao contexto epidemiológico, cultural e social da população do Tocantins” (UFT, 2008, p. 27).

Além das competências, habilidades e atitudes inerentes ao profissional médico no seu campo de atuação relacionadas à semiologia e propedêuticas médicas, para que ele possa atuar na prevenção, promoção, assistência e reabilitação do indivíduo, espera-se que atue como um agente de transformação social, comprometido com a política de saúde, respeitando a ética, os demais colegas da equipe de saúde e, principalmente, o cidadão por ele atendido, respeitando suas crenças, valores e necessidades, em especial, as regionais:

Com base nestas competências, a formação do médico deverá contemplar o sistema de saúde vigente no país, a atenção integral da saúde num sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência e o trabalho em equipe, identificado com os valores e necessidades do Tocantins e Região (UFT, 2006, p. 18).

- **Organização Curricular**

Em consonância com as DCN (2001), no PPP (UFT, 2006), o Sistema Único de Saúde é apresentado como amplo campo de atuação. O profissional médico é chamado para desempenhar não somente as atividades tradicionais, tais como as clínico-cirúrgicas, mas também a função de planejador e administrador do sistema:

Uma nova visão médica que tem voltado a ter força é o médico de família, atividade incentivada pelo poder público. [...] Podemos citar ainda a participação do médico em atividades administrativas e na política de saúde. As atividades clínicas envolvem os três níveis de atenção à saúde, e ainda dá oportunidade para o médico atuar em programas de prevenção, saneamento e planejamento da saúde pública (UFT, 2006, p. 19).

Tais observações acentuam o propósito institucional de formar profissionais preparados para a atuação no SUS, o que requer o desenvolvimento do aluno em termos da responsabilidade social, ao lado da consideração das questões relativas à dimensão política da atenção médica. Nesta perspectiva, abre-se espaço para abordar as políticas de medicamentos no âmbito da organização curricular.

A proposta pedagógica do currículo para o curso de medicina tem como base as articulações integradoras entre teoria e prática, entre a instituição formadora e os serviços de saúde, entre as demais áreas do conhecimento, bem como entre os aspectos objetivos e subjetivos da formação profissional, sempre dialogados e pactuados com os estudantes.

As dimensões psicopedagógicas adotadas no currículo são baseadas na “concepção construtivista do processo ensino-aprendizagem, na integração teoria-prática, nos referenciais da aprendizagem significativa e na utilização de metodologias ativas de aprendizagem”.

Segundo Mitre et al. (2008), o ensino pela problematização e a organização curricular em torno da Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP são metodologias ativas reconhecidas como ativadoras da integração ensino e serviço de saúde e a comunidade, pois permitem análise de uma dada situação e a intervenção sobre a mesma, além de valorizar todos os atores envolvidos em sua individualidade de conhecimento e de pensamento. Outro aspecto a ser considerado é a possibilidade do estudante exercitar o trabalho em equipe, sendo este fundamental para a prática no campo multiprofissional do SUS. Nesse contexto, Batista e Batista (2004) discorrem sobre o exercício da docência em Saúde e o desafio de pensar e planejar as estratégias de ensino, alertando para a importância da formação do docente como um processo continuado que, naturalmente, tende a ser modificado à medida que vivencia novas experiências professor-aluno. Corroborando com este pensamento, Sonzogni (2004) destaca que a atitude de escuta do docente, acompanhada da observação do aluno como ser único, reconhecendo e respeitando suas diferenças, são incrementos para uma efetiva relação professor-aluno. Batista (2004) e Moran, Masetto e Behrens (2000) mencionam que o aprender significativo necessita de contextos sociais de interações, onde o estudante possa construir suas relações e intersecções com outros alunos e professores, sendo importante educar para a autonomia, para a cooperação e para aprender em grupo. Em relação às metodologias dialéticas, Anastasiou e Alves (2003) lançam mão de diversas estratégias de ensino-aprendizagem por considerarem que oportunizam ao docente e discentes um contínuo crescimento pessoal e global.

As atividades propostas no curso visam proporcionar ao estudante uma formação ampla, capacitando-o a trabalhar “a integralidade das ações do cuidar em Medicina e Saúde”, inclusive a propedêutica e a terapêutica:

Diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica, com ênfase nos aspectos clínico- epidemiológicos dos agravos existentes na região amazônica (UFT, 2006, p. 19).

A integralidade do cuidado à saúde pressupõe um conjunto de serviços articulados, dentre os quais se insere a assistência farmacêutica, fundamental para o processo de cura e proteção à saúde do cidadão. Entretanto, se a conduta terapêutica constitui um quesito da proposta, inexistente especificação sobre a consideração da abordagem relativa à Política Nacional de Medicamentos no PPP (UFT, 2006).

Estruturado em 12 (doze) semestres e tendo o internato de 2 (dois) anos, o curso de medicina, conforme o PPP, tem como proposta trabalhar as disciplinas de forma articulada e integrada, com atividades práticas desde os primeiros semestres do curso em diversos cenários, tais como: programas de Saúde da Família, unidades de saúde, programas de Saúde Indígena, hospitais, medicina do trabalho, dentre outros. No projeto, consta que:

O curso de medicina será estruturado em 12 (doze) semestres, incluído internato de dois (2) anos. [...]

Quanto ao aprendizado prático, a proposta do curso de medicina é uma diversificação dos cenários de prática dos alunos (Programas de Saúde da Família, Unidades de Saúde, Programas de Saúde Indígena, Hospitais, Medicina do Trabalho e outros), bem como a inserção dos mesmos nos serviços desde os primeiros anos do curso e incentivo às atividades de iniciação científica (UFT, 2006, p. 20).

No primeiro semestre, o aluno participará da disciplina Fundamentos das Ciências Básicas da Saúde, que engloba as disciplinas de Anatomia, Histologia, Citologia e Bioquímica. As disciplinas denominadas de Integradas Multidisciplinares I e II (Anatomia, Histologia, Citologia, Fisiologia e Bioquímica) serão estudadas no segundo e terceiro semestres com o objetivo de propiciar ao aluno o conhecimento de todo o organismo humano, em seus diversos sistemas.

No quarto semestre, o projeto estabelece que o aluno estudará as disciplinas Processos Patológicos Gerais e Relação Parasita Hospedeiro, nas quais serão abordadas as DIP - Doenças Infecciosas e Parasitárias, contemplando, obrigatoriamente, nos exemplos e

exercícios, as doenças mais prevalentes da região e “com a evolução dos conteúdos voltados aos princípios patológicos, o aluno entrará em contato com os Princípios Básicos de Farmacologia que serão necessários para o entendimento do tratamento específico das doenças” (UFT, 2006, p. 21).

Em relação ao quinto e sexto semestres, será ministrada a disciplina de Semiologia Médica e, nos sétimo e oitavo semestres, serão abordadas as especialidades nas disciplinas “Saúde Geral do Adulto, Criança e da Mulher, sempre buscando formas preventivas e diagnósticas dos principais agravos nestes grupos” (UFT, 2006, p. 21).

No nono semestre, o aluno deverá iniciar o Estágio Supervisionado (Internato) composto por vinte e quatro meses de duração, esperando que após vivência nos serviços do interior o futuro médico possa “adquirir habilidades para lidar com os problemas da medicina longe dos grandes centros onde futuramente poderá suprir o quadro profissional”. Conforme podemos observar abaixo:

Os alunos farão rodízios, a cada 15 semanas, em seis grandes áreas (Clínica Médica, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Cirurgia, Programa de Saúde da Família e Urgências). Ao término do ciclo de rodízio nas grandes seis áreas, o aluno fará um estágio trabalhando em uma cidade do interior do Estado do Tocantins. Este estágio será denominado Internato Rural e terá duração de 05 meses. A cada 14 semanas, o aluno terá direito a uma semana de férias (UFT, 2006, p. 21).

Ratifica-se no documento a indissociabilidade entre o ensino, a pesquisa e a extensão, incluindo-se a propósito desta última os programas institucionais, projetos, eventos, apoio ao estudante, prestação de serviços, cursos, projetos subsidiados, parcerias institucionais com Organizações não governamentais (ONGs) e de Organizações Sociais Civis (OSCs), bem como Certificação. Cabe destacar que as atividades de monitoria também estão presentes e visam despertar nos estudantes o interesse pela docência e pela pesquisa:

A Extensão na UFT coloca-se como prática acadêmica que objetiva interligar a Universidade, em suas atividades de Ensino e Pesquisa, com as demandas da sociedade, reafirmando o compromisso social da Universidade como forma de inserção nas ações de promoção e garantia dos valores democráticos, de igualdade e desenvolvimento socioeconômico. [...]

A Extensão compreende iniciativas de educação continuada, prestação de serviços e ação Comunitária como princípios inerentes aos processos de Ensino e de Pesquisa, promovendo a parceria entre Universidade, Comunidade e outras instituições congêneres (UFT, 2006, p. 22).

Em síntese, nos primeiros anos, constam as bases da saúde coletiva e disciplinas afins, bem como as vivências em saúde da família, em uma aproximação à atenção primária. Na

sequência, tem início o ensino da farmacologia seguido dos ensinamentos relativos às ciências básicas, dividindo espaços nos períodos posteriores com a microbiologia, parasitologia, patologia geral e saúde coletiva II. Cabe dizer, entretanto, que os dois eixos relacionados à saúde coletiva e farmacologia parecem correr em paralelo, ampliando-se, progressivamente, a ênfase no tratamento, particularmente relacionado à saúde do adulto e da criança, acompanhando o crescente nível de especialização.

Neste sentido, além da indicação de disciplinas direcionadas à prática desde o início do currículo, o desenho da sequência das disciplinas, do ponto de vista formal, parece não se distanciar dos arranjos tradicionais.

Diante da estrutura curricular apresentada, renova-se a suspeita de ênfase na preocupação com a prescrição medicamentosa, persistindo ainda a indagação sobre sua desvinculação com a Política Nacional de Medicamentos.

- **Ementário**

As ementas das disciplinas, a despeito do caráter sumário das informações, apresentam, de acordo com o PPP (UFT, 2006), a seguinte estrutura:

- Disciplinas de Saúde Coletiva I e II - visam proporcionar aos alunos o conhecimento “do processo das políticas da saúde incluindo os objetivos e fundamentos do SUS” e mais especificamente a segunda disciplina alarga o conhecimento para as discussões no âmbito da “Assistência social integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, a garantia dos mínimos sociais, o provimento de condições para atender contingências sociais” e do planejamento e gestão em saúde. Nas bibliografias recomendadas e complementares estão dispostas as Leis Orgânicas da Saúde (Lei 8.080/90 e 8.142/90) e a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/1993) que regulamentam o SUS e a Assistência Social no Brasil. Em ambas as ementas dispostas no PPP 2006 não estão claros os conceitos referentes à assistência farmacêutica e à problemática do acesso aos medicamentos no SUS, nem a Política Nacional de Medicamento (PNM).

- Disciplinas Saúde da Família – vivência em Atenção Básica I e II - conforme o PPP (UFT, 2006), tem como objetivo “proporcionar ao aluno uma experiência prática de atendimento multidisciplinar às famílias assistidas pela Estratégia Saúde da Família”. Não há, igualmente, uma referência específica sobre a PNM, ou sobre a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos) e ao Uso Racional de Medicamentos (URM).

É importante ressaltar que, dentre as atribuições da gestão municipal, está a garantia do acesso da população aos medicamentos da atenção básica, sendo também de competência

desta esfera de gestão a criação da Relação Municipal de Medicamentos (REMUME), baseada na RENAME, em critérios epidemiológicos locais e em farmacoeconomia (BRASIL, 2012). Conforme a PNM, a REMUME deverá ser disponibilizada em todos os serviços municipais para que os profissionais tenham conhecimento e assim possam prescrever os medicamentos à população. Um aspecto relacionado à construção e atualização dessas listas de medicamentos, em especial à REMUME, é que, embora seja elaborada por uma Comissão de Padronização específica, faculta a todos os médicos que trabalham nos serviços da rede municipal o direito de solicitar inclusão ou exclusão de medicamentos com base em evidências científicas. Desconsiderar estes aspectos constitui condição limitante para a formação do futuro médico no que se refere à terapêutica no âmbito da saúde pública.

- Disciplinas de Farmacologia Básica e Farmacologia Médica – a ementa da primeira disciplina disponibilizada no PPP (UFT, 2006) explicita conteúdos relativos ao “Estudo da Farmacologia Geral e da Farmacologia dos Sistemas e de grupos específicos de Drogas”. A segunda preconiza o estudo da “Evolução histórica e conceitos básicos da farmacologia; Farmacocinética, farmacodinâmica e aspectos gerais de princípios terapêuticos”. Comum a ambas, as disciplinas dizem respeito ao “Estudo da interação entre fármacos e associações iatrogênicas de drogas e à análise das prescrições”. A bibliografia recomendada está composta por publicações específicas para o aprendizado dos temas propostos. Quanto aos aspectos relacionados ao tema deste trabalho de pesquisa, constatamos que as ementas contemplam unicamente as questões relacionadas à farmacologia e à terapêutica racional, não abordando formalmente a questão do medicamento na dimensão política.

Em relação ao Estágio Supervisionado, o PPP explicita o seguinte objetivo: “proporcionar uma complementação do processo ensinoaprendizagem, como um instrumento de integração Universidade/Instituições de Saúde sob a forma de treinamento prático, aperfeiçoamento técnico-científico, cultural e de relacionamento humano” (UFT, 2006, p. 80).

O Estágio Supervisionado (Internato) inicia-se no 9º semestre, com a participação de grupos de 4 a 6 alunos que realizarão atividades durante (em média) 14 semanas em cada modalidade, envolvendo a Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Programa Saúde da Família e Urgência e emergência.

Após o rodízio nestas áreas, os estudantes passam para o Internato Rural, quando se deslocam para uma cidade fora dos limites da UFT. O internato Rural tem início no 12º semestre e duração de 05 meses. No Conteúdo Programático de todas as modalidades estão previstas Reuniões de Casos Clínicos, as quais têm como objetivo: “Proporcionar o raciocínio clínico pelos internos, dando ênfase ao diagnóstico diferencial das diversas patologias,

conduta terapêutica e avaliação da evolução clínica dos pacientes”. Tendo em vista que a conduta terapêutica na medicina, dependendo da clínica do paciente, implica prescrição medicamentosa, pode-se afirmar que genericamente a questão do medicamento relacionada à terapêutica poderá ser discutida nessas reuniões. Importante destacar também que está explicitado, no quesito avaliação de cada módulo, a Prova Prática “realizada no final do estágio, consta da avaliação clínica de paciente (anamnese, exame físico, discussão das hipóteses diagnósticas, dos exames complementares, da conduta, do tratamento e do prognóstico)”. Em relação à cada modalidade, observamos:

- Internato em Clínica Médica – Quanto aos medicamentos, não há citação específica das questões discutidas nesta investigação. Permanece, dentre os objetivos deste internato, “conscientizar o aluno das limitações, responsabilidades e deveres éticos do médico perante o paciente, a instituição e a sociedade”, bem como a integração do estudante aos demais profissionais de saúde na equipe de trabalho.

- Internato em Clínica Cirúrgica – De forma mais genérica ainda, a terapêutica medicamentosa é citada indiretamente nos objetivos relacionados ao “aprendizado do diagnóstico, tratamento e evolução de diferentes afecções cirúrgicas, desenvolvendo a relação médico-paciente”. Não há menção direta dos questionamentos políticos abordados neste estudo.

- Internato em Pediatria – De forma direta, já se consegue perceber que os objetivos desta modalidade destacam a habilitação do acadêmico para o tratamento das patologias, bem como para a sua capacitação “para uso racional de medicamentos e solicitação de exames complementares em pediatria”, além da conscientização “das limitações, responsabilidades e deveres éticos do médico perante o paciente, a instituição e a sociedade”.

- Internato em Obstetrícia e Ginecologia – Apresenta nos objetivos a citação direta para a capacitação do acadêmico “para uso racional de medicamentos”, bem como habilitação e capacitação deste “para o tratamento das patologias” ginecológicas e obstétricas. Observa-se também a preocupação com a orientação terapêutica adequada para cada caso clínico e com as responsabilidades e deveres éticos do profissional perante os pacientes, a instituição e a sociedade.

- Internato em Programa Saúde da Família – Essa modalidade tem como um dos objetivos “proporcionar ao aluno maior apreensão da realidade, permitindo reconhecer os problemas da comunidade local, vivenciando esses problemas na prática”. Os temas relativos à PNM, RENAME e URM abordados não são citados nesta modalidade.

- Internato em Urgência e emergência – A modalidade não faz menção acerca dos temas discutidos neste estudo, tendo explicitado, de forma genérica, a discussão da terapêutica nas Reuniões de Casos Clínicos.

- Internato Rural – Os temas Política Nacional de Medicamentos, Relação Nacional de Medicamentos e Uso Racional de Medicamentos não estão explicitados nesta modalidade de ensino. A terapêutica medicamentosa poderá ocorrer nas Reuniões de Casos Clínicos.

Em todas as ementas correspondentes a seis grandes áreas do Internato, dispostas no PPP de 2006 e de 2008, não há menção à Política Nacional de Medicamentos e à RENAME. O URM foi citado somente nas modalidades de Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia, fato preocupante uma vez que durante o internato os estudantes estão inseridos nos serviços de saúde do SUS, o que torna o momento ideal para exercitarem a utilização da RENAME como promotora do acesso à assistência farmacêutica e à prática de prescrições medicamentosas baseadas nos princípios do Uso Racional de Medicamentos. Cabe ressaltar que os estudantes também poderiam, de forma crítica, avaliar a aplicabilidade da Relação de Medicamentos disponibilizada no serviço frente às necessidades loco-regionais e assim contribuir, de forma proativa, para o acesso da população aos medicamentos de modo adequado e em tempo oportuno, bem como para o aprimoramento da Política Nacional de Medicamentos.

4.2 A PNM na Graduação de Medicina da UFT

4.2.1 Política Nacional de Medicamentos (RENAME, URM) no Curso de Medicina na Perspectiva do Coordenador

Indagado a respeito da Política Nacional de Medicamentos (PMN), o coordenador reconheceu a relevância do tema no contexto da graduação:

É uma política muito importante. Agora, infelizmente, na minha visão como gestor do curso (...) nós não fazemos isso de forma suficiente e necessária. (...) o nosso aluno que vai para o internato e [que] começa, por exemplo, [no estágio] de Medicina de Família e Comunidade poderia muito bem já estar com isso bem definido (...). Eu acho que a gente ainda está muito distante da (...) política, (de) compreendê-la, conhecê-la completamente e poder executá-la (...).

Sobre a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), ele enfatizou sua própria experiência de aprendizado durante a prática profissional:

Eu acho importante. Quando [eu] era aluno da graduação trabalhei em algumas cidades do interior [onde] eu tive contato [com a RENAME] e entendia o quanto aquilo era importante ali. A gente tinha uma cidadezinha do interior que pelo menos o que tinha na RENAME (...) tinha que ser providenciado (...).

Reiterando a importância do tema, reconheceu que a discussão na universidade a esse respeito ocorre de forma incipiente e não articulada com o serviço:

Eu acho que é muito interessante, talvez ela precise ser mais discutida, até mesmo com quem está lá na ponta. Eu acredito que isso aconteça, mas a gente não participa; a universidade não participa dessa discussão. Ela não é convidada ou ela é convidada e não está se manifestando.

Em relação ao uso racional de medicamentos, o coordenador ressaltou a abordagem ao tema principalmente nas disciplinas relacionadas às Doenças Infetoparasitárias (DIPs) referindo, especificamente, que:

[A temática] já está mais próxima da universidade, principalmente nas disciplinas associadas às doenças infecto-parasitárias (onde) a gente tem o entendimento do custo que isso traz não só financeiro, mas o custo para o paciente, o custo até mesmo no tratamento à saúde. (...) A gente escuta nas nossas disciplinas, pelo menos nas clínicas quando o aluno começa a prescrever e a atuar como assistente do médico e aí ele tem o contato com essa realidade. (...)

Mas isso veio porque foi de uma cultura que a gente tinha de discutir principalmente nas disciplinas que tratavam de doenças infectoparasitárias, principalmente pela questão dos antibióticos, mas aí, claro, pode entrar todas as outras classes de medicamentos (...).

Questionado se os conteúdos ministrados no curso de medicina da UFT são suficientes para a compreensão desta política, o coordenador respondeu que a temática é ministrada de forma pontual e reconheceu que a universidade ainda não prioriza o aprendizado sobre este tema. Segundo ele, estes conteúdos:

Não fazem parte [das disciplinas do curso] ou quando estão inseridos [elas são introduzidas] (...) de forma muito pontual e insuficiente. Um professor aborda um aspecto e ele trabalha isso. Eu acho que a gente não está atento ainda para esta realidade [mais ampla].

Considerando a integração ensino-serviço, ele afirmou que a discussão do tema pelos estudantes durante o estágio não faz parte dos assuntos problematizados. Mencionou que da mesma forma como no sistema de saúde o tema não é discutido, a universidade também não oportuniza a compreensão da PNM:

(...) nós temos a integração muito, muito forte. (...) mas dentro do Sistema, na rede mesmo, no dia a dia da rede, isso (a PNM) não é discutido, não é debatido; ela não está inserida no dia a dia do profissional. Eu acho que (...) ela [a universidade] entrou no sistema; ela está trabalhando com a estrutura que o sistema tem, ou seja, não existe o hábito de discutir, debater essa política (...).

Por outro lado, destacou a ocorrência de atividades práticas nos serviços relacionadas à RENAME e ao URM:

(...) o aluno, ao entrar no internato, ele começa a ter um contato com isso (RENAME e prescrição considerando URM). Em alguns movimentos isolados a gente percebe que eles estão sendo orientados nesse sentido e eles colocam em prática, até porque o aluno acha que isso é mais coerente [com a realidade dele], é mais sensato.

Questionado especificamente se os alunos adotam a RENAME, ou seja, a lista de medicamentos padronizados, respondeu:

Sim. Principalmente os que vão pra a [Unidade] de Saúde da Família. Quando eles têm o contato com a saúde da família, aí eles têm isso mais bem estabelecido.

Reconheceu, contudo, que não há sistematização do ensino e nem da prática relativa à PNM, RENAME e ao URM, concluindo ser uma falha da universidade:

Não. Eu acho que isso, assim sistemático mesmo, nós não temos. (...). Eu acho que o nosso problema é a gente não ter adotado isso de forma sistemática na universidade, [ou seja], de estar discutindo, de estar dentro do currículo ou até na grade de uma disciplina mesmo. (...). Eu acho que isso é a nossa falha. Uma grande falha.

Em relação à receptividade destes temas pelos alunos, o coordenador referiu que eles apresentam comportamentos distintos dependendo da temática:

Talvez [sobre] a política eles não estejam tão atentos. Mas [eles estão atentos] mais à questão do URM. Eu acho que eles são receptivos, sim. Quando a gente começa a discutir e apresentar, eles têm a contribuição deles, eles dão o depoimento deles e eles entendem e compreendem a importância. Então eu acho que sim. Até porque quando a gente percebe

que eles começam a utilizar, mesmo sem ter isso formalmente dentro da sua grade, é porque existe uma abertura pra isso.

Sobre suas expectativas de aplicação dos conhecimentos relativos à PNM, RENAME e ao URM no exercício profissional dos alunos depois de formados, o coordenador respondeu afirmativamente:

Ah, eu acho que sim. (...) eu acho que é completamente aplicável. Vem ao encontro do que a gente quer fazer, ou seja, a formação dentro do contexto do Sistema Único de Saúde. (...) atuante, participativa, que debate, que questiona. (...) agora a gente precisa começar, dar o primeiro ponta pé.

Tecendo críticas e sugestões para a melhoria do ensino relativo à PNM, expôs:

Talvez a sugestão que eu pudesse dar era que nos debates, nas discussões, a academia, a universidade, fosse mais instigada a participar (...). Eu acho que quem coordena, quem comanda a política deveria convocar, mesmo, a academia pra participar. Essa é uma crítica. Sugestões mesmo, eu acho que é nós [enquanto] universidade (...) precisamos também sair do nosso conforto e ir atrás (...) se vem ao encontro do que a gente quer formar no nosso aluno. É plenamente factível, é viável, é uma coisa que está acessível e com certeza vai melhorar a nossa assistência.

No contexto da atuação médica, ele demonstrou maior preocupação com o ensino nas disciplinas da clínica, uma vez que os cirurgiões atuam menos na prescrição dos medicamentos:

Na minha especialidade [a cirurgia] tem um viés. (...) o cirurgião fez a cirurgia e resolveu o problema. Então ele não está no dia a dia (...) do medicamento como o clínico.

Ao ser indagado a respeito da possibilidade da lacuna de conhecimento existente sobre a PNM durante a formação universitária contribuir para um comportamento menos resistente dos profissionais, foi categórico:

Sim, sim. Não tenho dúvidas disso. Acho que a falta da gente aqui [na universidade], contribui na formação depois. Não tenho dúvida (...) porque quando ele chega diferente [no serviço, porque aprendeu na academia], ele já não tem mais problemas, ele aceita.

Em seu depoimento, o coordenador reitera, portanto, a necessidade de incluir a abordagem sistemática das questões relativas da PNM, especificamente da RENAME e URM, nos currículo das escolas médicas e, em particular, da UFT.

4.2.2 Política Nacional de Medicamentos (RENAME e URM) na Perspectiva dos Docentes

Questionados sobre o que pensam em relação à PNM, os professores declararam que não tiveram formação sobre o tema, ressaltando que a temática não consta no ementário do curso:

Nunca li a PNM. (...). A disciplina [Saúde Coletiva] não aborda a PNM. E o tópico não está na ementa da disciplina. (P1)

A primeira coisa é que na minha graduação eu não tive nenhuma explicação do que é a PNM e RENAME. (...) É uma falta que eu sinto desde a minha graduação em 2000. (...) eu, praticamente, não sei o que é, nunca li PNM. (...). (P2)

Particularmente, o professor de Saúde Coletiva declarou, a princípio, acreditar que o tema não fosse tão importante e, em função disso, não o incorporou à disciplina como tem feito com outros assuntos. Porém, no decorrer da entrevista, ponderou que a abordagem da PNM dentro da disciplina seria necessária para os estudantes de medicina:

(...) eu não coloquei a política por falta de conhecimento próprio. E até por julgar que outros temas são prioritários. (...) e agora, você me fazendo essas perguntas, vai me incomodar e me levar a refletir (...) eu vou ter que achar uma forma de trabalhar esse tema no próximo semestre. (P1)

Outro docente relacionou a PNM à dispensação de medicamentos no SUS:

O que eu sei é das diretrizes do SUS. Que o SUS tem que bancar os tratamentos. Que existe a Relação Nacional, Municipal. Que eventualmente chegava a cadernetinha no posto de saúde onde eu trabalhava como médico de Saúde da Família. E aqui no CAPS, quando eu trabalhava como psiquiatra, chegou um xerox dos medicamentos que tinham [na unidade]. (P2)

Em relação aos professores de Farmacologia Básica e Médica, a maioria parece desconhecer o tema PNM:

Como estaria [a PNM] hoje, eu lhe digo que eu não estou atuando [na prática] Me afastei completamente. (P3),

Eu sei que eles [Ministério da Saúde] estão tentando, pelo menos na parte de antibióticos (...), eu não sei sobre as outras partes, porque eu também nunca me interessei. (P4)

De forma semelhante às referências explicitadas pelos professores da disciplina de Saúde da Família, a PNM, na concepção dos professores de Farmacologia Médica, parece estar limitada à dispensação gratuita de medicamento pelo SUS e à Terapêutica Racional, sendo omitidos outros níveis de abordagem da questão:

(...) eu sei que existem algumas medicações/várias medicações que são dispensadas gratuitamente pelo SUS: medicação de hipertensão e diabetes, para o HIV, tuberculose, hanseníase (...). A parte de antibióticos, que eu sei, é mais sobre a prescrição racional ... eu tenho lido e tentado focalizar [nas minhas aulas]. (P4)

Pra mim, a PNM são as normas e “guidelines” que norteiam a aquisição. Os medicamentos essenciais para a saúde da população (...) quais seriam os medicamentos que a população teria direito de receber gratuitamente. (...). (P5)

Quanto aos programas instituídos no SUS, os medicamentos da rede ambulatorial, assim como os da rede hospitalar, também são padronizados, o que equivale dizer que a prescrição médica deve respeitar o rol de medicamentos instituídos, conforme refere o docente:

(...) na verdade toda a população tem direito a todos os medicamentos, de acordo com a Política Nacional de Saúde, quando necessária a internação hospitalar. No âmbito ambulatorial, a população tem direito aos medicamentos especiais, mais onerosos em todas as situações. (...). O Ministério tem programas em diversas áreas: Programa Nacional de Hanseníase que disponibiliza os medicamentos para o tratamento da Hanseníase. O Programa Nacional de Oncologia disponibiliza as drogas necessárias para o tratamento do câncer. (P5)

Quanto aos programas de dispensação de medicamentos, a política engloba fármacos muito caros ou cuja unidade custa centavos. Os medicamentos do Componente Especializado, que em sua maioria custam mais do que os que estão no Componente Básico, têm sua dispensação condicionada aos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, na ausência destes, à Classificação Internacional de Doenças (CID), ambos definidos na Portaria GM 1.554/13. Na medida em que o docente explicita, assim como tantos outros, que todo o cidadão tem direito a qualquer medicamento, ignorando os propósitos da padronização dos medicamentos a serem ofertados, ele endossa o caminho alternativo da judicialização como recurso para a obtenção do medicamento, fugindo, portanto, aos propósitos estruturantes da PNM.

Observa-se, a propósito, que o tema Judicialização da Saúde é atual e tem sido discutido na universidade. Dados do Ministério da Saúde revelam que o medicamento é um dos itens mais demandados judicialmente (BRASIL, 2011a). Nesta linha de preocupações, coloca-se a fala de um professor:

O que a gente acabou discutindo mais nas aulas [de Saúde Coletiva], principalmente a partir do semestre passado, foi a questão da judicialização da saúde. (...) É um assunto que está sendo muito divulgado. (...) Existe no Plano de Saúde Municipal uma lista de medicamentos. O médico precisa saber o nome do sal, o componente, a posologia, a concentração porque pode gerar processos judiciais. E isso tem um impacto também no sistema de saúde. (P1)

A questão, de fato, envolve diferentes ordens de conhecimento da temática em questão. Como exemplo, um professor citou o caso da imunoglobulina, equivocando-se, porém, ao afirmar que o mesmo somente é adquirido via judicial:

(...) existe ainda junto desse Programa Nacional de Medicamentos alguns programas sérios, como por exemplo, remédios tipo imunoglobulina, remédios que só existem fora do país, e que a gente tem dificuldade porque não existe um programa determinado do Ministério. Então, toda vez que as pessoas precisam têm que acionar o Ministério Público porque o Ministério Público aciona a Secretaria Estadual de Saúde que aciona o Ministério [da Saúde] para a aquisição dos remédios. (...) Se o gestor estadual não pactua, não consegue fazer a gestão necessária. Qualquer indivíduo da população que procura o poder público judiciário tem direito assegurado da medicação que ele precisar. (P5)

A judicialização é vista pelos cidadãos - assim como por um dos professores entrevistados - como um meio alternativo para garantir o acesso a medicamentos no SUS (DELDUQUE; MARQUES; CIARLINI, 2013). Entretanto, o medicamento imunoglobulina faz parte do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, bem como do Componente Hospitalar, conforme a RENAME 2012, e, portanto, para que o usuário tenha acesso a este medicamento não necessariamente precisará recorrer à via judicial. Vale dizer que a discussão divide opiniões entre juristas e demais operadores do direito, tendo a sobreposição do direito individual sobre o coletivo como um ponto ainda controverso (CARDOSO, 2013; DELDUQUE; MARQUES; CIARLINI, 2013; LEFEVRE; LEFEVRE, 2013).

De forma geral, os professores têm compreensão restrita sobre a Política Nacional de Medicamentos na medida em que ela não se restringe à prescrição e à dispensação. Na verdade, a política envolve a consideração de toda cadeia produtiva, que vai desde o

estímulo à pesquisa, regulação da produção, importação, bem como do comércio público e privado, com controle sobre os preços e o marketing, perpassando pela educação do prescritor e do usuário, a fim de promover a melhoria do acesso aos medicamentos e sua racional utilização (BRASIL, 1998).

Assumindo uma postura crítica, um dos professores referiu o descumprimento das determinações da ANVISA no tocante à proibição da venda de antibióticos sem receituário médico. O professor afirmou ter constatado, na prática, que em algumas situações a legislação não está sendo obedecida:

A ANVISA recentemente, acho que em 2011, proibiu a venda (graças a Deus) de antibióticos sem prescrição, sem receita nas farmácias. Mas eu não sei se está em vigor, porque esses dias agora eu comprei um Bactrim® sem receita! (P4)

Diante de considerações dessa ordem, é importante destacar, em meio ao desnordeio da consideração relativa ao acesso ao medicamento, que o trabalho da agência não se restringe somente aos medicamentos disponibilizados pelo SUS, mas sim a todos aqueles vendidos legalmente no Brasil. No âmbito do medicamento, a ANVISA é o órgão responsável pela regulamentação e fiscalização do setor dando conta da complexidade real da organização dos serviços que atendem à PNM (BRASIL, 1999; MELLO; OLIVEIRA; CASTANHEIRA, 2008).

Especificamente em relação à RENAME, os professores de Saúde Coletiva e Saúde da Família e Vivências em Atenção Básica declararam não terem tido formação a respeito, afirmando, inclusive, nunca terem lido uma lista:

Na minha graduação eu não tive nenhuma explicação do que é (..) RENAME.(...) (P2)

(...) a RENAME, também nunca peguei a lista, nunca peguei para ler, nunca peguei pra estudar. (P1)

No entanto, os professores conhecem, de alguma forma, a existência da RENAME e criticam sua eficácia diante das necessidades da população:

Eu imagino que seja a lista daqueles medicamentos que não podem faltar e que são liberados e cobertos pelo SUS. Porque a gente sabe que não são todos os medicamentos que existem na face da terra que vão estar lá, que o SUS vai cobrir. São [nomes] genéricos, o nome do sal geralmente. São aqueles medicamentos que nós estamos acostumados no dia a dia. (P1)

(...) na prática a gente vê que a maioria da lista de medicamentos municipais, as REMUMES, são inadequadas para prática, tanto generalista quanto de alguma especialidade. Existem medicamentos que não precisariam estar ali e existem medicamentos que estão faltando. (P2)

Sem desconhecer totalmente a temática, tudo leva a crer que eles têm uma aproximação limitada à questão RENAME, o que constitui um fato preocupante, uma vez que nestas disciplinas os estudantes são apresentados às políticas do SUS, bem como têm a oportunidade de conhecer a realidade nas Unidades Básicas de Saúde. A RENAME, no contexto da atenção primária, é o pilar da assistência farmacêutica, pois norteia a gestão da assistência farmacêutica neste âmbito de atenção (BRASIL, 2012).

Entre os professores de farmacologia, no entanto, o tema está mais presente. Em suas falas, foi possível observar a associação pertinente do tema à Política Nacional de Medicamentos:

(...) ela [RENAME] faz parte da política nacional. São medicamentos que são dispensados pelo SUS. São medicamentos que são aceitos pela vigilância sanitária. Então, não é qualquer medicamento que entra no Brasil. Então tudo isso faz parte disso aí. (P4)

Embora um professor tenha verbalizado ausência de vivência prática na lida desta questão, inclusive, ter realizado utilização indevida da RENAME como sinônimo de farmácia popular, ele não se mostrou alheio ao assunto:

Eu não estou alivivendo nos gargalos, de uma política dessa. Então, uma pessoa que tivesse vivendo isso, talvez pudesse falar melhor das dificuldades (...), da realidade (...). São os medicamentos que hoje o governo distribui para a população de uma forma ou gratuita ou então com preço muito baixo. Eu estou falando da Farmácia Popular e das medicações das Unidades de Saúde da Família (USF). (...) A dispensação do medicamento e o atendimento aí bem no início (...) é uma coisa que eu tenho visualizado de melhor hoje. (P3)

No Programa Farmácia Popular do Brasil, lançado em 2004 pelo Ministério da Saúde, diferente do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, os medicamentos existentes não são dispensados gratuitamente à população. As farmácias populares são implantadas pelo governo federal e geridas pelo governo municipal. Nesses estabelecimentos há um rol de medicamentos específicos que são vendidos à população com descontos que podem chegar a 90%. A aquisição dos medicamentos pelo cidadão é subsidiada pelo Ministério da Saúde, que repassa o recurso diretamente às Secretarias Municipais de Saúde mediante a comprovação de venda no Sistema próprio do programa (BRASIL, 2004c).

Outro ponto importante a esclarecer refere-se ao Programa Aqui Tem Farmácia Popular, lançado em 2006 (BRASIL, 2006a). Nesse caso, a venda subsidiada de medicamentos ocorre nas farmácias privadas que se credenciam ao programa.

Vale também mencionar a Campanha “Saúde não tem Preço”, que se destina a dispensar gratuitamente à população medicamentos para o tratamento e controle da hipertensão e do diabetes. Essa campanha foi lançada em 2011 pelo Ministério da Saúde e os medicamentos, elencados em lista específica, são disponibilizados por meio dos Programas Farmácia Popular do Brasil e Aqui Tem Farmácia Popular (BRASIL, 2011b).

De forma geral, a existência da RENAME é vista de forma positiva pelos docentes entrevistados:

É um avanço (...) o estabelecimento de todas essas políticas, porque eu sou de uma época que não existia. (...) por isso que as pessoas hoje falam do SUS. Mas eu consigo ver no SUS um lado muito positivo. ...O que seria do Brasil se não tivesse o SUS? (P3)

(...) o Ministério tem feito uma programação muito importante nos últimos anos com medicações que possam atuar sobre os fatores de riscos para doenças mais graves e mais envolvidas na morbimortalidade brasileira. Mais da metade dos atestados de óbitos concedidos são por doenças cardiovasculares. (...) Existe programas de deixar de fumar que disponibiliza medicamentos, existe programas de hipertensão (...) para o tratamento das dislipidemias. (...) Essa relação tem sido revista de forma bastante adequada e (...) atualizada. Acho que ela precisa ser atualizada sempre (...) e, porque é muito mais barato você incluir a medicação adequada na Relação Nacional do que você ter o doente, por exemplo, com AVC que vai ficar a vida inteira internando. (P5)

Sobre o **Uso Racional de Medicamentos** no contexto da PNM, os professores reconhecem a importância do tema, embora pareçam desconhecer as legislações que balizam as ações do Ministério da Saúde relacionadas ao URM. Vejamos algumas falas:

O Uso Racional de Medicamentos é você utilizar a medicação de acordo realmente com a necessidade. (...) É muito importante esse negócio de prescrição racional, porque em cima de antibióticos eu acho que isso é o mais importante, sabia? Principalmente em relação aos antibióticos porque se está criando muita resistência bacteriana nos hospitais (...). (P4)

Outro aspecto levantado pelos professores foi referente à ausência, ou ao estudo insuficiente deste tópico na formação acadêmica que receberam:

Na nossa pós-graduação em Medicina de Família, na nossa pós-graduação em Psiquiatria, no nosso mestrado, a gente nunca ouviu falar sobre [URM]. Nunca tive uma aula formal sobre o uso racional, a não ser alguns tópicos,

por exemplo, o tema da polifarmácia em idosos, evitar o excesso de medicamentos, o tema da resistência microbiana, ou seja, utilizar os antibióticos de primeira escolha e orientar a utilização pelo tempo correto, pela dosagem correta. Na Medicina Comunitária, a gente tem alguma ênfase em tratamentos não farmacológicos, ou seja, utilizar medicamentos quando efetivamente são necessários. (P2)

Nós sabemos de todos os benefícios dos medicamentos, mas nós sabemos que não existe nenhum medicamento que não tenha nenhuma contraindicação. (...) Eu acho uma prioridade. (...) Eu não sei te descrever leis que não foram aplicadas: não sei se existem projetos de leis porque eu não estou acompanhando isso. Mas, eu ainda acho que [as leis relativas ao URM] estão aquém (...) comparando com outros países. Por exemplo, nos Estados Unidos, você não consegue comprar nada [sem receituário médico]. Eu não sei se tem uma política hoje que está monitorando isso. (P3)

Dois professores verbalizaram terem presenciado recentemente o despreparo da maioria dos profissionais que se submeteram a provas de residência da UFT. A maior parte foi reprovada no quesito prescrição médica, pois não sabia qual tipo de receituário deveria ser utilizado considerando o medicamento a ser prescrito:

Uma das questões da prova prática era sentar na frente de um paciente e prescrever uma receita de fluoxetina. De 49 candidatos, 11 erraram o tipo de receituário, 11 prescreveram em receita amarela, receita azul e, se eu não me engano, 9 acertaram como se escreve uma receita. (...). A impressão que eu tenho é que as questões sobre os fármacos ainda têm que ser muito melhor discutidas. (...) eram médicos de todo o Brasil, médicos que queriam fazer residência aqui na UFT. (P2)

Nós fizemos agora a prova para residentes na universidade federal. Esse foi um grupo seleta e teve aluno que não soube fazer/prescrever uma receita médica. (P5)

Um dos professores considerou pessimista o panorama atual e citou a liberdade de comercialização nas farmácias, bem como a deficiência do ensino médico, como fatores determinantes para essa situação:

(...) nós estamos andando mal: Ainda existe uma grande liberalidade das farmácias na venda de medicamentos. O ensino médico mesmo nas universidades ainda carece de melhor orientação para os alunos. Então, eu acho que nós ainda precisamos evoluir com isso e a consequência é ter alguns colegas ainda receitando remédios desnecessariamente, sem levar em conta o quadro clínico-laboratorial. A gente vê isso com muita frequência. Além do que a automedicação no país ainda é muito grande. (P5)

Embora alguns tenham declarado desconhecimento, os professoresdiscorreram sobre suas **experiências relacionadas ao ensino do URM na UFT**.

Seus relatos revelam que o tema está mais presente na área de farmacologia. Um professor de área da saúde coletiva comentou, inclusive, a ausência dessa questão na programação, mencionando que a inclusão do tema ocorre de forma eventual, por exemplo, em um projeto de extensão específico:

E eu achei interessante que na discussão em sala de aula ele [o estudante] falou: professora, eu trabalhei um pouco sobre isso na minha monografia de farmácia. E aí eu falei: Porque você não apresenta sua monografia aqui? E aí foi quando (...) que eu passei a ter um pouco mais de interesse assim em pesquisar [sobre o URM].

O URM a gente tem discutido muito e aí virou até subtema de um projeto de extensão (Aleitamento materno: excreção no leite e ação no bebê). Um tópico pra ação educativa. (...) Acho que foi devido [o medicamento] ser excretado no leite materno que levou a gente a discutir essa temática. Mesmo porque também o Ministério traz essa questão nos manuais do pré-natal (...).

E a gente pode ver que muitos fazem a automedicação exagerada em nosso país. (...) mas essa atividade está desvinculada da disciplina de saúde coletiva, portanto nem todos os alunos irão desenvolvê-la. (P1)

Outro depoimento foi revelador da presença de uma pretensão cisão quanto à disciplina que deve se encarregar de ministrar o tema. Um professor que atua na Área da Saúde Coletiva ministrou o tema na disciplina de farmacologia, como se o URM fosse questão da terapêutica, não cabendo, portanto, no âmbito da prevenção e promoção da saúde:

O único contato que eu tive com esse tema [URM] foi que eu dei uma aula sobre prescrição na Farmacologia Médica. Eu ensino pra eles quais os tipos de receitas que existem, tipos de receituários, como preencher uma receita corretamente para cada grupo de medicamentos. (P2)

A abordagem do tema na dimensão política foi citada por outro professor da farmacologia, evidenciando ser possível uma consideração mais ampla do URM, que poderia constar também das disciplinas de Saúde Coletiva e Programa Saúde da Família – Vivências em Atenção Básica:

Então, é uma coisa que eu pelo menos tento bater muito nas minhas aulas, eu ensino prescrição racional. (P4)

Eu atuo nas farmacologias básica e médica dirigidas mais à cardiologia. Como eu tive já uma pequena experiência de gestor, eu fui secretário estadual da saúde, por duas vezes, eu sempre procuro mostrar aos alunos, por diversas nuances, a relação custo-benefício, os efeitos colaterais, o efeito, o dano que você pode causar no paciente com uma medicação desnecessária. (...) Na introdução às doenças infectocontagiosas você acaba

tendo uma inserção na política nacional. Você discute distribuição, utilização de medicamento, disponibilização pelo governo ou não, aceitação de tratamento, mas eu penso que ainda não é uma coisa muito forte não [no ensino]. (P5)

Na ausência de um preparo condizente com os ensinamentos relativos ao URM, um professor da disciplina de Farmacologia Médica afirmou conduzir suas práticas educativas de acordo com o que preconiza o Ministério da Saúde e citou o DEF – Dicionário de Especialidades Farmacêuticas, como material didático relevante para o aprendizado da farmacologia médica:

Às vezes eu abro a página do Ministério, mostro pra eles o que tem disponível, sabe? Por exemplo, teve um deles que não sabia o que era DEF. [Eu ensino] que é o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas, vocês podem consultar em caso de dúvidas em relação à dose, prescrição, para que serve a medicação. (...) eles têm tudo isso no DEF. (P4)

Entretanto, cabe mencionar que distante de constituir um braço do Ministério, o uso do DEF como material didático traz o viés da intervenção mercadológica. Trata-se de uma publicação patrocinada pelas indústrias farmacêuticas, tendo, por conteúdo, bulas de medicamentos. Um estudo comparando as informações contidas no DEF sobre 44 especialidades farmacêuticas mais vendidas e aquelas veiculadas nos compêndios americanos Physicians' Desk Reference (PDR) e Drug Information for the Health Care Professional (USP-DI), tendo como parâmetros os Critérios Éticos para a promoção de medicamentos da OMS, concluiu haver discrepâncias entre as informações publicadas; mostrou também que o DEF suprimiu muitas informações sobre contraindicações, reações adversas e interações medicamentosas, contribuindo, desta forma, para um conhecimento superficial e equivocado dos fármacos (BARROS, 2000). O DEF, portanto, não deveria ser indicado como material de estudo, uma vez que o aluno está em processo de formação e ainda não adquiriu experiência e conhecimento suficientes para discernir tecnicamente sobre as informações dispostas na publicação.

Nesse sentido, um professor de Farmacologia Médica reconheceu a pressão mercadológica exercida pelas indústrias farmacêuticas no tocante à priorização das linhas de pesquisa e produção de novos fármacos voltados sobretudo para o controle das enfermidades, em detrimento do esforço visando à prevenção/cura das doenças:

A indústria farmacêutica gosta muito de produzir remédios pra tratar as consequências da doença. (...) adora produzir metformina, glibenclamida pra tratar o diabetes, mas muito poucas indústrias farmacêuticas

trabalham pra desenvolver uma substância que estimulasse as células beta das ilhotas de Langerhans a produzir insulina. Esse remédio ia ser usado por 30 dias e o indivíduo iria estar curado. (P5)

Para além das limitações do ensino, um professor da área de Saúde Coletiva criticou, no âmbito da organização da Assistência Farmacêutica, a gestão e o modelo existente no SUS. Ele citou exemplos de outros países onde não há farmácias públicas municipais, considerando ser essa uma opção mais viável ao SUS, uma vez que a compra subsidiada pelo governo está menos sujeita à corrupção, além de ser mais eficiente. Segundo ele, esse modelo deveria ser adotado no Brasil:

Se esse sistema de compras subsidiado funcionasse [no Brasil], ele [o usuário] chegaria com o cartão SUS na farmácia e ele receberia seu antibiótico sem problema nenhum e a farmácia cobraria do SUS. (...) E, mesmo com esse sistema de terceirização de farmácia, ele tem que ser controlado, tem que ter o uso racional, tem que ter uma educação para o uso racional. (...) Então eu acho que o sistema tem que ser terceirizado. (...) farmácia pública, a princípio, me parece muito gasto de dinheiro público e muita ineficiência. Gasta dinheiro público por causa da corrupção, da estrutura que tem que ser montada. Há controvérsias, mas acho que é um sistema que tem que ser estudado. (...) A impressão que eu tenho é que hoje o SUS, do jeito que está, não presta um bom serviço e existe corrupção do mesmo jeito. (P2)

Ainda sobre as farmácias do SUS, este mesmo professor discorreu sobre a falta de controle na dispensação de medicamentos:

Não existe informatização, não existe controle. Então a pessoa pode hoje pegar uma receita aqui com um médico e ir lá e pegar 60 comprimidos de captopril e acabar fazendo um estoque em casa. Daqui a pouco poderá até vender medicamentos para outras pessoas, ou ficar com aquele monte de medicamento vencido. (P2)

É importante ressaltar que, nas farmácias públicas, independentemente de estarem informatizadas, é comum a prática de destacar na receita médica, utilizando carimbo próprio da farmácia, que o medicamento foi dispensado, a fim de evitar situações como as apresentadas pelo professor. A prática de datar, carimbar e assinar no receituário médico é uma das orientações fornecidas pelo Ministério da Saúde para a dispensação racional de medicamentos no SUS (BRASIL, 2001). Entretanto, nem sempre é de conhecimento dos médicos.

Questionados se os **conteúdos abordados sobre PNM (RENAME e URM) no curso** seriam suficientes para compreensão dessas políticas, os professores responderam negativamente, reafirmando a insuficiência de sua abordagem:

Eu acho que não é suficiente. Porque primeiro teria que ser trabalhado na sala de aula para depois ele ir lá [na unidade de saúde] já com foco. Porque o que não é trabalhado em sala de aula, na vivência prática ele perde o foco (...). (P1)

(...) de uma maneira geral, é um tema [RENAME] que tem sido discutido de maneira insuficiente na graduação. E acho que até mesmo nos serviços de saúde. (P2)

Então eu acho que sim. É suficiente para dar uma boa formação desde que a gente pratique, não pratique o ensino, mas pratique a “ensinagem”. (P5)

Considerando que a universidade tem o compromisso de trazer a realidade do SUS para o processo de formação do aluno, os professores manifestaram a possibilidade de tais conteúdos serem contemplados, em sua dimensão política, nas disciplinas tanto de Saúde Coletiva quanto na área da Farmacologia:

[Sobre a RENAME] nada. O que a gente menciona é o que todo mundo sabe. Quando você está no Sistema Único, você tem que saber, mas nós nunca lemos essa lista; a portaria nós nunca discutimos. Mas fica a ideia e, quem sabe, no próximo semestre de Saúde Coletiva. (...) eu acho que o [URM] é o único quesito contemplado em tudo. (P1)

Nos Estados Unidos você não compra nada (...) se você não tiver realmente uma prescrição (...). Então são esses conceitos que devem ser passados para os alunos juntamente com a disciplina [Farmacologia Médica]. Não é simplesmente falar a dose, efeito colateral e efeitos adversos. Você tem que passar mais ou menos de acordo com o que o Ministério da Saúde preconiza, até porque isso aí está no PPC da faculdade. Uma faculdade voltada para a saúde pública, entendeu? Então tem que tentar ensinar para eles o que vai acontecer no SUS. (P4)

No decorrer das entrevistas, foi levantada a suspeita de que os alunos já teriam estudado os temas em períodos anteriores à Farmacologia Médica, porém, os docentes não souberam precisar em quais disciplinas isto teria ocorrido, ou mesmo poderiam ser incluídos. Foi citada, como possibilidade, a abordagem durante a disciplina de Saúde Coletiva, alegando-se carga horária insuficiente na farmacologia:

[Poderíamos] fazer uma busca e ver se esses meninos não têm alguma coisa atrás porque o SUS é muito estudado por eles no primeiro, segundo e no terceiro período. (P3)

Eu acho que não. (...) mas eu não sei se isso é mostrado para ele na saúde coletiva. Então eu acho que falta uma comunicação entre o saber o que [ensinar]. Eu procuro passar [isto] dentro da minha disciplina [Farmacologia Médica], mas sei que tem professores que não vão fazer isso, porque eles vão focalizar mais o doente. (...) Tem que ensinar o menino a prescrever, pelo menos um pouco, até porque ele vai aprender na clínica. (...) mas eu acho que falta. Isso deveria ser incluído na Saúde Coletiva. Porque na nossa disciplina não dá tempo. A gente não tem tempo hábil. (P4)

Sobre o ensino do URM, o professor refere que, na ausência de um ensino formal e sistemático a respeito, a prática do URM deveria ocorrer ao longo do exercício profissional:

Eu não acho que eles tiveram uma parte específica só sobre isso. Posso te falar em relação à prescrição racional, não nessa [turma] que já vai formar, mas, nessa turma que eu ministrei (...) eles tiveram. Pelo menos em relação a antimicrobianos. Eles tiveram mesmo. Porque eu acho isso muito importante. (...) Isso eu posso te falar. Agora o resto eu acho que é mais a parte prática mesmo que vai trazer isso daí. Porque se você perguntar pra qualquer profissional de saúde formado, esse profissional não tem muita intimidade com isso. (P4)

As falas sinalizam haver preocupação com o ensino sobre os medicamentos, incluindo a URM, particularmente no âmbito da farmacologia. Ressalta-se, no entanto, limitações quanto à abordagem de questões no âmbito da política, envolvendo a consideração do acesso ao medicamento nas várias instâncias da assistência à saúde. Acrescenta-se a falta de integração entre as disciplinas, em meio ao estrangulamento da carga horária em função da abrangência dos conteúdos, o que justifica, em certa medida, a priorização atribuída à questão nas respectivas disciplinas.

Quanto ao aprendizado **sobre a RENAME e o URM nas atividades práticas nos serviços de saúde**, houve contradição entre os docentes. Um julgou-se incapaz para fazer uma avaliação nesse respeito e outro considerou que, mesmo de forma insuficiente, esses temas estão sendo estudados na prática:

Eu não sou a melhor pessoa pra te falar desse aluno em si. Não sei (...). Isso porque eu me limito (...) basicamente ao quarto período (Farmacologia Básica). Nunca avaliei a política. (...) ele [estudante] já viu a farmácia básica. (P3)

(...) eu ensinei pra eles essa parte da prescrição como fazer a receita, se for uma receita branca, como é que é uma notificação de receita, tudo isso eu ensinei ... agora, como eles estão fazendo, quem acompanha são os médicos. (...). Eu tenho retorno assim, de chegarem nos corredores e me contarem "professora deu certo!", alguma coisa assim (...) mas eu não tenho contato. É claro que eles aprendem alguma coisa, porque eles fazem estágios

e os próprios médicos [professores] trabalham no SUS, então eles sabem. Os médicos acabam passando isso, que é o conhecimento prático, né? (P4)

(...) a inserção do aluno da UFT no SUS é precoce e contínua. Ela é estimulada. Eu não sei como é que está a orientação do professor, porque uma coisa é no papel. Na prática (...), outra coisa é o que efetivamente ele faz lá: se ele vai aprender sobre o sistema ou se ele vai aprender apenas o conhecimento médico. E a impressão que eu tenho é que de uma maneira insuficiente, eles têm visto isso na prática. (P2)

Alguns professores declararam que os assuntos não estão sendo inseridos nas atividades práticas, alegando não estarem presentes no PPP do curso. No entanto, um professor relacionou a inabilidade dos estudantes do sexto ano à ausência destes conteúdos na grade curricular:

Na farmacologia médica nós não temos, mas não foi proposto na farmacologia médica para eles saírem para esse campo de estágio. (...). Na nossa disciplina eles não têm estágio nenhum, eles não têm nenhuma vivência prática, porque ele vai ter isso logo depois no sexto período. (...) O aluno no sexto período está logo saindo (...) ele está dentro do hospital, no estágio dele, sempre acompanhado pelos preceptores, que são mais de 70 dentro do hospital. (P3)

Acho que não. Acho muito difícil [que seja inserido o tema PNM durante as aulas práticas]. (...) Você tem os alunos chegando ao sexto ano e eles não sabem fazer uma receita de determinado medicamento. (P5)

Os professores declararam não considerarem prejudicial o fato da prática da disciplina de Farmacologia ocorrer dentro da disciplina de Semiologia. Foi destacada, no entanto, a insuficiência de hospitais na região como um fator que contribui para dissociação entre a teoria e prática da disciplina em questão:

Eles não têm farmacologia prática no curso da UFT. Eu não sei o porquê. E na Sêmio [semiologia] eles têm junto como se fosse a farmacologia prática. Porque todas as escolas que eu vejo, eles têm a parte prática da farmacologia médica. (...) na sêmio eles fazem todo o exame clínico do paciente e também tem essa parte de prescrição, onde eles efetivamente aprendem a prescrever. (P4)

(...) na Semiologia I essa prática consiste em examinar o paciente, ver os exames, diagnóstico e o tratamento. Na Semiologia II, na Saúde do Adulto, que são os alunos do sétimo período (...) eles (...) ficam muito no tratamento medicamentoso que estão usando, se é adequado, se não é adequado, o que isso vai representar a médio, longo prazo na recuperação do paciente. (P5)

Observa-se ausência de integração entre as disciplinas, o que assinala para os limites dos reforços complementares que potencializariam a abordagem do tema nesse âmbito - resguardadas as singularidades do tratamento disciplinar.

Considerando a falta de discussões em torno da PNM, perguntamos aos professores **como os estudantes costumam receber as informações sobre as políticas de medicamentos**. Um deles descreveu o estudante como sendo resistente ao tema, declarando, inclusive, que este não concebe nenhuma limitação em sua prática profissional, levando-nos a crer que a RENAME, bem como as Diretrizes e Protocolos Clínicos, não são bem aceitos pelos estudantes:

Nada que ameace limitar o exercício da medicina, mesmo que custe um caminhão de dinheiro, é [uma] prioridade para do aluno. O aluno é muito irracional. Ele tem muita paixão. (...) Se existir um medicamento que custe R\$ 30.000,00 o comprimido, mas que seja melhor que o outro (...), ele não está nem aí para política. Ele não importa se esses R\$ 30.000,00 sejam utilizados pra salvar outras 20 vidas! (P2)

Para outro professor, o interesse pelo aprendizado e o entendimento da relevância por qualquer assunto é individual, porém o professor é fundamental para o despertar do interesse:

Não. Eu acho que isso a gente aprende quando vai atrás. Se não tiver nenhum professor pra falar, pelo menos para tocar no assunto, não. Porque eu só fui ler a página do Ministério da Saúde quando eu estava formando (...) ninguém lê. (P4)

Houve menção também à carga excessiva de assuntos durante o curso:

Você lê só o livro didático que o professor tá te dando pra fazer a prova, e você fica estressado, principalmente porque eles não têm só a farmacologia, eles têm outras disciplinas (...) é muito pesado o curso; eles leem o básico para poder aprender mesmo, fazer a prova direitinho e tal, e aí passam a maior parte do curso estressados com as provas que eles têm. (P4)

Em meio ao ideário liberal e especializado da prática da medicina, alguns professores parecem projetar sua própria indisposição frente ao assunto, na medida em que expressam, por pressuposto, o desinteresse dos alunos a propósito de temas relativos à PNM. Sem endossar este posicionamento, foi colocado, entretanto, que o interesse de qualquer tema de ensino também depende do professor e, ainda, que a ausência da abordagem da questão poderia ser justificada pela pesada carga de assuntos que compõem o currículo do curso – reforçando os argumentos para a ausência da abordagem do tema no curso.

De forma semelhante, um professor manifestou sua descrença com relação à aplicabilidade destes conhecimentos pelos estudantes depois de formados; outros foram enfáticos ao afirmar que os alunos de medicina são pouco interessados em conhecimentos relativos ao SUS:

Então, o aluno de medicina é, na minha percepção, muito preocupado com a prática individual, caso a caso, e não com a prática social. Ele não tem essa visão de que ele precisa ter um sistema equânime, de acesso universal e tal. Não, ele acha que esse negócio de acesso universal e equidade é uma coisa de política (...). Alguns podem ser assim os socialistas, os comunistas, mas quando a gente puxa alguns temas de SUS, a maioria não gosta. A maioria deles tem uma formação em casa (...) que privilegia, acima de tudo, a livre iniciativa, o lucro. Infelizmente é assim.

E a impressão que eu tenho é que (...) apesar de existir disciplinas como Saúde Coletiva, Práticas de Saúde, Gerenciamento de Informações em Saúde e tal, a impressão que eu tenho é que, por natureza, o aluno de medicina já não é muito interessado em temas administrativos e de sistemas assim, Sistema de Saúde. Por natureza, o aluno de medicina quer ser médico, ele quer aprender a tratar a doença, esse é o foco. (P2)

(...) o aluno de medicina não é muito fã dessas disciplinas não. Ele acha que não tem importância aprender a lei 8080, a 143, por exemplo, estudar a constituição (...). (P1)

Para outro docente, entretanto, em relação ao ensino do tema URM, a receptividade do estudante é muito grande, desde que o professor saiba como inserir o assunto. Em seguida, acrescentou que sua atuação ocorre em períodos distintos do curso e exemplificou como uma sua vivência ao ensino de assuntos específicos. Neste sentido, mencionou a receptividade do aluno:

[O interesse] é muito grande! Se você souber colocar. (...) Quando abordo, por exemplo, a clínica da cardiomiopatia, eu chamo a atenção de que a Doença de Chagas é um problema dos países latino-americanos e que o Brasil é um país endêmico de Chagas, ainda. E que o Tocantins já tem erradicação da Doença de Chagas- que ninguém sabe disso - e aí a receptividade é muito grande. (P5)

Em relação à prescrição de antibióticos conforme preconiza o URM, o professor acredita que as distorções observadas na prática profissional podem começar a ser ensinadas durante a formação, especialmente no período da residência médica:

Porque dependendo de onde eles forem fazer residência, dependendo do tipo de pessoa que eles forem lidar. (...) ele vai acabar ensinando isso para o aluno, sendo que você, na graduação, ensinou outra coisa. A gente tenta passar a informação, entendeu? Mas assim, depende de onde ele vai fazer residência, depende do hospital onde vai trabalhar. (P4)

Reafirmando o despreparo sobre a PNM, os docentes reconhecem a necessidade de envolvimento da instituição com os três níveis da gestão pública visando à divulgação, incentivo e capacitação de professores sobre o assunto. Vejamos alguns depoimentos:

(...) porque nós não podemos ser fechados, também porque as coisas vão mudando (...) e o professor precisa aprender muito. Só que precisa entrar as secretarias de saúde municipais e estaduais e o ministério para trazer essas discussões, levando a gente a refletir ou fazendo um seminário, jornada, o que quer seja pra aumentar o nosso conhecimento [sobre a PNM]. (P1)

(...) os professores conversam muito pouco, se encontram poucas vezes para discutir o conteúdo do currículo. E eu não sei se isto [RENAME] tem sido discutido, na graduação. Especificamente eu acho que não. (...). Isso é um pecado porque, na prática, a gente vê que a maioria das listas de medicamentos municipais estão inadequadas para a prática, tanto generalista quanto de alguma especialidade. E que existem medicamentos que não precisariam estar ali e existem medicamentos que estão faltando. (P2)

(...) eu não tive na minha época de formação, eu não tive essa vivência (...). A universidade era longe dos serviços (...). (P3)

(...) primeiro é a falta de capacitação em todas as áreas a respeito deste assunto [PNM]. Segundo que, quando existe capacitação, ela é feita com desvios político-partidários (...). Então isso faz com que as pessoas não tenham conhecimento; Que os profissionais não tenham capacitação para usar, até pra conhecer mesmo. Você veja na universidade, quantas vezes nós tivemos incentivos pra fazer debates a respeito deste assunto? Então eu acho que é uma área bastante deficiente. (P5)

Além de destacar a falta de capacitação dos docentes e de participação da gestão em saúde para estimular a discussão, os docentes de Saúde Coletiva e Saúde da Família - Vivência em Atenção Básica levantaram as questões da organização do ensino na universidade. Foi mencionado que os professores não recebem treinamentos e explicações a respeito do Projeto Político Pedagógico e sobre os objetivos do curso, sendo que esse aprendizado, quando ocorre, é motivado por interesse individual do professor, não havendo um envolvimento da instituição para que ocorra. Alguns depoimentos revelam esta percepção:

(...) o Projeto Político Pedagógico (PPP) está precisando de uma atualização. Mas eu acho também que para poder reformular o PPP, a gente tem que se reformular primeiro. O [professor] precisa sempre estar participando, tem que participar das coisas, dos eventos, porque se não vai se subespecializando cada vez mais numa só área e deixa de ser abrangente. (P1)

Hoje funciona muito assim: você lê a proposta pedagógica do curso porque pode cair na prova de seleção pra professor. Então, antes de você entrar na universidade, para a prova, dentre as coisas que você tem que ler é o Projeto Pedagógico do Curso. Depois que entra na faculdade, no primeiro dia não há uma recepção do professor, não há uma integração desse professor, não há uma apresentação da proposta pedagógica, não há uma apresentação do ementário, não há uma apresentação oficial para os outros professores, não. Ele entra e já tem aula pra dar tal dia e ninguém ensina nem como mexe no diário (...).

Nós estamos terminando, formando a primeira turma agora, em seis anos a gente se reúne apenas uma vez por mês pra discutir tópicos de urgência. Mas nós não temos, por exemplo, um evento anual que a gente discuta a integração dos novos professores, e da forma como os novos professores se apropriam da proposta pedagógica. (P2)

Quanto às expectativas dos professores relativas à **aplicação dos conhecimentos sobre a RENAME e ao URM no exercício profissional**, as opiniões sinalizaram para um cenário desfavorável. Somente um deles declarou que a maioria sairá bem preparada. Porém, a aplicabilidade do que foi ensinado na universidade dependerá, segundo este mesmo professor, da aptidão de cada um. Quem tem vocação para trabalhar no SUS deverá incorporar o aprendizado no exercício de sua prática médica. Outro docente avaliou os alunos com nota 4, em uma faixa de 0 a 10, levando a crer que suas expectativas estão aquém do desejado para uma instituição que projetou um curso comprometido com o fortalecimento do SUS. Vejamos algumas falas nesse sentido:

Eu acho que tem de tudo. A maioria dos alunos acaba aprendendo a utilizar os medicamentos que existem no SUS. Acabam prescrevendo aqueles medicamentos porque ele sente necessidade de saber o quê que tem. Ele acha a listinha lá e tem que usar, não adianta.

A grande maioria vai sair com uma boa noção dos medicamentos que existem na rede e vai tentar fazer uma boa medicina com esses medicamentos. Uma parte deles não vai se prender a isso provavelmente [porque] que não tem o perfil para trabalhar com o SUS mesmo. (P2)

Então eu acho que eles vão sair muito mais preparados. (...) eles têm o HGP aqui em Palmas. Esse internato rural, eu acho que ajuda muito também (...). Então se eles souberem aproveitar bem, serão médicos [competentes] em qualquer lugar. (P3)

Olha, eu acho que eles vão sair preparados em algumas coisas e deficientes em outras. Agora te falar o quanto, eu não sei (...). Vamos dar uma nota para isso: nota 4. (P4)

Outro professor justificou sua avaliação em 50% devido ao elevado volume de conteúdo na graduação e acrescentou que a prática insuficiente no processo de formação contribui, entre outros fatores, para essa deficiência no aprendizado. Em seguida, considerou

que somente na pós-graduação, por exemplo, na residência médica, o profissional estaria mais preparado para atuar conforme as diretrizes do SUS no tocante aos medicamentos:

Eu acho que isso depende muito do catedrático que está trabalhando este assunto. (...) É muito pouco [abordado], muito deficitário ainda. [A avaliação ficou] abaixo de 50%. Eu atribuo primeiro ao fato de que o curso médico é um curso muito carregado, muito difícil. O volume de coisa pra estudar é muito grande. E estudar medicamentos é uma coisa dolorosa quando você não tem a prática associada. Então o aluno lá até aprende, mas isso fica muito dissociado da coisa toda. Então eu acho que o indivíduo hoje, pra utilizar isso adequadamente, somente após a residência médica. (P5)

Um docente afirmou acreditar que, de forma geral, os alunos da UFT estarão mais aptos a trabalharem no Sistema, uma vez que os professores são envolvidos e comprometidos com o SUS:

Eu acho que o nosso aluno, por incrível que pareça, vindo como a gente se envolve (...), eu acho que ele vai ser um pouquinho melhor do que os médicos que a gente tem visto hoje. Eu acho que o nosso vai ser um pouquinho melhor, não tanto a questão de discutir a política nacional, enfim, mas pelo o que a gente tem conseguido passar, ou seja, um maior comprometimento com o sistema. (P2)

Solicitados a apresentar **críticas e sugestões** que propiciariam o ensino e a aplicação da RENAME e URM, vários docentes teceram críticas ao próprio sistema:

Eu, sinceramente, acho que se tudo o que tem no SUS funcionasse do jeito que é para funcionar seria o melhor sistema de saúde do mundo. (...) O que tem na teoria é muito legal mas, tem que ver é o quanto que o usuário do SUS está se beneficiando com essa política (...). Por exemplo, em farmácias populares [para atendimento das Unidades de Saúde] falta medicamentos. Você vai prescrever e não têm. São medicações básicas e não têm. (...) Talvez eles [os gestores] pedem medicações mais importantes, por exemplo, hipertensão e diabetes por conta dos programas do Ministério da Saúde, HIV que é muito legal no Brasil. (P4)

O médico ainda é pouco proativo no sentido de tomar a iniciativa pra melhorar a política de medicamentos, então eu acho que a gerência farmacêutica tem que tomar a atitude de consultar os médicos com mais frequência. Não sei, talvez uma vez por ano, sentar com os médicos de determinada especialidade, pedir uma reunião e dizer olha nós temos tais e tais medicamentos, e aí (...) vamos discutir um pouquinho. Nós tivemos, por exemplo, essa experiência com a secretaria municipal de saúde, há pouco. E foi ótimo porque a gente conseguiu pelo menos comprar um pouquinho de algumas coisas que estavam faltando, alguns antipsicóticos atípicos, alguns medicamentos específicos para reação à droga e tal, que a gente não tem na REMUME. Eu acho que pelo menos uma vez por ano seria bom a atenção [assistência] farmacêutica ter essa iniciativa assim. (P2)

A gente encontra distorções de gestores, de gestões aqui no Tocantins (...) tem gestores comprando hidralazina, não sei quantas mil doses pra tratar hipertensão. Ninguém usa mais. Então essas coisas precisam, mas, precisar [na perspectiva] do conceito das diretrizes e normas da Política Nacional de Medicamentos. (P5)

Ainda no que se refere às críticas, foi mencionada a falta de farmacêuticos associada ao movimento de centralização das farmácias em Palmas, o que, segundo eles, compromete a facilidade de acesso ao medicamento e sua proximidade à comunidade:

Quando não era exigida ou fiscalizada a presença do farmacêutico nas farmácias, as unidades tinham um monte de farmácias sucateadas (...). [Diante da cobrança da presença do farmacêutico] a alternativa foi ao invés de contratar muitos farmacêuticos, as farmácias foram centralizadas. (P1)

(...) se eu tivesse um farmacêutico lá, com certeza eu iria saber melhor em relação a isso [acesso da população aos medicamentos]. (...) Não tem um farmacêutico lá [nas USF de Palmas]. Eu acho isto uma deficiência, (...) lá na ponta. (P3)

Retornando à escassez de profissionais, o depoimento de um docente fez referência à necessidade de melhorar a fiscalização na gestão dos medicamentos:

(...) eu acho que o maior problema aqui no Tocantins é que a gente não tem médico ou hospital pra todo o mundo. Não é que falta [medicamentos] porque o Ministério não manda, é pela falta de gestão. Eu acho que cabe uma melhoria, uma fiscalização melhor nos órgãos de gestão (...). (P4)

Por fim, foi sugerido que o Ministério da Educação adote medidas a fim de estimular as universidades e os docentes a ensinarem a terapêutica racional dos medicamentos:

[A sugestão] seria mais na parte de fiscalização mesmo (...) e até, talvez, como exigência, sei lá, do Ministério, que isso seja implantado nas faculdades ou, na Saúde Coletiva, ter uma disciplina (tópico) específica onde a gente pudesse realmente trabalhar isso. Na farmacologia (...) a gente tem que ensinar mecanismo de ação juntamente com a parte de prescrição. O Ministério [deveria] obrigar as universidades federais a fazer isso, porque ele obriga quota, obriga um monte de coisa, entendeu? Então, de repente, poderia ser alguma coisa, ser um programa que poderia ser implantado dentro das universidades federais. (P4)

Dentre as justificativas para que o ensino sobre o Uso Racional de Medicamentos ocorra de forma institucionalizada em todas as universidades brasileiras, os professores alegaram que o medicamento é uma das ferramentas de trabalho mais utilizadas pelos médicos:

Eu vejo que ele é muito importante. É fundamental para todas as doenças. Embora ele seja apenas uma etapa do tratamento. (P5)

(...) Não tem nem o quê te falar! É super, hiper, ultraimportante porque a base da medicina tá na medicação. Além da cirurgia, obviamente tem outros procedimentos, mas a base da base do tratamento ambulatorial é a medicação. Está presente em quase tudo. (P4)

4.2.3 Política Nacional de Medicamentos (RENAME e URM) na Perspectiva dos Estudantes

Grupo focal 1

A discussão em grupo, envolvendo estudantes do 7º período, foi desencadeada pela questão: O que vocês aprenderam sobre medicamentos?

Os estudantes relataram que, nos períodos anteriores, estudaram a respeito nas disciplinas de Farmacologia Básica e Médica sobre farmacodinâmica, farmacocinética e as classes terapêuticas dos medicamentos. Relataram também que, em disciplinas mais gerais, como a Semiologia, o tema sempre esteve presente nos conteúdos disciplinares. E que, atualmente, estavam aprendendo sobre a aplicabilidade dos medicamentos, ou seja, a terapêutica frente a patologias específicas:

A partir do quarto período, em quase todas as disciplinas, a gente falou de medicamentos. (...) Então, depois dos princípios básicos de farmacologia básica e médica, a gente tem cada professor ensinando na sua área (...) como lidar com a patologia do paciente e esquemas terapêuticos. (...) Como a gente está tendo um contato muito maior com a prática, a gente começa a ver como se faz uma prescrição. (...) A gente está vendo a aplicabilidade do conhecimento que é a parte mais de sedimentação. (A2)

Agora a gente vê mais a parte de medicação: prescrição, adesão do tratamento pelo paciente, posologia. (A3)

No quarto período, a gente teve essa parte básica (...), depois, na farmacologia médica, a gente viu especificamente as classes de medicamentos. (...) Agora a gente está vendo cada medicamento dentro de cada doença. (A4)

A gente tem visto mais é essa questão de dosagem; antes era separado, na semiologia e em uma optativa que a gente teve também. (A1)

No 5º período, a gente via todas as classes (...), mas agora a gente vê mais prescrição, dosagem, posologia. Antigamente a gente via mais sobre a cada [fármaco]. (A5)

Distante do aprendizado formal da terapêutica, os estudantes também citaram momentos em que o assunto foi veiculado durante uma demonstração prática do site da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, no qual é possível acessar as bulas dos medicamentos registrados no país, bem como realizar a notificação de efeitos adversos. Mencionaram, também, o fato dos professores correlacionarem o medicamento à sua disponibilidade ou não no Sistema Único de Saúde:

A gente aprendeu a ver um site da ANVISA, ver as bulas e tudo mais, onde a gente pode fazer acho que o registro de algum efeito adverso, se a gente identificar. (A1)

E agora o professor chega na sala, mostra o que tem disponível no mercado, e fala esse aqui tem no SUS, esse aqui não tem no SUS. Mas, se o paciente tiver dinheiro para comprar o que não tem no SUS, pode-se prescrever. A gente está tendo [mais] noção, não é? (A6)

Detalhando mais a questão do ensino relacionado aos medicamentos disponíveis no SUS, foi possível observar que o ensino teórico específico sobre a RENAME não ocorreu de forma institucionalizada. E que o tema, quando presente, tem sido abordado mais nos cenários de prática, e ainda de forma pontual, por alguns professores, embora se perceba que há, neste grupo de estudantes, interesse e valorização dos professores que abordam questões práticas ligadas à organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS:

(...) Então informar, fazer essa distinção do que tem disponível na rede, o que tem mais barato, o que é mais indicado em cada situação, a gente está tendo agora (...). (A3)

Os nossos professores geralmente trabalham tanto no público como no particular, e eles geralmente mostram as possibilidades (...) e tentam mostrar o que a gente pode fazer. Uma questão que é fato, é que aqui na universidade federal, a gente aprende a lidar com as faltas também [de medicamentos no SUS]. E a gente, particularmente, prefere professor assim, que faça essa distinção e faça a aplicabilidade também. Já tivemos diversos professores que fazem falas de fármacos mais evoluídos, só que não falam para você da aplicabilidade, da visão farmacoeconômica que existe no SUS e esses professores podem ter inteligência que for, mas, para nós, a gente prefere certos professores. Agora outros professores que mostram para nós a realidade, a aplicabilidade dos fármacos, esses são mais valorizados. (A2)

Se eu estiver errado podem me corrigir, mas eu acho que essa questão que os meninos falaram de professores que falam sobre quais medicamentos estão disponíveis no SUS, quais os que não estão, o custo e outras coisas (...) é mais no cenário de prática porque, nas aulas, alguns professores falam, mas não todos, acho que uma minoria.(A1)

Em relação ao atual cenário de prática, os estudantes disseram que estão divididos por grupos e que o ambulatório do Hospital Padre Luso é o cenário de prática de todos no sétimo período, porém, os estudantes também estão tendo a oportunidade de conhecerem o Hospital Geral de Palmas e algumas instituições privadas. Destacaram que os docentes universitários também estão nos serviços, pois trabalham no SUS, justificando assim o conhecimento prático dos professores acerca das dificuldades existentes nos serviços:

O contato que a gente tem com os preceptores ainda é pouco. O contato que a gente tem é com os professores da nossa disciplina que dão a parte teórica e a prática. (...) A gente tem mais contato com os professores que também trabalham no serviço. (A3)

São módulos, então depende da matéria. Em Saúde do Adulto, a gente tem módulo de semiologia, clínica cirúrgica, então, cada um de nós está em um módulo. Todos estão no Padre Luso. (A6)

Mas depende da matéria. Em pediatria e ginecologia, a gente faz ambulatório, uns na quarta e outros na sexta. Só que o local é o mesmo. A Pediatria e ginecologia são no ambulatório do Hospital Padre Luso. Na Saúde do Adulto, a gente roda no Hospital Geral de Palmas (HGP). Na parte de terapia intensiva, a gente fez visitas em clínicas particulares também. Na parte de videoendoscopias, a gente fez em outros lugares particulares que os professores conseguiram. (A3)

Discorrendo sobre suas experiências nas Unidades Hospitalares da região, os alunos mencionaram falta de medicamentos e algumas estratégias utilizadas no âmbito da prescrição para que o paciente tenha acesso ao tratamento. Demonstrando comprometimento com o tratamento do doente, reafirmaram o interesse de que os professores os ensinassem a lidar com a essas situações:

Em relação ao SUS, eu percebo que, às vezes, tem muita falta de medicamentos, então você percebe que é um problema de gestão e, às vezes, falta de gerenciamento financeiro ou então até mesmo da distribuição do medicamento. Às vezes, tem medicamentos que não chegaram ao local, então você acaba tendo essa dificuldade pra prescrever, principalmente no hospital. Ou então você tem uma prescrição de uma dosagem e ali não tem aquela dosagem do medicamento e você tem que fazer um combinado de doses pra chegar naquela que você quer. Mas, em termos de você chegar às consultas e receitar o medicamento e o paciente ir às farmácias [públicas] ou mesmo adquirir comprando e depois, quando eles retornam para as consultas, a gente não percebe dificuldade (...). (A4)

(...) Foram duas situações que faltou medicamento, mas quando falta e a gente tem a noção do custo do medicamento, a gente consegue trocar para um que a família consiga comprar. Então é importante que o professor fale isso para gente pra que a gente tenha noção de uma alternativa, mas que

seja barato porque a gente está atendendo pessoas que dependem do SUS. (A7)

Acho que a gente vê que o SUS disponibiliza bastante medicamentos voltados para doenças crônicas ou doenças que tenham alta prevalência na população brasileira e não em todas as doenças em si, e também medicamentos de uso habitual. (A1)

Em relação às experiências nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), foi possível observar que, embora os estudantes tivessem desenvolvido atividades nestes espaços, desde os períodos iniciais do curso, questões relacionadas aos medicamentos no SUS não fizeram parte das discussões. No entanto, os alunos acreditam que deverão adquirir esses conhecimentos futuramente:

Nas vezes em que a gente rodou [nas UBS] foi no primeiro e terceiro períodos, e a gente não tinha tido a questão farmacológica, então não foi focada a questão farmacológica. Mas, no internato, nós temos 3 meses na USF [Unidade de Saúde da Família]; então a gente vai praticar todo o processo da estratégia, a organização e, inclusive, as medicações na unidade assistencial. (A2)

No 8º período, nós teremos uma disciplina que é Saúde da Família e passaremos nas unidades. (A7)

Ainda sobre o aprendizado nos períodos anteriores, mais precisamente na disciplina de Saúde Coletiva, os estudantes revelaram que não houve discussões relacionadas aos medicamentos no SUS, uma vez que esse não era o foco da disciplina, embora percebessem a existência do medicamento na organização dos serviços de saúde. Citaram, como exemplo, o Programa HIPERDIA que, além de trabalhar a educação popular e as medidas de promoção e prevenção de hipertensão e diabetes, disponibiliza medicamentos para o tratamento e controle dessas doenças:

(...) A Saúde Coletiva não tinha nenhum foco em medicação. Então a gente visitava a família, o agente de saúde acompanhava, a gente via a dinâmica da unidade. A gente viu muito mais da parte de promoção e prevenção dentro da ESF. Em questão de tratamento, de abordagem ao paciente, o básico que a gente viu na ESF foi promoção e prevenção e tratamentos não medicamentosos, tipo o Hiperdia. A parte de medicamentos do Hiperdia a gente faz quando está no internato. A gente teve contato nas ações que eram desenvolvidas atividades físicas, rodas de conversa de orientações sobre alimentação (...). (A3)

Como você vê, toda a organização do SUS, querendo ou não, você acaba aprendendo sobre a situação da rede de medicamentos, como se faz, tem as farmácias populares não sei o que, um pouco, mas não foi o foco de forma alguma, nem o tratamento na época, porque a gente não tinha tido

farmacologia. Agora que a gente já teve farmacologia, deve focar mais na questão da Estratégia Saúde da Família ou Saúde Coletiva, na questão dos fármacos que na época não era. (A2)

Pelo contrário, eu acho que na Saúde Coletiva eu não posso ver o paciente só na questão do tratamento farmacológico, isso foi sempre frisado para a gente mas, o fluxo, se o paciente consegue ou não pegar a medicação, o quê que eu faço na unidade de saúde ou se eu referencio ele, se eu entro no Ministério Público, se eu envio ele pra um centro especial pra ele conseguir a medicação, isso a gente não aprendeu. (A4)

Como os meninos falaram, lá a gente viu mais o funcionamento e o projeto do SUS, só que eu ia falar justamente o que a colega falou (...) a gente sabia que, em alguns programas, eram disponibilizados medicamentos, mas quais ou qualquer coisa relacionada a medicamentos, não [vimos]. (A1)

Não. Não tivemos a oportunidade de discutir sobre os medicamentos no SUS na disciplina. (Todos)

O ensino da disciplina de Saúde Coletiva, portanto, segundo os estudantes, foi voltado para o funcionamento do sistema, com foco na prevenção e promoção da saúde, onde não foi possível discutir, sob a ótica da assistência, o acesso aos medicamentos no SUS. Os estudantes reafirmaram acreditar que este aprendizado deverá ocorrer no internato em Saúde da Família.

Enveredando pela questão política da organização do acesso aos medicamentos, foi possível perceber que o ensino sobre o uso racional de tecnologias em saúde, mais especificamente na prescrição de medicamentos, ocorre de forma individualizada e de acordo com a experiência profissional do professor, fazendo supor que os protocolos clínicos existentes no SUS ou de academias reconhecidas são ainda pouco utilizados nas aulas. No decorrer da discussão, foi relatada também, de forma superficial, a questão dos custos em saúde decorrentes de prescrição de exames e medicamentos que impactam diretamente nos gastos do SUS. Por fim, foi reconhecida a necessidade de uma disciplina que norteie a questão racional da prescrição, não somente nos aspectos clínicos, mas econômicos para o Sistema:

(...) Você não tem uma regra e todo mundo vai usando o que acha que tem que ser e acaba tendo consequências como a gente tem hoje - as superbactérias dentro dos hospitais - por causa do uso irracional de antibióticos na antibioticoterapia. Em relação aos fármacos para anestesia também, esses fármacos causam dependência. A gente vê também que tem um uso que não se tem muito parâmetro, não se tem muita regra e acaba trazendo consequências para os usuários e para o sistema de saúde: que depois vai ter que tratar essa paciente, que vai ter que voltar por causa das superbactérias e o SUS vai ter que dar um jeito. Sendo que ele [o médico] poderia ter agido diferente em relação aos medicamentos iniciais pra evitar essas consequências. Bom, eu acho que uma política pra nortear o uso desses

medicamentos, não de todos, mas alguns mais específicos, principalmente, seria uma forma de ajudar a controlar essas possíveis consequências. (A3)

(...) A gente precisa é de uma disciplina, que fale do fármaco em si na questão do uso racional no sistema, porque o que a gente aprende sobre a racionalidade do custo da medicação ou de outros recursos não farmacológicos, na área de recursos laboratoriais, o que a gente aprende sobre o uso racional, são com os nossos professores. É um aprendizado muito pessoal. É o professor te ensinando isso custa tanto, aquilo custa tanto, vamos optar pela proposta mais barata, vamos fazer um escalonamento de exames se você conseguir um exame que custe mais barato. Esse uso racional nós aprendemos de forma pessoal. Não é institucionalizado. Os professores ensinam com a experiência deles e nós aprendemos. Não existe um professor que fale isso de forma institucionalizada [uma aula formal]. Quando existe um professor que fala para gente de forma adequada, a gente fala: nossa esse professor nos ensinou a economizar de forma racional! E a gente gosta muito, mas não é uma disciplina de economia em saúde institucionalizada, que te ensina a fazer uso de forma racional de recursos farmacológicos e não-farmacológicos. (A2)

Eu acho que a política ajudaria nesse sentido. Que não seria o que o professor X está te ensinando, seria o que todo mundo está fazendo e deve ser feito dessa forma. Hoje em dia é muito pessoal. Ah, o professor acha tem que usar primeiro esse para depois esse, mas é ele que acha isso, o outro acha aquilo. Então eu acho que deveria ter uma pesquisa, algum desenvolvimento de um trabalho, para que seja desenvolvida uma política que todo mundo seguisse, igual, institucionalizando essa questão política no hospital, ou seja municipal, estadual. Alguma forma nesse sentido e não ser uma questão que eu tire as minhas próprias conclusões e siga o meu raciocínio, mas que todo mundo siga. (A3)

(...) Uma área que eu estou agora é pediatria; uns [professores] querem que toda criança receba vitaminas, outros não. E eu acho que a diretriz viria para isso, para estabelecer como deveria ser. (A8)

À medida que a discussão em torno da política foi evoluindo, os estudantes introduziram a questão da interferência das indústrias farmacêuticas nas prescrições de medicamentos e, por consequência, nas condutas terapêuticas adotadas pelos profissionais:

(...) Às vezes, existe muita manipulação da informação sobre medicamento (...). Então esse uso racional e econômico ainda não existe firmemente, sabe? Estudado de forma científica, bem claro. Quem gosta e se interessa, vai atrás [desse conhecimento]. As pessoas [os professores] que se interessam vão falar, olha isso é importante, isso não é importante, não se deixe levar por tais pesquisas. (A2)

A indústria farmacêutica bate na porta do médico. Eles [representantes de medicamentos] estão nas portas dos consultórios particulares ou nos consultórios públicos. (...). Então, se você tem uma diretriz de uma rede, do Ministério da Saúde (...) porque a indústria farmacêutica está lançando medicamentos todos os dias e alguns medicamentos realmente são melhores,

mas precisa ter essa estrutura para estar estudando e para inserir na rede pública, para valer a pena. (A9)

Os alunos relataram, ainda, que se sentem perdidos por não terem convicção de qual protocolo devam seguir, uma vez que percebem condutas diversificadas entre os profissionais para tratar uma mesma patologia. Foi suscitada a necessidade de um ensino específico que aborde a questão do medicamento, amparado nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas existentes no SUS, sem rejeitar aqueles aprovados pelas sociedades médicas e considerando o custo financeiro que o medicamento representa para o sistema:

Às vezes, o aluno fica perdido, porque você vai falar com o professor (...) e está lá no próprio serviço, que também não tem uma diretriz e no posto não existe um protocolo de tratamento para a gente ter noção de como manejar esse paciente. São professores diferentes; no ambulatório de pediatria, a gente tem um que prescreve e outro que não prescreve para adulto e criança (...). (A9)

Eu concordo completamente com a ideia de fazer essa diretriz e a gente ter conhecimento sobre ela, só que independente de ter ou não a diretriz, isso poderia ser passado em sala e não só na prática porque, na prática, acaba sendo mesmo individual. Às vezes, um professor fala num dia pra determinado aluno, grupo, mas pra outros não. Então tem que ser passado em sala de aula mesmo essa (...) questão do custo (...). Existem estudos que comprovam o melhor medicamento sendo este, o melhor sendo aquele, só que se existe isso e não existe uma diretriz nacional, eu acho que ainda assim a gente tem que aprender que existe na variação dos dois pra gente saber que a gente também pode tentar através da prática escolher entre se guiar naquela ou nessa. (A1)

(...) Lá no próprio HGP a dipirona está em quase todos os prontuários. Tem até um professor (...) que sempre reclama dos médicos que passam dipirona sem ter uma atenção. Muitas vezes a febre alta é um dado muito importante na evolução do paciente e quando você passa dipirona você impede que ele manifeste isso, porque você tem uma abordagem diferente no tratamento. Isso eu aprendi especificamente com ele, que se eu não tivesse rodado com ele nesse dia, se eu não tivesse ido à aula nesse dia, eu não teria ouvido isso na sala de aula. (A10)

Os estudantes desconhecem e, hipoteticamente consideram inviável, que o Ministério da Saúde faça atualizações sistemáticas de Protocolos Clínicos em função dos constantes lançamentos de novos medicamentos pelas indústrias farmacêuticas:

(...) Às vezes, é difícil nortear algumas coisas porque existem vários estudos fora e envolve muitas pessoas e isso precisa ser atualizado constantemente. Então é minha pergunta: Até que ponto o governo tem condições de ficar atualizando essas diretrizes, colocar pessoas para ficar procurando as pesquisas, as evoluções e melhorar essas diretrizes? Então eu penso que elas poderiam ser, às vezes, diretrizes bem gerais e bem amplas. Agora,

medicamentos que precisem especificar um pouco mais, eu acho que ficaria complicado, porque as sociedades [médicas] de cada especialidade têm a sua base de pesquisa, elas estão ali atuando o tempo todo e acabam dando as suas próprias diretrizes. E se o Ministério da Saúde colocar uma diretriz geral ele vai ter que ter essa carga humana de ficar alterando isso constantemente porque medicamento é aquela coisa assim, hoje ele está bonito no mercado, amanhã ele já tá causando um efeito colateral na população e precisa ser retirado. E, às vezes, amanhã surge um novo. (A4)

Embora os alunos desconheçam, há, no âmbito do Ministério da Saúde, a CONITEC- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – tendo o plenário formado por representantes de órgão e entidades (MS, ANVISA, ANS, CNS, CONASEMS E CFM), cujo objetivo é assessorar o Ministério da Saúde nas atribuições relativas à incorporação, exclusão ou alteração pelo SUS de tecnologia em saúde, bem como na constituição ou alteração de protocolos e diretrizes terapêuticas baseados em estudos de eficácia, segurança e farmacoeconomia, conforme a Lei 12.401/11 que cria a CONITEC e o decreto nº 7.646/11, que regulamenta os art. 19-Q e 19-R da Lei 8.080/90. É importante ressaltar que, segundo o decreto supracitado, havendo a publicação da decisão de incorporação da nova tecnologia pelo Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, *as áreas técnicas terão prazo máximo de cento e oitenta dias para efetivar a oferta ao SUS.*

Como melhorias que a política poderia trazer para o cenário descrito pelos estudantes, a difusão de conhecimentos relacionados aos protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas foi o item mais citado. Foi destacado ser necessário que protocolos sejam flexíveis a fim de não comprometer a dispensação de medicamentos aos pacientes que apresentem uma condição de saúde diferente da maioria da população. Pela primeira vez, foi citada, de forma clara, a necessidade de uma diretriz política capaz de nortear a aquisição dos medicamentos no SUS, bem como sua prescrição e descarte.

(...) Eu acho que precisa de política e é uma coisa ampla que vai envolver tanto as indústrias farmacêuticas quanto as especialidades médicas, os próprios pacientes e a sociedade em si, a economia. A gente precisa avaliar como um todo e essa política ela é tão ampla que ela envolve todos os setores e precisa estar em constante renovação, constante atualização e de forma que ela não venha favorecer um grupo. (...) Então, eu acho que deveria ter mais atenção a todas essas áreas na política. (A4)

(...) Diretrizes são fundamentais, mas até que ponto vai conseguir se respeitar as variáveis locais regionais? Por exemplo, a antibioterapia é muito regional, depende do local, fora do triângulo do hospital ou da comunidade, outros tipos de medicação e outros tipos de doenças, comorbidades que afetam populações de forma mais específica. Então é difícil! Você precisa de diretriz pra nortear a sua atuação, mas também precisa ter a sensibilidade de saber fazer com que a sua atuação

regionalmente seja mais adequada na população, não só seguir uma diretriz, por isso é que é difícil. (A2)

(...) Eu acho que essas diretrizes não têm que servir para te dar um protocolo de tratamento, porque cada paciente é um paciente e ele vai precisar de um tratamento específico pra ele. Cada caso é um caso, um é renal crônico, outro não é, outro tem problema hepático (...) mas, tem que ter uma diretriz para nortear o geral, uma política desde a aquisição do medicamento até como ele vai ser usado, até como ele vai ser descartado. Acho que deve ter uma política nesse sentido e não alguma uma coisa que limite o uso do medicamento: instituir um protocolo e vai ser todo paciente vai ser usado assim. Não é isso que eu acho que a política, as diretrizes dos medicamentos, tinham que ser. (A3)

(...) As diretrizes não precisariam ser obrigatoriamente seguidas, porque cada caso pode ter uma especialidade, um caso diferente mas, muitas vezes, não existe uma diretriz nacional, mas existem locais onde se usam determinados medicamentos. (A1)

(...) Cada caso é um caso. Então, por exemplo, o paciente tem uma insuficiência renal, vai precisar de determinados medicamentos, então assim, não seria um protocolo engessado, seria um protocolo flexível, dependendo do caso, da situação do paciente, seria nesse sentido. (A9)

Os estudantes também discutiram a respeito da interferência política partidária no gerenciamento das ações e organização da assistência farmacêutica no que se refere diretamente à disponibilização de medicamentos no SUS. Esta reflexão está bastante evidente no depoimento abaixo:

(...) Isso [disponibilidade de medicamentos] também tem algo mais amplo que é o político (...). Às vezes, se tivesse mais [opções] de medicamentos (...) talvez não fosse esse, talvez fosse outro. Então eu acho que as diretrizes são mais nesse sentido de ser racional, nem todos os pacientes vão necessitar do rocefim, outro vai precisar de um antibiótico mais forte. Então eu pensei nisso, em quem que a gente coloca lá, pensei mais a nível local, que vai depois [definir] quais medicamentos que vão estar disponíveis. (A9)

Mais especificamente sobre a gestão da assistência farmacêutica, relataram experiências de pessoas próximas que tratam da má gestão, levando-os a concluir que a qualidade da gestão tem reflexos diretos no atendimento da população:

A parte administrativa é superimportante. Eu estava conversando com uma amiga que acabou de formar em enfermagem. Ela está no interior e disse que quase tudo se trata com dipirona. E que, às vezes, se faz encaminhamento desnecessário para uma outra cidade. Se ela tivesse o medicamento, ela poderia fazer um manejo com o médico que está lá e resolver o caso. (...) Então isso é uma coisa que se eu que estou na ponta posso solicitar uma medicação, se eu sei que o SUS disponibiliza e se está faltando lá no posto eu vou solicitar. Só que existe a parte política,

burocrática, por outro lado, que às vezes não te facilita. Então um paciente que não tem condições de pegar medicação porque está em falta no SUS, fica refém de situações desse tipo. (A4)

Pelo o que as meninas falaram, eu acho que uma coisa que atrapalha essa política é a falha da gestão. (A1)

O grupo afirmou que nunca houve uma discussão sobre essa política nas atividades dentro ou fora da sala de aula. Nesse sentido, os estudantes relataram não ser suficiente o acesso à política em si, afirmando que precisam visualizar como ela ocorre na prática:

A gente precisava mesmo de aula, com os profissionais de fora, em geral, pra mostrar a PNM. Porque de conhecimento mesmo na universidade, a gente não tem acesso. Não conhecemos. No hospital, a gente vê que nem toda a pessoa conhece. (A5)

Não é que a gente não tenha acesso, é que não foi explicitado, não foi discutido. Na internet todo mundo tem acesso à política. Mas eu acho que é uma coisa que está lá e se eu quiser eu acesso (...). Então eu acho que trazer isso para a sala de aula, é uma coisa de deixar mais claro para o profissional antes de chegar ao mercado. E muita coisa do que a gente falou aqui, tem ali na política, mas quem não leu, não sabe. Quem entende a política acaba sabendo do dia a dia, do empírico, alguma coisa do tipo. Quem nunca chegou a ler a política, ela sabe porque vive dentro de um hospital e viu mais ou menos isso, mas eu acho que o explícito de discutir a política em si eu acho que não é feito. (A3)

Discutir e olhar como o sistema funciona, a gente estudou, a atenção básica, as políticas. Nesse sentido, eu acho que todo mundo que passou pela atenção básica tem uma noção de como isso funciona. (A5)

Porque quando o paciente for procurar a gente, [nós temos] duas opções: ou fazer alguma coisa ou não fazer nada. A gente tem uma noção. A gente não tem uma vivência. E na questão da política, mesmo, a gente não teve esse contato. (A7)

Ao perceber a importância da política de medicamentos no contexto do SUS e o aprendizado adquirido a respeito do sistema, uma estudante passou a se colocar como parte do problema e assim visualizar, como médica, formas de como poderia atuar e melhorar a aplicabilidade da política no sistema de saúde local:

Mas como isso está estruturado no município eu não sei. Então, assim, eu vou trabalhar no serviço público, todo mundo que está aqui vai trabalhar no SUS quando formar - porque não tem essa de dizer que não vai trabalhar. E aí? Como que isso vai funcionar? Quem eu vou procurar no serviço se eu precisar de um tipo de medicamento que não está disponível? Como vou orientar meu paciente?

A gente aqui, às vezes, fica alienado. A gente não sabe como funciona. E aí é importante que a gente veja, pelo menos, como a política preconiza isso.

Então discutir: O município funciona assim? Não funciona. O Estado funciona assim? Porque as regulamentações são por esferas, não é? A gente não tem essa noção na parte de fármacos, de medicação assim. Agora, em termos de atenção básica, a gente tem uma noção. Em termos de saúde do idoso, a gente vai ter uma noção. Mas isso em nenhum momento foi falado. Isso é importante! (A7)

Em relação à indagação se eles conheciam a sigla RENAME, inicialmente os estudantes não souberam falar do que se tratava. Posteriormente, emergiram as primeiras considerações, algumas de forma equivocada, por exemplo, quando relacionadas à farmacopeia que é um compêndio com formulações magistrais, sem relação direta com a RENAME. No entanto, foi possível perceber manifestações a respeito da RENAME relacionadas a uma aula sobre farmacovigilância, durante a qual lhes foi mostrado o site da ANVISA:

É a farmacopeia. Na farmacovigilância, a gente teve uma noçãozinha, mas a gente nunca utilizou na prática. (A3)

Nada [ficou de aprendizado sobre a RENAME]. (A9)

Eu vi, mas eu não lembro mais o significado. Eu já vi alguma coisa a respeito na farmacologia básica. Eu sei que existe um site da ANVISA, que existe lá a disponibilização de medicamentos. Você entra no site e tem todos eles lá. Os que foram retirados do mercado também. No site tem um espaço onde a gente pode fazer algum comentário sobre os efeitos do medicamento na população. (A1)

Teve um professor que disse: gente tem um site que vocês podem usar! Lá você encontra os [medicamentos] que estão liberados, os que não estão liberados. (A10)

Os estudantes passaram a discorrer sobre a farmacovigilância realizada pela ANVISA através do seu site, no qual é possível não somente aos profissionais de saúde, mas à população de maneira geral, realizar denúncias e notificações, acessando o órgão. Vejamos algumas falas:

Eu acho que seria isso. O médico entra lá no site da ANVISA, faz a denúncia e isso vai ser investigado. Então, se (...) um determinado medicamento começar a apresentar algum efeito e o médico fizer essa observação no site da ANVISA, que eu não sei se isso está acontecendo mesmo, isso poderia ser uma forma de ligar o conhecimento do médico na prática com alguma alteração que deve haver na RENAME. (A1)

(...) Tem tratamentos internacionais que você não pode fazer aqui porque não está liberado aquele fármaco, aquela terapia. (...) Então eu acho importante você conhecer isso aí para saber até como você vai atuar na sua prática. (A3)

Na sequência das discussões, alguns estudantes se reportaram ao Termo de Consentimento deste estudo, no qual a sigla RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - está definida. Passaram, então, a definir o conceito amplo de medicamentos essenciais:

Deve ser um catálogo onde tem todos os medicamentos que o paciente pode ter acesso no posto. Porque tem milhões de anti-hipertensivos que a Sociedade Brasileira de Cardiologia indica. Só que nem todos estão disponíveis na rede (...). Então, eu imagino que talvez seja nesse sentido de ter acesso. (A9)

Eu acho assim que ser essencial também inclui a questão da doença, não são todas as doenças que eles consideram. É essencial ter o medicamento para tratamento dela no sistema brasileiro. (...) Eu acho que deveriam ser disponíveis para todas as doenças, apesar de que os mais utilizados continuarão sendo [para as doenças] de alta prevalência. (...) Eu acho que eles julgam essenciais para as doenças que têm mais prevalência; por isso que os medicamentos disponíveis são mais esses. (A1)

Os estudantes discordam entre si quanto ao conceito de essencialidade, não compreendendo que a RENAME trata somente de medicamentos disponíveis no SUS. É importante destacar que após a RENAME 2012, o conceito de essencialidade no contexto da assistência farmacêutica no SUS sofreu alteração, deixando de ser o escopo dos medicamentos necessários ao tratamento das patologias mais prevalentes e passando a ser definida como os medicamentos mais necessários à população. A RENAME 2012 incluiu o rol de medicamentos hospitalares do SUS. Este novo entendimento encontra resistência de alguns pesquisadores:

Para mim, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais não tem a ver só com [medicamentos] no SUS. O SUS acaba regulamentando também o serviço particular, alguém tem que regulamentar ele. É o governo. Como o SUS é governo, acaba que o SUS, não o SUS necessariamente, mas o governo, regulamenta tudo: o privado e o público. (A3)

É geral. Porque é a política. (A4)

Em relação ao Uso Racional de Medicamentos, os estudantes parecem estar instruídos a esse respeito ao descreverem, com clareza, o que preconiza o URM. Foi possível observar preocupação quanto ao acesso do paciente ao tratamento. Segundo os graduandos, o ensino é importante para a consciência crítica no ato da prescrição:

(...) Para o uso racional, eu acho que você tem que fazer uma equação matemática na sua cabeça. Tem que ver a situação do paciente, o que tem disponível para ele. Está aonde esse paciente? Qual o nível de complexidade? Ele está no particular ou ele está no público? Ver o que você tem disponível e pesar tudo para ver o que você vai prescrever (...). Isso seria racional, porque você tem que ter crítica pra fazer uma prescrição, porque nem todo o mundo precisa da medicação. Nem toda a medicação que eu preciso vai ser a mais cara. Então, eu acho que para pensar em uso racional você precisa ter crítica e crítica não vai ser com uma disciplina só de farmacologia que a gente vai conseguir. Vai ser um processo de formação na universidade. E ela vai ter que estar embutida, também, no tratamento clínico que a gente está desenvolvendo. Porque senão, a gente não vai ter crítica nenhuma. (A9)

Além do que a colega falou, o que a gente reflete ao longo do curso é que o tratamento empírico em geral, assim, ele tem que ser restrito. Tão logo se ache uma causa mais específica, a gente tem que tratar com o específico (...). (A1)

Os estudantes lamentaram que o URM não seja ensinado e discutido na universidade de forma institucionalizada e não somente para os estudantes de medicina, mas para todos os cursos da área da saúde. Reconheceram que a discussão ocorre de forma ocasional entre alunos e professores que têm interesse pelo tema. Diante da medicalização da população e da pressão sofrida pelos médicos para que prescrevam medicamentos, foi considerada, por sua vez, a necessidade de esclarecer, também, a população a respeito da URM no âmbito da PNM:

Eu tenho um professor que basicamente sempre discute isso (...). Porque também tem a questão que se você vai ao médico, você vai em busca de uma coisa e se você sai de lá sem uma receita você vai reclamar do médico. (...) E ela vai comprar, precisando ou não. Então eu acho que a questão da política ela não pode ser voltada somente para os médicos que vão prescrever. Ela tem que ser voltada para a população também. Porque a nossa população está muito medicalizada. Então (...) tem que ter discussões e campanhas voltadas para o público também, porque, às vezes, ele vai tomar medicamentos indiscriminadamente, mas não vai ser só o médico que vai fazer isso, a população quer remédios indiscriminadamente. (...) Muitas doenças vão curar independente de muitas coisas. (...) A gente não teve um contato com prescrição assim, a não ser cirurgia, ginecologia e pediatria, mas alguns pacientes são recorrentes. (A7)

Mas uma questão ainda mais importante que o ensino médico, eu acho que é a questão da automedicação da população e as implicações disso é algo muito grande. Eu acho que realmente a política deve não só olhar para ensinar na graduação médica, mas de outros profissionais de saúde e, também, da educação da população. (A4)

Um bom exemplo, inclusive nesses últimos anos, é a questão dos antibióticos. Hoje em dia precisa de receita para se vender. É uma classe de medicamentos importante que pode trazer problemas sociais inclusive muito

grandes. Então a política vem regulamentar não só para os médicos, mas para a própria população, como fazer esse uso mais racional. Só que essa discussão a gente tem individual com os professores que gostam de discutir isso. Não há aula institucionalizada [sobre isto]. A instituição, a universidade, dá o acesso à discussão, mas ela não promove a discussão sobre o uso racional. Quem promove a discussão são os nossos professores, em alguns casos e algumas situações específicas. (...) É algo que, se você der sorte, vai poder passar por esse professor, discutir com ele na prática. Você tem acesso à instituição, mas você não é provocado pela instituição (...) especialmente [quanto] ao uso racional. A gente aprende individualmente e por uma questão moral própria, mas não para o sistema. Até que a gente aprende muito a questão do importar-se muito com o sistema, (...) mas questão específica do uso racional, não. (A2)

Na minha experiência ao longo do curso, eu posso dizer que é algo muito falho em relação ao uso racional. Posso atestar, que eu me lembro agora, só foi mesmo um professor, eu acho que talvez o mesmo que as meninas estão dizendo, que fez a discussão sobre o uso racional de medicamentos. E como o colega anterior falou, também, só foi em grupo prático, então a gente não sabe se isso foi dado em sala de aula mesmo [ensino teórico]. Foi dado para os alunos da prática. (A1)

Unindo os fragmentos de percepção da complexa questão dos medicamentos em suas vivências, eles expressam desconhecimento e insegurança a respeito do assunto, reforçando, nestas condições, a necessidade de aprendizado sobre a organização e funcionamento da Assistência Farmacêutica no SUS - aspecto condizente com a sugestão de sua incorporação na organização curricular.

Grupo focal 2

A discussão no grupo envolvendo alunos do 9º e 10º períodos foi desencadeada pela questão: O que vocês aprenderam na prática sobre a PNM, RENAME e URM?

Em meio às manifestações iniciais de desconhecimento destes termos, os alunos fizeram menção direta à questão da disponibilidade de medicamentos no SUS:

Ah, sim, depende! Às vezes, o paciente quer uma medicação e não tem necessidade e você não passa. Você conversa, tenta explicar. Agora essa lista aí, realmente eu não conheço. (A3)

Nunca ouvi falar. (A1)

*Tem uma lista da farmácia, não é?
(...) É feito o tratamento de cada paciente voltado para o que tem disponível na rede. Se o paciente precisa de uma medicação que não tem, eu já vi a médica perguntando se o paciente tem condição de comprar (...). Se ele não tem condição, ela tem que encontrar alguma coisa que seria uma segunda opção dentro do que é disponível. Mas eu também vejo que das doenças que são as que mais acometem a população, eles têm sempre as medicações que*

são as melhores, as que são mais usadas. E essas, pelo menos até agora, não faltou não. Eu vejo que o pessoal está tendo disponibilidade. (A6).

Sem mencionar a definição de Uso Racional de Medicamentos, apontaram que, no internato, há atitudes dos preceptores relacionadas ao preconizado tanto pelo URM quanto pela RENAME:

Sim. Com certeza, sempre ele prescreve aquele que é mais acessível na rede. Existe, sim, essa preocupação de prescrever o que tem na rede. (A1)

Essa questão do URM a gente vê. A gente nunca viu, assim, com esse nome. Mas a gente vê muito isso na prática, de ponderar se realmente o paciente precisa de todos aqueles medicamentos, ver as indicações e contraindicações no próprio medicamento mesmo. Às vezes, o paciente usa uma lista enorme de uns 10 medicamentos que, entre eles, há interações e aí eu acho que cai nessa questão do uso racional, não é? A gente tem que ver: Será que ele está precisando de tudo isso? Realmente eu nunca vi com esse nome [URM], mas eu acho que isso a gente acaba usando. Acaba aprendendo com o dia a dia. (A2)

A propósito da teorização sobre a PNM no curso, eles reafirmaram a inexistência de abordagem formal do tema, associando sua discussão, quando existente, à disciplina de farmacologia, quando o esperado seria que ela ocorresse na disciplina de Saúde Coletiva:

Não teve. (A1)

Não teve essa apresentação formal, não. A gente chegou lá e foi conhecendo o sistema na prática. (A6)

Nossa fármaco [Farmacologia] foi bruta. (A2)

A associação da PNM com a disponibilidade de medicamentos no SUS voltou a ser reiterada, alertando para a importância atribuída à RENAME e ao acesso da população ao medicamento:

Até eu tive vontade de passar na farmácia pra saber quais são as medicações que estavam disponíveis, porque a Doutora de lá, quando começou no PSF, ela passou e pegou essa lista. E depois ela não voltou mais. Então, às vezes, acontece de faltar medicação, de dar a receita, o paciente ir e chegar lá e não ter. Porque ela também, às vezes, não está sabendo e eles também não ficam mandando avisar o que tem e o que não tem. (A6)

Lá na unidade, a moça leva a lista com os medicamentos que tem na farmácia. Eu não sei se atualiza: oh, está faltando isso! Então a gente sempre tem acesso à lista. (A2)

Expressando confusão sobre a complementaridade do Programa Farmácia Popular e o Componente da Atenção Básica da Assistência Farmacêutica, eles ressaltaram a dificuldade de acesso ao medicamento configurando distintas formas de encaminhamento do paciente:

Na nossa lá, os próprios médicos é quem fazem a lista do que precisa para o posto de saúde, postinho, para unidade. Agora, da farmácia popular, aí já não tem muito acesso do que falta, do que tem. (A1)

Aqui (no termo de consentimento) fala que a RENAME é medicamentos essenciais, não é? Ontem a gente passou por uma situação (...) uma emergência. A pessoa chegou com febre e não tinha uma dipirona. [No lugar de resolver a questão no posto] a gente teve que encaminhar para o pronto atendimento para entrar na fila, porque lá tem medicamento e no postinho não tem. (A2)

Vale dizer que os alunos estavam inseridos em unidades de saúde localizadas em áreas da cidade que possuíam distintos perfis socioeconômicos, ou seja, áreas mais centrais – compostas por uma população com maior poder aquisitivo, e também locais periféricos e, conseqüentemente, muito precários. A propósito, eles especificaram a localização dos respectivos postos de estágios:

405 Norte [Plano diretor da cidade, na área central]. (A2)

(...) Eu sou a que está mais distante do centro da cidade, lá na periferia da periferia. Lá na Morada do Sol. (A6)

No Aureny III [Área periférica da cidade]. (A5)

Na Loyana, não sei a quadra. Na 210. [Plano diretor da cidade, área central]. (A4)

Na 405 Norte. (A1)

No Vale do Sol [Área periférica da cidade, próxima ao Morada do Sol]. (A3)

Alguns dos estudantes relataram, neste processo de discussão, já terem elaborado a lista de reposição de medicamentos para a unidade de saúde, expressando dúvidas quanto aos critérios utilizados pelo médico para as escolhas:

A gente fez a lista. (A1)

Uma vez por mês chega lá uma técnica e diz: Olha Doutora, o que que a senhora quer de remédio que a gente peça? Até ela fez uma lista. (A2)

De fato, o que eles acompanharam foi o levantamento da necessidade de medicamentos para determinada unidade, com base na REMUME existente, e não a padronização de remédios, uma vez que a elaboração de uma lista de medicamentos a serem dispensados nas unidades de saúde é um processo que requer, além do próprio levantamento de necessidades com os profissionais, estudos de perfis farmacoepidemiológicos, farmacoeconômicos, eficácia e segurança dos remédios (BRASIL, 2001, 2006c). Ressaltamos que não há REMUME por unidade e sim uma relação que contempla as necessidades do município e considera o perfil epidemiológico da região, bem como o serviço de saúde prestado à população. Assim, algumas unidades de saúde poderão dispor de medicamentos que não serão encontrados em outras. Abaixo alguns depoimentos que expressam tal aspecto:

Mais é da unidade. (A3)

É, é da unidade. Aí a Doutora pega e preenche, faz uma lista, eu quero captopril, dipirona, faz uma listinha dos medicamentos que ela acha que tem que ter lá e manda. (A2)

Pela cabeça dela. Ela não pega nenhuma lista [de referência]. (A2)

Não, mas ela já vai fazer isso embasada no conhecimento que ela já tem da medicação que já está disponível. (A6)

Da necessidade, da demanda. (A1)

Por exemplo, opioides não se pode ter em unidades de saúde. Então, ela não pede. Eu estava até comentando agora, a gente estava com um paciente com crise nefrética na unidade de saúde e, infelizmente, a gente teve que encaminhar para UPA (Unidade de Pronto Atendimento) porque não tinha nenhum medicamento, um tramal, nada, nenhum. Então tem uma lista, eu acho, na unidade de saúde tem os medicamentos que podem ou não ter, entendeu? (A4)

Sensibilizados com a necessidade e importância da aquisição formal de conhecimentos acerca da PNM, RENAME e URM na universidade, os alunos, em postura crítica diante da ausência destes ensinamentos, denunciam o fato de que se consideram vulneráveis à abordagem de representantes das indústrias farmacêuticas, presentes nas unidades de saúde e nos diferentes campos de estágio dos estudantes:

Com certeza, porque para existir essas medicações foram feitos estudos e mais estudos para ver quais são os melhores medicamentos, quais são os mais indicados em cada situação. Então, você nomeia isso e coloca de uma maneira padronizada, que fique mais clara. Olha esses aqui são os que a gente tem mais disponível, do que foi eleito, não é? Porque existem grupos que estão estudando para isso (...). Toda hora chega alguém lá batendo na porta. (A6)

Um representante [de medicamentos]. (A1; A6)

Para quem está novo, chegando ao mercado cru, o que te ajuda melhor? Não é melhor você confiar em alguém que já tem respaldo? Ou seja, se já tem uma instituição [a universidade], se já tem pessoas estudando e formando um perfil para isso, com certeza vai ajudar e muito! (A6)

Sendo considerado que a lista de medicamentos padronizados não deve limitar a atividade do médico, os estudantes reportaram, na sequência, o descompasso entre os protocolos clínicos estudados na universidade e aplicabilidade destes na prática médica no contexto do SUS:

Claro que com liberdade de escolha, não é? Não é algo fixo. Você tem que usar só esse, só essa lista. O médico tem que ter a escolha dele. Aquilo que ele acha melhor. Mesmo tendo um [medicamento] de referência [na lista]. (A1)

Porque essa lista deve levar em consideração o custo/benefício para o governo, não é? Nem sempre essa lista contempla as medicações que são imprescindíveis para o tratamento específico e tal.

Então tem que ter essa liberdade. Vai chegar um momento que ele [médico] vai falar: Eu preciso dessa medicação, só que nós não temos disponível na farmácia popular, aqui no posto.

E se não houver uma segunda opção que esteja na lista, aí entra aquela situação que a gente colocou inicialmente: oh, tem que ser comprado! Tem condições de comprar? (A5).

Isso que você está falando lembra, por exemplo, a questão do diabetes. Quando você vai tratar lá na teoria, na sala de aula, a gente escuta que você vai até três medicações, por exemplo, e depois se você não conseguir controlar, você vai entrar com a insulina. Na prática, o que eu percebi foi que usa duas, as mais usadas, e aí, se não controlou, já coloca o paciente para usar a insulina porque não tem na rede a terceira medicação que seria talvez mais caro para o governo, então ele não disponibiliza. E aí para poder entrar num processo de tentar conseguir essa droga, que talvez irá demorar mais, é mais prático prescrever isso [insulina]. Talvez, para o paciente, não seria tão vantajoso entrar com a insulina tão precoce. (...) A meu ver, seria melhor o paciente entrar com comprimido do que todo dia com uma agulhazinha. (A6)

O descompasso entre a universidade e a realidade do SUS na questão dos protocolos clínicos fica evidenciado nas falas dos estudantes. A problemática, inclusive relacionada à inexistência de protocolos clínicos que contemplem os medicamentos disponíveis no SUS a fim de garantir a integralidade do cuidado, reafirma a importância do trabalho em conjunto da CONITEC- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia do SUS com a Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, que tem como uma das suas incumbências a

constituição de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS, conforme o Decreto 7646/11:

(...) também concordo com ele. Porque se tem uma lista, a gente está entrando hoje no mercado para trabalhar, a gente vai tentar seguir isso aí, os mais usados, o que todo mundo tá usando; mas se tem um paciente específico que aquela medicação dele não está disponível dentro dessa lista que foi colocado como os mais indicados, aí o paciente, às vezes, vai ter que abrir mão de entrar na justiça. Pode ser qualquer coisa, para conseguir a medicação e, às vezes, ele até desiste disso. Eu não conheço essa lista nacional. Eu estou falando aqui da nossa realidade aqui. (A6)

(...) isso tem em vários guidelines das doenças e aí realmente qual é o melhor protocolo? Como é que você conduz? Só que muitas drogas não estão disponíveis no SUS. Então o paciente não consegue pegar e aí drogas mais caras, que realmente são mais indicadas, melhor, na prática você vê que você acaba prescrevendo para o paciente de consultório particular e no SUS você conversa com ele: olha não tem. E ele pode? Na maioria das vezes, o paciente não pode comprar e o SUS não disponibiliza. Então você fica: você faz o tratamento alternativo, não sei nem se alternativo, mas não melhor, porque o SUS não disponibiliza. (A3)

Em outro momento, os estudantes mencionaram a falta de orientação sobre PNM, RENAME, URM por parte dos tutores nos campos de estágio:

Em nenhum momento do internato. Não só desse módulo. Foi no curso todo. Por isso que eu falei que esses nomes aqui são novidades. (A2)

É no curso todo. (A6)

Reconhecendo a importância do medicamento na prática profissional, eles ressaltaram as pressões exercidas pelos pacientes sobre os médicos para que prescrevam medicamentos, revelando a necessidade de educar a população brasileira a esse respeito:

Eu acho que [o medicamento] é praticamente essencial. Porque muitas vezes é até difícil você falar para o paciente. Você consultou (...), ele passou meia hora conversando e você fala: ó, não vou te passar nenhuma medicação. Só com orientações, ele sai e vai procurar outro médico. (A1)

Você não vai me passar nenhum remédio? Então, às vezes, ele é quase essencial. Gente, você não vai [prescrever], não tem indicação. Então, o paciente sai insatisfeito porque ele queria o remédio. É um ou outro [que aceita]. (A3).

Dependendo do grau de instrução, de compreensão do paciente, ele aceita, ele sai dali só com a orientação, é o caso do hipertenso. Tenta-se durante 6 meses, pelo menos, é só o controle da dieta, prática de exercícios físicos e tal. Só que tem pacientes que não se contentam em só sair dali com essas

orientações. Eles entendem que se o médico não passar, não prescrever nenhuma medicação, não valeu a consulta. O médico é ruim. (A5)

Vale destacar que, embora os estudantes reconheçam o problema da pressão pela indicação de medicamento, não foi possível visualizar uma postura de resistência a esta situação:

(...) Algumas vezes você passa e talvez (...) ele [o paciente] não precisaria daquela medicação.

Mas aí você acaba passando, entendeu? Você acaba passando uma vitamina. Você acaba deixando um analgésico S.O.S para ele. Você acaba fazendo uma receitinha (...).

Então vamos fazer assim, se você precisar, você toma esse medicamento. É uma coisa nesse sentido, nessa situação em que o paciente fica [questionando]: mas, e aí, eu não vou tomar nenhum remédio? (A3)

(...) Isso é muito frequente. E no final sempre tem: Mas doutrora, nem a vitamininha? É uma coisa de negociar com o paciente. Mas, como é que está a alimentação? Volta então semana que vem.

(...) A medicação é muito importante. Mas, a maioria dos pacientes procura a gente também para apenas conversar. (...). Então assim, nem sempre o paciente vem também à procura da medicação mas, é uma forma, às vezes, fácil de tratar. Você tem os dois: Tem o paciente que quer o medicamento e tem aquele que por erro nosso de não escutar é mais fácil pedir TGO, TGP, glicemia, pedir aquela lista de exames e passar aquele medicamento x ou um polivitamínico do que orientar para ele fazer uma boa alimentação (...). (A4)

No desenrolar da questão, um estudante referiu as diferenças de condicionamento da atuação frente ao medicamento nas condições vivenciadas nas assistências privada e pública. Chama a atenção a postura diferenciada que o estudante teria diante de uma situação semelhante à descrita anteriormente, levando a crer que a prescrição do medicamento nas unidades de saúde do SUS tem o objetivo de finalizar a consulta médica, conforme expressa o depoimento de um dos alunos:

Eu acho que a medicação em si não vai resolver todo o problema da pessoa e, às vezes, entra um paciente e começa contar uma historinha e tal. Se eu tivesse no meu consultório particular, eu não iria entrar de cara com uma medicação que fosse para ajudar a tratar essa depressão. (...) E eu vejo que já é prescrito na primeira consulta [na USF] a fluoxetina como se fosse água. Para todo o mundo. Chegou, você está chorando, está triste, está deprimido, está perdendo peso, você não está saindo de casa, não quer falar com os amigos, então toma fluoxetina. Eu não acredito que ela seja a mais importante de todas para tratar a depressão e, pela questão do tempo da consulta [no SUS] ser muito curto, você não consegue conversar direito com a pessoa, nem para orientar, talvez da maneira como deveria. Aí é mais fácil, mais simples, passo fluoxetina para ela. Mando ela para casa, ela vai ficar “felizinha” e, na próxima consulta, ela volta sorrindo e te agradece: Doutora, obrigada. Sua medicação foi ótima! (A6)

Os estudantes relataram e afirmaram ser comum o pedido de prescrição de medicamentos para terceiros. Assim como os polivitamínicos, os fitoterápicos são vistos pelos estudantes e profissionais como um placebo para atender às solicitações dos pacientes, sendo utilizados sem finalidade específica:

Em alguns casos, realmente quando aquele paciente fica assim: Doutora eu preciso de uma vitamina! Você faz [prescreve] a vitamina e ele volta semana que vem, falando que ele está mais forte. (A3).

Não só os polivitamínicos, mas todo ginkgo biloba, todo fitoterápico para climatério, todos os fitoterápicos pra tosse. Na nossa unidade, todos os medicamentos fitoterápicos estão separados. (A4)

Nem todos tem o efeito comprovado, mas você passa e você vê ele voltar na semana, porque tem paciente que vai na unidade toda a semana para bater papo.

(...) E aí a gente passou [medicamento] porque estava muito fraca. Na verdade, é uma coisa muito subjetiva, o paciente é poliqueixoso (...). E na outra semana: Doutora aquela vitamina foi boa! Eu estou me sentindo mais forte! Eu disse: Ai que bom, que ótimo! Então tem assim. (A3)

Tem também uma questão social que eu vejo: a questão da educação deles. Lá onde eu estou, nesse postinho, por exemplo, eles têm o médico como uma pessoa importante ali na comunidade, na região. (...) Acontece muito isso de a pessoa chegar lá com a receitinha pronta de casa. É interessante porque, às vezes, a médica está atendendo e entra alguém (...) para trocar uma receita, ela fala: Doutora minha mãe, meu tio, minha irmã, sei lá, está muito fraca! Passa uma vitamina aí para ela! E se você não prescrever a vitamina para ela, ela se sente ofendida (...). É de graça, o governo dá, [a doutora] não quis me dar. Às vezes, eu acho, que [a prescrição é feita] até para evitar (...) um conflito ao falar; não prescrevo. (...) Eu já vi essa situação várias vezes (...). Então, assim, às vezes, é mais por uma questão que você ficou numa sinuca de bico e aí para não esticar ainda mais aquela conversa, alongar aquela consulta, é mais fácil você prescrever o remédio e então vai embora e toma o seu remédio. Aí no outro dia volta feliz, estou me sentindo bem! (A6).

Interessante notar que os fitoterápicos e as vitaminas padronizados na RENAME são medicamentos que possuem efetividade e segurança comprovadas para situações específicas, portanto devem ser prescritos com responsabilidade, uma vez que o uso inadequado dos mesmos pode causar efeitos adversos e tóxicos. Entretanto, o papel do médico e a própria prescrição de medicamentos parecem estar banalizados.

Por outro lado, os estudantes acabaram por reconhecer que há algum nível de estruturação no sistema e que a dispensação dos medicamentos no SUS não está condicionada

somente ao receituário médico, mas ao nível de complexidade e organização dos serviços de saúde:

No HGP [Hospital Geral de Palmas], a questão dos medicamentos que a gente usa lá, são para outras doenças, são doenças mais graves. São medicamentos mais essenciais. A gente vê que o paciente que está lá precisa realmente, então é uma questão bem diferente do postinho de saúde e eu imagino que seja tudo relacionado porque lá é SUS também. (A2)

Os medicamentos estão liberados para cada serviço (...) o medicamento que você, como médico do PSF, pode prescrever e o que só o especialista pode prescrever (...). Porque, por exemplo, você vai prescrever um medicamento, uma medicação para asma, para DPOC, tem que ser por um pneumologista, tem que estar assinado, porque está prescrevendo, tem um exame comprovando tudo. Não é assim do nada eu vou prescrever um "Alenia" e ele vai ficar tomando, não. Então tem tudo isso. Não é todo medicamento que você prescreve, não é todo medicamento que é só fazer uma receita e ele vai pegar. (A3).

Embora os estudantes tenham se mostrado, inicialmente, descrentes em relação à política existente, no decorrer da discussão desta temática eles começam a se colocar como sujeitos capazes de atuar para o aprimoramento do sistema em prol do usuário. Neste sentido, eles lamentaram não terem tido esse aprendizado anteriormente ao internato:

E conhecer um pouco mais sobre o que você está trabalhando, atuando, não tem como não ser importante. É muito bom, com certeza! (...) A gente esquece. Na verdade, é mais simples a gente pegar o bolo pronto e comer do que eu entender como é que [é preparado] (...). Então, a gente acaba pegando essa lista pronta de medicamentos dos mais indicados e vai usando mas, atrás de tudo isso, existe um cenário muito grande e não dá pra gente olhar para isso só por um lado assim, uma vertente. Porque até, por exemplo, o processo de você na hora de colocar essa medicação disponível no hospital, em um postinho, passa por um administrador que vai fazer a seleção de compra daquela medicação. Eu acho que é uma questão muito além do que a gente poderia entrar, influenciar com o nosso conhecimento, porque entra a questão política também. (...) Então acaba que você alienado, é obrigado pelo sistema a prescrever aquela medicação porque é ela que está disponível ali dentro e ela não seria a melhor, a que você gostaria de indicar. Então se esse conhecimento pudesse ser passado para a gente em algum momento da faculdade, talvez a gente (...) conseguiria se achar melhor e encontrar a melhor maneira de atuar e ajudar o paciente. (...) A gente junto vai conseguir raciocinar de outra maneira e apresentar novas oportunidades para o paciente também. (A6).

Eu concordo em parte. Eu acho que isso não tem que limitar a nossa prática. Tem que ser mais um recurso. O conhecimento de determinadas medicações disponíveis na farmácia popular tem que ser um recurso, porque a gente tem que levar em consideração a condição do paciente. (...) Tem que ser mais um recurso, não deve se limitar, tanto que existem protocolos internacionais e congressos internacionais onde se discute as melhores

medicações para determinadas doenças. Assim, seria muito interessante ver isso ao longo da faculdade e, se possível, mais nos períodos finais da faculdade onde a gente já está mais maduro para absorver esse tipo de assunto (...). (A5)

Mas, eu acho que é interessante porque esse conhecimento amplo sobre protocolo, medicação de referência, similares, eu acho que é mais um recurso, não deve limitar. Esse conhecimento te permite até você julgar uma pouco mais (...) te dá uma liberdade maior. Isso é fundamental. E você vê, assim, a gente entra no internato sem isso. (A3)

Eu acho que isso seja nos últimos períodos ou divididinhos com vários professores colocando de forma natural isso durante o nosso curso. É interessante porque à medida que a gente conhece como tudo é feito, a gente pode intervir e a gente pode orientar o paciente também. (...) Então assim, para gente conhecer a nossa região onde a gente está trabalhando e poder intervir e orientar o paciente porque uma das principais causas que o paciente fica voltando é a falta de informação (...). (A4)

Eles também criticaram as respostas evasivas dos preceptores frente às dúvidas sobre os procedimentos e condutas realizados nos serviços, revelando o descaso com a consideração da matéria existente no ensino prático:

Você entra e você aprende. Aqui a gente faz assim, aqui a gente prescreve isso. (A3)

E a gente não entende bem o porquê. É uma questão de eu aprendi assim. Eu vi fazendo assim e continuo fazendo assim. (A2)

Mais entusiasmados, os estudantes revelaram que esse desconhecimento sobre o funcionamento da rede e dos programas de medicamentos também é visível entre os profissionais que estão no serviço e concluíram que o paciente é o mais prejudicado, pois não é informado corretamente, uma vez que os médicos e até eles próprios, ainda na condição de estudantes, não são capazes de orientar e assim contribuir para melhor acesso do paciente aos medicamentos no âmbito do SUS:

Outra questão também é o que eu estava falando desses protocolos que você tem que seguir para prescrever uma medicação. Às vezes, o especialista não sabe disso, então ele prescreve para o paciente e o paciente demorou meses para conseguir aquela consulta com o especialista e ele não consegue pegar a medicação. Aí ele vai à Secretaria, ele pega a documentação que ele tem que preencher, aí ele tem que ir atrás daquele médico para dizer olha isso aqui tem que ser preenchido para poder pegar a medicação. Aí, quando ele consegue, mais três meses para que ele consiga falar com o médico preencher os papéis para poder pegar o medicamento. (A3)

E mais algumas coisas que eu lembrei. Um médico prescreveu a medicação para hiperprolactinemia e tinha uma ficha para preencher. Juntamos eu e a

médica e a gente não sabia. (...) E era uma coisa que a gente podia prescrever. E talvez, se eu já tivesse tido essa formação, eu poderia orientar, ajudar a médica. E eu não conhecia. Nem sei se alguém conhece. Eu conhecia a de Goiás e foi coisa de família, não de formação. (A4)

De forma breve, os alunos relataram falta de conhecimento em relação à burocracia que envolve a dispensação no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica:

Não. O que a gente aprende na prática de dermatologia - o que a gente prescrevia muito era a talidomida. Então a gente aprendeu com uma médica a preencher a ficha em 3 vias.

Às vezes, não sabe, e quem vem com a orientação? O próprio paciente. Doutora, mas é porque esse medicamento aqui precisa. Ah, então que bom que o senhor já trouxe essa informação! (...) E atrasa. É isso que eu falo. O paciente fica rodando, coitado! Porque a gente não sabe a informação (...). Então, isso falta! (A4)

Mas se você for falar, medicação de alto custo, medicação, a gente não sabe. Tal medicamento você tem que preencher tantas vias, tem que mandar para não sei quem. (A3)

Considerando que o SUS disponibiliza medicamentos, os estudantes despertaram para a questão do controle da liberação desses medicamentos, reafirmando o peso do desconhecimento dos fluxos e protocolos do SUS por parte dos médicos nesse processo:

(...) Com certeza um medicamento desse tem que ser muito bem indicado porque isso tem um custo alto; para isso, você tem que preencher um monte de coisa e seguir vários protocolos para conseguir. Aí esses dias, por exemplo, tive um paciente com retocolite que já tinha indicação de usar imunomodulador. Aí a gente fica assim: Como é que eu faço para prescrever um imunomodulador para ele? O que eu tenho que fazer? Que ficha? Porque a indicação tem. E aí como é que eu mostro para o SUS que ele tem indicação? Aí você fica perdida e acaba não fazendo. (...) Fica totalmente na teoria isso e você não consegue colocar em prática, por isso. (...) Então essa falta de conhecimento limita muito. (...) Porque é diferente em um particular que, se ele tem dinheiro, ele vai pagar R\$ 1.000,00 numa ampola e você faz uma receitinha e ele vai pagar. (A3)

Por onde eu começo? (A6)

Claro! A gente não sabe a papelada que tem que preencher. Uma deficiência não sei se só minha, eu não sei nem quais medicamentos que tem! Isso aí é uma coisa de orientação, que a gente não tem. (A2)

Gente, coisa básica! No OSCE dos residentes de Saúde da Família era para preencher um benzodiazepínico em receita. O professor disse que foi um arco-íris (...) a minha preceptora estava dizendo que foi um arco-íris assim inteiro. (A4).

Os estudantes disseram não gostar de conversar sobre política, ao mesmo tempo em que ponderaram que isso depende da didática utilizada e com a prática existente nos serviços. Segundo eles, o ensino sobre políticas do SUS ainda é muito teórico, o que justificaria o desinteresse sobre o assunto:

É muito chato! (A1)

(...) Do jeito que é colocado para a gente na faculdade, a gente não aprende o que tem que aprender e fica escutando um monte de teoria ali que, pra gente, é blá, blá, blá. Então, dependendo do jeito, é interessante, porque você sabe que aquilo ali é importante. Agora quando você começa a escutar história, história, história, aí é cansativo. (...) As aulas de Saúde Coletiva, de SUS, na verdade é uma ou outra que você diz assim: é legal, legalzinho. Porque não é! (A3)

Acho que se a coisa fosse relacionada ao que a gente vê ali na sala de aula com o que a gente vê lá na prática, seria interessante, mas a gente vê aqui [na universidade] um monte de coisa, um mundo, nossa que lindo, aí chega lá [no serviço], aí, o que aconteceu? (A2)

Lá no começo, quando a gente faz Saúde da Comunidade, a sala fica vazia. A professora fica quase sozinha (...), então as poucas oportunidades que têm durante o curso, ainda assim, da maneira como é passada, cansa tanto o aluno que ele se recusa até a assistir aula. Então, as poucas oportunidades que têm, nem essas são aproveitadas. Por isso que sai todo o mundo quase cru. E lê uma ficha e fica assim, do que se trata? (A6)

Diante do exposto, foi enfatizada a ausência de abordagem da RENAME:

Então assim, mais especificamente a RENAME e a prescrição de medicamentos, elas não foram colocadas em momento nenhum. (A4)

Nem citado! (A3)

Nem foi citada. Não sabia nem que existia. Não foi comentada. (A6)

Paralelamente a estas colocações, os estudantes acabam por ressaltar o distanciamento do que é ensinado sobre a o SUS nos primeiros períodos em relação à política. E reconheceram a perda de oportunidade para aprender. Abaixo alguns depoimentos reveladores desta constatação:

Acho que esse era um tema importantíssimo que deveria sim ser abordado em algum momento durante o curso. (A2)

Tanto é que a gente sentiu falta desse conhecimento na prática. (A1)

Aquele material que o professor mandou para a gente. Um tem 66 páginas e o outro tem 56. Curiosamente, eu abri e olhei e vi sobre os receituários

médicos para o PSF. É um material que deveria ter sido passado lá atrás. Ele passou agora [no internato]. (...) Mas, como a gente está falando de medicação, de conhecimento em geral, a gente está falando também que poderia ter sido passado antes de eu chegar na hora de atuar. (A6)

Ressaltaram, também, de que maneira os conhecimentos adquiridos sobre a PNM, RENAME e URM poderia beneficiar o usuário do SUS:

Segurança. (A6)

Racionalização da prescrição. (A1)

Um dos principais é o tempo que ele [o paciente] economizaria. (A3)

Acesso. (A5; A2)

Alegaram também que a política enfoca a necessidade da adesão do paciente à terapêutica, porém a falta de informação acaba por afastá-lo desse propósito e, lamentavelmente, os estudantes se percebem incapazes de ajudar o paciente por também desconhecerem os meios disponíveis para acessar os medicamentos no SUS:

Uma das principais dificuldades do paciente é falta de orientação, o que ele tem que fazer, onde ir para conseguir; isso e a gente não sabe orientar. (A4)

E, às vezes, perante a dificuldade de conseguir isso daí, o paciente desiste do tratamento, diz assim: não, não dou conta desse medicamento não. Tem que ir não sei aonde, o cara não tem carro, tem que andar de ônibus. É aquela dificuldade toda. O cara desiste, não vai tratar. Tem a medicação, mas a burocracia ali é tão grande e a gente também não ajuda porque a gente não sabe e aí o paciente desiste. (A2)

Se ele não tiver orientação, ele não tem acesso. (A5)

Quando ele tem, é tardio demais. Às vezes, ele nem precisa mais e diz: Ah, já rodei a cidade inteira e nem sei mais o que eu faço! E isso é interessante porque você vê várias políticas de adesão ao tratamento. Você faz todo um jogo para trazer o paciente para você. Nesse caso, é o paciente que está fazendo de tudo para conseguir ser tratado e ele desiste. (A3)

É contraditório. (A6)

Os estudantes, reconhecendo que não foram orientados sobre a sistemática complexa da assistência farmacêutica no SUS, apontam que a falta de orientação compromete o acesso aos pacientes aos medicamentos prescritos.

Diante do exposto, fica a sugestão de aprimorar a relação teórico-prática desde o início do curso, incluindo “a prescrição e o acesso aos medicamentos no SUS” como temática relevante de aplicação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Alicerçado nos preceitos das DCN (s), o PPP especifica o propósito de formar o aluno para atuar no SUS, reconhecendo as necessidades regionais de saúde. Ratificando a associação entre ensino, pesquisa e extensão, a proposta de ensino preconiza a articulação entre a instituição formadora e os serviços de saúde, desde o início do curso. Privilegiando a aprendizagem significativa, na linha do construtivismo, o PPP recorre, na perspectiva pedagógica, às metodologias de participação ativa do aluno.

Nesta vertente se estrutura um currículo inovador, que não deixa antever, entretanto, o tratamento político explícito da questão dos medicamentos. As ementas das disciplinas de Saúde Coletiva e Farmacologia não abordam, formalmente, a questão e seus conteúdos não se cruzam - parecem correr em paralelo. No Internato, algumas áreas abordam pontualmente a questão do uso racional de medicamentos, sendo que no Internato Rural não constam (igualmente) discussões em torno das políticas de medicamentos.

Reconhecendo a importância da PNM (RENAME, URM) no contexto da graduação, o coordenador do curso explicita que a temática não é priorizada na universidade como deveria.

A propósito, os professores da Saúde Coletiva referem que não tiveram formação a respeito, assumindo que o tema não constou do conteúdo programático. Na Farmacologia Básica e Clínica, os professores se ressentem, igualmente, de uma formação adequada sobre o assunto, fazendo crer que, de forma geral, têm compreensão restrita da questão.

Sobre a RENAME, eles têm vaga a ideia de que se trata da lista básica de medicamentos gratuitos disponibilizados pelo SUS nas unidades de saúde, havendo confusão frequente com o programa Farmácia Popular do Brasil.

Considerando, por sua vez, a importância da URM, particularmente na Farmacologia, prevalece o foco restrito do ensino ao tratamento individual, não comportando (a não ser excepcionalmente) a consideração dos aspectos políticos da questão. Desconhecendo a legislação que baliza a ação do MS, os docentes/tutores alertam para a necessidade de ampliar o tratamento da temática no plano político. Em meio ao desconhecimento dos conteúdos disciplinares que compõem o currículo, entretanto, eles não têm clareza a quem caberia esta responsabilidade, se à Saúde Coletiva ou à Farmacologia.

Segundo uma vertente prevalente de depoimentos, os alunos são avessos ao tema – argumento que descarta a responsabilidade dos professores na valorização dos conteúdos ministrados. Isto acompanha, de forma geral, a desvalorização da importância da PNM na vida dos futuros profissionais. Ao lado do estrangulamento da carga horária da disciplina,

coloca-se a disposição de postergar a questão deste aprendizado para a esfera da Residência, potencializado pelos requerimentos da prática profissional. Tais posturas também correm paralelas ao questionamento sobre os reais benefícios dos usuários do SUS quanto à disponibilização de medicamentos, na medida em que faltam insumos, há distorções relativas à gestão dos mesmos, ao lado da constatação resignada de que os médicos são pouco proativos quando se trata da atuação política.

Na verdade, a PNM (RENAME, URM) tem sido discutida de forma insuficiente na universidade, o que fere o compromisso da formação do médico para atuar no SUS. Como sugestão, foi considerada a necessidade do MS adotar medidas para estimular o ensino das políticas de medicamentos nas universidades, dada a importância desta ferramenta na assistência à saúde.

Em consonância com as abordagens anteriores, os alunos do 7º período referem que inexistiu, anteriormente, o ensino sobre a PNM/RENAME, embora eles estivessem presentes nas Unidades Básicas desde os primeiros anos do curso. A questão do medicamento foi referenciada a Disciplina de Farmacologia (Básica e Médica), assim como a Semiologia, entre outras. Atualmente eles se ocupam da terapêutica junto a patologias específicas, envolvendo problemas relacionados à adesão, posologia e outros. Fora do âmbito disciplinar estrito, ao ser discutida a farmacovigilância, lhes foi apresentado o site da ANVISA, que possibilita notificar ao órgão efeitos adversos.

Formalmente, de acordo com os relatos dos alunos, a RENAME foi citada de forma esporádica e pontual em cenários de práticas e na dependência da disposição de alguns professores. Associada com a disponibilidade de medicamentos no SUS, eles imaginam que o assunto será tratado no Internato de Saúde da Família.

O tema da prescrição racional também foi abordado de forma ocasional, prevalecendo a perspectiva individualizada de sua consideração. Desfocado o ensino relativo aos medicamentos no currículo, não houve remissão aos protocolos clínicos existentes no SUS, sendo a questão tratada superficialmente. Ficou evidenciado, nestas condições, que eles se ressentem de não saberem, até o momento, o que fazer com o paciente que consegue, ou não, o medicamento.

Os alunos do 9º e 10º períodos iniciaram a dinâmica de grupo focal referindo desconhecer o que era a PNM (RENAME, URM) - aspecto sintomático da ausência do tratamento formal da questão como tópico programático no currículo. Evocando, entretanto, a distribuição gratuita de medicamentos, alguns alunos referiram ter entrado em contato com a

atualização da lista de medicamentos, embora ninguém tivesse feito referência à padronização como expressão desta política.

A propósito das limitações relativas ao ensino e à prática da prescrição, ao lado do assédio da indústria farmacêutica, por meio de seus propagandistas, sempre presentes no espaço da assistência, os alunos fazem referências à pressão da população pela indicação de medicamentos, que induz o médico a prescrever indevidamente.

Prosseguindo neste eixo de considerações, eles reportam a limitação da liberdade do médico associada à lista de medicamentos, bem como a ineficiência de disponibilização dos medicamentos nas unidades assistenciais, estando presente a noção difusa de que se trata de uma questão de economia de gastos da parte do governo. Ao lado da ingerência partidária nesta esfera, eles levantaram a necessidade de se considerar questões relacionadas ao gerenciamento, atualização e controle das listas de medicamentos. Neste contexto, eles assumem a importância de estabelecer diretrizes capazes de balizar as condutas terapêuticas.

Ampliando este espectro da discussão, os alunos passam a considerar as estruturas que implicam disponibilização de medicamentos, envolvendo a questão administrativa e política – com o que redimensionam o espectro da própria atuação diante da PNM. Fica evidente que o desconhecimento sobre o funcionamento da rede e dos programas de medicamentos, dos fluxos e protocolos vinculados à prescrição, limita sua atuação nesta esfera, o que só contribui para a manutenção do desnorтеio da população assistida diante das dificuldades para acessar os medicamentos. Nestas condições, assumindo a importância do ensino da RENAME e da URM, eles reforçam a necessidade do aprendizado sobre a organização e funcionamento da PNM, que lhes permita também dimensionar a terapêutica à luz dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS, sugerindo o desenvolvimento destas questões na organização curricular. Os estudantes declararam, enfim, que não foram orientados de forma sistemática sobre a assistência farmacêutica no SUS e reconheceram que esta falta de orientação compromete a prescrição e o acesso dos pacientes aos medicamentos (por eles) indicados. Diante do exposto, emerge a sugestão de aprimorar a relação teórico-prática desde o início do curso, sendo apontada “a prescrição e o acesso aos medicamentos no SUS” como temática relevante a ser explorada em todas as oportunidades existentes no currículo.

Diante do exposto, tanto pelos docentes como pelos alunos, se inscreve a proposição de um curso de formação continuada, a ser ofertado para professores e profissionais de saúde envolvidos, direta ou indiretamente, com a graduação em Medicina da UFT, sobre “A prescrição e o acesso aos medicamentos no SUS”. Segue em anexo o projeto do curso, atendendo não só ao requisito de apresentação de medidas de intervenção equacionadas em

função dos resultados da investigação, precípuas do mestrado profissional, mas da oportunidade de desencadear um movimento de reflexão no sentido do delineamento de possíveis realinhamentos do currículo, com vistas ao atendimento das diretrizes formalizadas no PPP.

REFERÊNCIAS

- ALVES, T. N. P. **Política nacional de medicamentos**: análise a partir do contexto, conteúdo e processos envolvidos. 2009. 187 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. **Estratégias de ensinagem**. 2003. Mimeografado. Disponível em: <http://caherbertdesousa.files.wordpress.com/2011/09/estrategias_de_ensinagem.pdf>. Acesso em: 10 out. 2011.
- AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 733-736, 2008. Suplemento.
- ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 927-937, 2007.
- ATALLAH, A. N. Avaliação de tecnologias em saúde: impactos no SUS. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O desafio do acesso a medicamentos nos sistemas públicos de saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2010. p. 95-99.
- BARROS, J. A. C. A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 421-427, 2000.
- _____. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico. **Rev. Saúde Soc.**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002.
- _____. **Políticas farmacêuticas**: a serviço dos interesses da saúde? Brasília, DF: UNESCO, 2004.
- BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. Docência em saúde: desafios e perspectivas. In: _____. (Org.). **Docência em saúde**: temas e experiências. São Paulo: Senac, 2004. p. 17-31.
- BATISTA, S. H. Aprendizagem, ensino e formação em saúde: das experiências às teorias em construção. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. (Org.). **Docência em saúde**: temas e experiências. São Paulo: Senac, 2004. p. 57-74.
- BELON, A. P.; BARROS, M. B. A. Esperança de vida ao nascer: impacto das variações na mortalidade por idade e causas de morte no município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 5, p. 877-887, 2011.
- BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria farmacêutica, Estado e sociedade**: crítica da política de medicamentos no Brasil. São Paulo: Hucitec; Sobravime, 1995.

BICUDO, M. A. V. **Pesquisa qualitativa segundo a visão fenomenológica**. São Paulo: Cortez, 2011.

BISSOL, J. O direito à saúde e o acesso a medicamentos. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O desafio do acesso a medicamentos nos sistemas públicos de saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2010. p. 82-84.

BRASIL. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos. Brasília, DF: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 1973.

_____. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Dispõe sobre as bases e diretrizes da educação nacional. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica – instruções técnicas para sua organização**. Brasília, DF, 2001a.

_____. Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares para os cursos da saúde**. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior, 2001b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12991:diretrizes-curriculares-cursos-de-graduacao-&catid=323:orgaos-vinculados>. Acesso em: 18 jul. 2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a política nacional de assistência farmacêutica. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2004a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2011.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do Programa de Medicamentos de Dispensação em Caráter Excepcional**. Brasília, DF: CONASS, 2004b.

_____. Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Brasília, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 491, de 9 de março de 2006. Dispõe sobre a expansão do programa “Farmácia Popular do Brasil”. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 699, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes para operacionalização dos pactos pela vida e de gestão. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica na atenção básica – instruções técnicas para sua organização**. 2. ed. Brasília, DF, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Formulário terapêutico nacional 2008: Rename 2006**. Brasília, DF, 2008.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O desafio do acesso a medicamentos nos sistemas públicos de saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename**. 7. ed. Brasília, DF, 2010b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência farmacêutica no SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

- BRAVO, M. I. S. Política de saúde no Brasil. In: _____. **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2006. p. 1-24.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- BUSS, P. M.; CARVALHEIRO, J. R.; CASAS, C. P. R. **Medicamentos no Brasil: inovação e acesso**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2008.
- CALADO, S.; FERREIRA, S. C. **Análise de documentos: método de recolha e análise de dados**. Metodologia da investigação I. [s.l.]: DEFCUL, 2004/2005.
- CALAINHO, D. B. Jesuítas e medicina no Brasil colonial. **Rev. Tempo**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 61-75, 2005.
- CARDOSO, A. J. C. Políticas de saúde: universalizar ou focalizar é a questão? In: DIREITO sanitário em perspectiva. Brasília, DF: ESMPU/Fiocruz, 2013. p. 49-66.
- CARMO, T. A.; NITRINI, S. M. O. O. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1004-1013, 2004.
- CARVALHO, A. I.; BARBOSA, P. R. **Políticas de saúde: fundamentos e diretrizes do SUS**. Brasília, DF: CAPES/UAB, 2010.
- CECCIM, R. M. B.; FEUERWERKER, L. M. C. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20 n. 5, p. 1400-1410, 2004.
- CHRISTOFARO, M.A. A organização do sistema educacional brasileiro e a formação na área de saúde. In: SANTANA, J.P.; CASTRO, J.L. (Org.) **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**: CADRHU. Natal: EDUFRRN, 1999. p. 185-213.
- COHN, A. A saúde na previdência e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios. In: COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil política e organização de serviços**. São Paulo: Cortez, 1996.
- CONTANDRIPOULOS, A. O desafio do acesso a medicamentos em sistemas públicos de saúde. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **O desafio do acesso a medicamentos nos sistemas públicos de saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2010. p. 15-25.
- CYTRYNOWICZ, M. M.; STÜCKER, A. **Origens e trajetória da indústria farmacêutica no Brasil**. São Paulo: Narrativa Um, 2007.
- DELDUQUE, M. C.; MARQUES, S. B.; CIARLINI, A. judicialização das políticas de saúde no Brasil. In: DIREITO sanitário em perspectiva. Brasília, DF: ESMPU/FIOCRUZ, 2013. p. 181-217.

FERREIRA, C. R. **Participação das aposentadorias e pensões na desigualdade da distribuição da renda no Brasil no período de 1981 a 2001**. 2003. 136 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2003.

GOMES, C. A. P. A assistência farmacêutica no Brasil: análise e perspectivas. In: CENTRO DE GESTÃO E ESTUDOS ESTRATÉGICOS. **A formação em farmácia, perspectivas e necessidades da área de medicamentos**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://www.cgee.org.br>>. Acesso em: 22 dez. 2011.

GUIMARÃES, V. S. I. O grupo focal e o conhecimento sobre identidade profissional dos professores. In: PIMENTA, S. G.; GHODIN, E.; FRANCO, M. A. S. (Org.). **Pesquisa em educação: alternativas investigativas com objetos complexos**. São Paulo: Loyola, 2006. p. 198.

GUIMARÃES, R. A experiência brasileira na implantação e na estruturação da assistência farmacêutica. **O desafio do acesso a medicamentos nos sistemas públicos de saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2010. p. 61-67.

KORNIS, G. E. M.; BRAGA, M. H.; ZAIRE, C. E. F. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Rev. Atenção Primária Saúde**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 85-99, 2008.

LEÃO, R. N. Q. **Doenças infecciosas e parasitárias: enfoque amazônico**. Rio de Janeiro: Cepuj Instituto Evandro Chagas, 1997.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. Saúde e doença: notas sobre alguns dilemas que afetam seu exercício na sociedade brasileira atual. In: DIREITO sanitário em perspectiva. Brasília, DF: ESMPU/FIOCRUZ, 2013. p. 41-48.

LEITE, N. S.; VIEIRA, M.; VEBER, A. P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 793-802, 2008. Suplemento.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 22-116.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MAIA, J. A. O currículo no ensino superior em saúde. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. S. (Org.). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Senac, 2004. p. 101-133.

MALTAGLIATI, L. A.; GOLDENBERG, P. Reforma curricular e pesquisa na graduação em odontologia: uma história em construção. **Rev. Hist. Ciênc. Saúde Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1329-1340, 2007.

MARIN, N. et al. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais de saúde**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MARTINS, C. B. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. **Rev. Educ. Soc.**, Campinas, v. 30, n. 106, p. 15-35, 2009.

MELLO, D. R.; OLIVEIRA, G. G.; CASTANHEIRA, L. G. A regulação de medicamentos. In: BUSS, P. M.; CARVALHEIRO, J. R.; CASAS, C. P. R. (Org.). **Medicamentos no Brasil: inovação e acesso**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 79-102.

MENEZES, R. F. (Org.). **Da história da farmácia e dos medicamentos**. 2005. Disponível em: <http://www.farmacia.ufrj.br/consumo/leituras/Im_historiafarmaciamed.pdf>. Acesso em: 18 nov. 2011.

MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 236-313.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. **Avaliação por triangulação de métodos – abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MITRE, S. M.; SIQUEIRA-BATISTA, R.; GIRARDI-DE-MENDONÇA, J. M.; MORAIS-PINTO, N. M.; MEIRELLES, C. A. B.; PINTO-PORTO, C.; MOREIRA, T.; HOFFMANN, L. M. A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, supl.2, p. 2133-44, 2008.

MORAN, J. M.; MASETTO, M. T.; BEHRENS, M. A. **Novas tecnologias e mediação pedagógica**. São Paulo: Papirus, 2000.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 10, p. 3561-3567, 2010.

OLIVEIRA, M. C. M.; RISTOW, A. M.; VOGT, A. M. C. A formação do profissional médico no Brasil. **Rev. Educare Educare**, Cascavel, v. 4, n. 8, p. 167-179, 2009.

OLIVEIRA, N. A. **Ensino médico no Brasil: desafios e prioridades, no contexto do SUS - um estudo a partir de seis estados brasileiros**. 2007. 201 f. Tese (Doutorado em Ensino de Biociências e Saúde) – Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

OLIVEIRA, N. A. et al. Judicialização da saúde e novos cenários de prática na formação médica. **Rev. Bras. Educ. Médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, p. 131, 2011. Suplemento 1.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS). **Uso racional de medicamentos**. 2008. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/temasdocumentosdetalhe.cfm?id=46&iddoc=50>>. Acesso em: 18 dez. 2011.

SANTOS, B. S. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estud. Av.**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 46-71, 1988.

SANTOS, M. P. G. **O Estado e os problemas contemporâneos**. Brasília, DF: CAPES/UAB, 2009.

SILVA, M. I. Dicotomia básico-profissional no ensino superior em saúde: dilemas e perspectivas. In: BATISTA, N.; BATISTA, S. H. (Org.). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Senac, 2004. p. 135-152.

SONZOGNO, M. C. Metodologia no ensino superior: algumas reflexões. In: BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. (Org.). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Senac, 2004. p. 75-84.

SPADA, C. et al. Farmácia. In: HADDAD, A. E. (Org.). **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília, DF: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. p. 169-199.

TAVARES, M. F. L. et al. Promoção da saúde como política e a Política Nacional de Promoção da Saúde. OLIVEIRA, R. G. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2009. p. 351-361.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS (UFT). **Curso de graduação em medicina projeto político-pedagógico**. Palmas, 2006.

_____. **Curso de medicina projeto pedagógico do curso**. Palmas, 2008.

VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Distorções causadas pelas ações judiciais à política de medicamentos no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 214-222, 2007.

WANNMACHER, L. Conduas baseadas em evidências sobre medicamentos utilizados em atenção primária à saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. Brasília, DF, 2012a. p. 9-14.

_____. Importância dos medicamentos essenciais em prescrição e gestão racionais. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. Brasília, DF, 2012b. p. 15-25.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convido você a participar da pesquisa intitulada “**A Política Nacional de Medicamentos no Ensino Médico: o ensino da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e o Uso Racional de Medicamentos (URM) na graduação médica da Universidade Federal do Tocantins (UFT)**” que está sendo desenvolvida no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

A pesquisa será desenvolvida por meio de coleta em três momentos distintos, sendo, o primeiro no âmbito institucional, vislumbrando identificar, formalmente, as disposições relativas ao ensino disponibilizado na instituição. O segundo, focalizando a operacionalização dos cursos, deverá apreender o ensino da questão do medicamento na perspectiva dos docentes e coordenador do curso. O terceiro momento será focado nos alunos, buscando indicativos da avaliação deste. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo que tem o objetivo de Caracterizar o ensino sobre a Política Nacional de Medicamentos (PNM) relativo à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e ao Uso Racional de Medicamentos (URM), na graduação médica da Universidade Federal do Tocantins.

Ressaltamos que ao participar deste estudo você permitirá que as pesquisadoras possam utilizar suas contribuições para a produção de trabalho científico que visa contribuir para que a formação médica seja cada vez mais comprometida com a promoção do acesso dos usuários do SUS aos medicamentos e a utilização racional dos mesmos. Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais e somente a pesquisadora (Elizangela Braga Andrade) e sua orientadora (Prof^a. Dra^a Paulete Goldenberg) terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo ao publicar os resultados dessa pesquisa. Você tem liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para você. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto: 63-3218-3247/63-9283-3371.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj. 14, 5571-1062, FAX: 5539.7162 – e-mail: cepunifesp@epm.br. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há remuneração financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisador principal, utilizar os dados e o material coletados somente para esta pesquisa.

CONSENTIMENTO

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo A Política Nacional de Medicamentos no Ensino Médico: o ensino da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e o Uso Racional de Medicamentos (URM) na graduação médica da Universidade Federal do Tocantins (UFT).

Eu concordo em participar desta pesquisa. Ficaram claros para mim quais os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nesta Universidade.

_____ Data: ___/___/___

Assinatura do participante

_____ Data: ___/___/___

Assinatura da testemunha (Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste profissional de saúde para a participação neste estudo.

_____ Data: ___/___/___

Elizangela Braga Andrade

APÊNDICE B

Produto da Dissertação

Curso de Formação Continuada para Professores e Profissionais de Saúde

“A prescrição e o acesso aos medicamentos no SUS”

1- INTRODUÇÃO:

A Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica têm como um dos desafios o compromisso em assegurar à população o acesso gratuito aos medicamentos e seu uso racional. A reorganização da Assistência Farmacêutica (AF), nas três esferas de gestão, perpassa o gerenciamento e alocação de recursos financeiros que visam à aquisição de medicamentos elencados em seus componentes: Básico, Estratégico e Especializado (BRASIL, 2011). A dispensação destes medicamentos está atrelada a normatizações específicas, conforme o medicamento e componente.

Estudo realizado por Boing et al. (2013) concluiu que o acesso aos medicamentos no Brasil, no contexto do SUS, ainda é insuficiente, mas o sistema público demonstra a intenção de promover a equidade, sendo fundamental implementar estratégias para ampliar o acesso aos fármacos de forma a diminuir as desigualdades de acesso aos mesmos.

Com o intuito de promover o tratamento medicamentoso dos agravos mais incidentes na população, bem como diminuir o impacto financeiro dos gastos das famílias com medicamentos, em 2004, o governo federal estabeleceu o Programa Farmácia Popular do Brasil e, em 2006, sua expansão para a rede privada, sendo denominado de “Aqui tem Farmácia Popular”. O programa tem causado controvérsias em virtude da necessidade de que o cidadão pague para dispor de medicamentos (BRASIL, 2011).

De fato, a prescrição de medicamentos não garante ao usuário o acesso ao tratamento. Com base na presente investigação, foi identificado que os docentes desconhecem ou são pouco informados acerca dos programas de medicamentos relacionados à Assistência Farmacêutica. Dentre as justificativas, foi ressaltada ausência deste tópico nos cursos de graduação ou mesmo de pós-graduação. Por outro lado, os estudantes se confundem ao falar dos meios de acesso aos medicamentos no SUS e apresentam dificuldades para distinguir entre o Componente Básico da AF e o Programa Farmácia Popular do Brasil. Eles se ressentem da falta de conteúdos relacionados aos programas de medicamentos existentes,

entendendo que estas informações contribuiriam para uma prescrição mais consciente e melhoria do acesso de seus pacientes aos medicamentos padronizados.

Diante do exposto, apresentamos a proposta do Curso de Formação Continuada para Professores e Profissionais de Saúde: “A prescrição e o acesso aos medicamentos no SUS”, como estratégia para atualização da temática. A inserção desses conteúdos nas diversas disciplinas ao longo do curso de medicina revela-se oportuna, visando à formação de profissionais aptos a realizarem a prática da prescrição no SUS, nas várias instâncias do sistema de saúde, e também para melhoria da assistência farmacêutica nos serviços, uma vez que os profissionais estarão refletindo sobre suas práxis e construindo meios de intervenção para o aprimoramento do acesso do usuário aos medicamentos. Não menos importante é a oportunidade da aproximação de sujeitos desse processo, “docentes e profissionais do serviço”, para troca sistemática de saberes e construção de alternativas na perspectiva da integração ensino-serviço, com foco na melhoria da assistência farmacêutica no Brasil.

Com o intuito de concretizar a proposta, as linhas gerais do planejamento do curso foram apresentadas à coordenação do Núcleo em Estudos da Saúde da UFT, que realizou contribuições relevantes, além de propor sua realização na universidade após a avaliação da banca julgadora deste estudo de mestrado. Este momento será oportuno para o aprimoramento da estratégia para utilização sistemática na universidade, bem como em outras instituições de ensino, levando em conta a necessidade de adequação para suas diferentes realidades.

2- OBJETIVOS

2.1 GERAL

Sensibilizar professores e profissionais de saúde para implementação da Assistência Farmacêutica no SUS.

2.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apresentar e discutir a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais;
- Estimular a prática da prescrição medicamentosa como vistas ao Uso Racional de Medicamentos;
- Promover reflexão acerca dos Programas de Dispensação de Medicamentos do SUS;

- Apresentar e discutir os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que norteiam a dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
- Oportunizar o desenvolvimento de estratégias para inserção da temática no currículo de cursos na área da saúde;
- Estimular nos profissionais da assistência inclusões nas suas práxis de ações que contribuam para o aprimoramento da assistência farmacêutica.

3-METODOLOGIA

O curso foi elaborado com base nos resultados encontrados no trabalho de conclusão de Mestrado Profissional, que identificou a necessidade de que docentes e profissionais de saúde aperfeiçoem a prescrição e o acesso a medicamentos no SUS.

Contando com a aproximação entre a academia e o serviço, os profissionais terão a oportunidade de refletir sobre suas práxis e normatização existentes, juntamente com os docentes que atuam no ensino superior. O intuito é propiciar aos participantes momentos de reflexão com vistas à melhoria do acesso aos medicamentos no SUS. Nesse sentido, os docentes desenvolverão um planejamento colaborativo visando à construção de estratégias de ensino a serem inseridas ao longo do curso de medicina da UFT e, os profissionais, à adoção de medidas que contribuam para a melhoria da assistência farmacêutica municipal.

Diante destas disposições, constituirão o público alvo deste curso os docentes, coordenador, preceptores do curso de medicina da UFT e profissionais dos seguintes serviços de saúde: Diretoria de Assistência Farmacêutica Estadual, Gerência da Assistência Farmacêutica do município de Palmas – TO, Unidades Básicas de Saúde, Farmácias Municipais, Farmácia do Programa Farmácia Popular do Brasil, Centros de Atenção Psicossocial, Núcleo de Assistência Hematológica e do Núcleo de Apoio Técnico da Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins.

DINÂMICA DO CURSO

Serão utilizadas metodologias ativas de aprendizagem, tendo a problematização como estratégia de ensino. As propostas terão como base situações concretas de prescrições, nas quais estarão presentes medicamentos dispensados por serviços de saúde nos diversos

programas da AF, com vistas a esclarecer os meios pelos quais os usuários poderão ter acesso aos mesmos.

Silva (2004) discorre sobre a Problematização e sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), mostrando que problematização pode significar a discussão de um assunto, por meio de uma pergunta de pesquisa, um problema, uma doença ou evento e designa um tipo de estratégia de ensino que se baseia na observação da realidade, reflexão e ação, destacando a relação ensino-serviço. Destaca ainda que diante da exigência da sociedade por um profissional capacitado, dinâmico e ao mesmo tempo não alheio às transformações sociais, os modelos pedagógicos devem possibilitar a construção ativa do conhecimento.

As temáticas propostas iniciam com a fundamentação do SUS, bem como inserção das políticas de assistência farmacêutica. Serão abordados temas específicos como os componentes da AF e suas normatizações particulares, destacando a prescrição e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas como fatores a serem considerados para o acesso ambulatorial aos medicamentos. Ampliando a questão, serão discutidos os desafios do acesso e a judicialização por medicamentos no SUS, bem como a implantação, pelas Secretarias de Saúde, dos Núcleos de Apoio Técnico aos magistrados e operadores do direito. Por outro, os alunos serão convidados a refletir sobre os problemas advindos do uso irracional de medicamentos e a conhecer fontes científicas disponíveis na internet que fornecem informações sobre medicamentos e sobre a Política Nacional de Medicamentos, por exemplo, o link da Assistência Farmacêutica, CONITEC- Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS e o da ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária na área de atuação medicamentos. Por fim, será apresentado o Programa Farmácia Popular do Brasil e sua ampliação para as farmácias privadas com o intuito de esclarecer aos participantes as diferenças existentes entre esta estratégia de acesso e o Componente Básico da Assistência Farmacêutica.

O curso será realizado na Universidade Federal do Tocantins e terá carga horária total de 60 horas, envolvendo três etapas: Momento Presencial 1- 24 horas; Momento de Prática- 20 horas e Momento Presencial 2- 16 horas. No primeiro momento, serão discutidos os fundamentos teóricos e práticos da assistência farmacêutica no SUS. Concluída a primeira fase, os alunos retornarão às suas atividades profissionais, com orientação para que observem e reflitam, à luz da Política Nacional de Medicamentos, sobre suas práticas – os docentes na perspectiva de inclusão da temática em suas aulas e os profissionais na melhoria da assistência - e construam um plano de intervenção com vistas ao aprimoramento e

qualificação das mesmas, bem como à promoção do acesso e uso racional de medicamentos no SUS, sendo esta fase denominada: Momento de Prática, com duração total de 15 (quinze) dias. Os estudantes, em grupos de 2 a 4 participantes, serão orientados a reservarem duas horas diárias para a realização desta atividade.

Retornando ao curso – Momento Presencial 2 – os alunos participarão de seminário para socialização, discussão e avaliação do plano de intervenção e, após, serão formados dois grupos: docência e serviço; eles deverão elaborar a sistematização das propostas de intervenções a serem inseridas nos âmbitos da docência e da assistência.

4- PROGRAMA

CONTEÚDOS PRIVILEGIADOS

1-Contextualização do SUS e das Políticas Nacionais de Medicamentos e Assistência Farmacêutica:

- Síntese histórica do processo de construção do SUS, seus princípios e fundamentos.
- O processo de construção das Políticas Nacionais de Medicamentos e Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde: Relação Nacional de Medicamentos; Componentes Básico e Estratégico da Assistência Farmacêutica; Componente Especializado da Assistência Farmacêutica e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas do SUS.

2- Prescrição de Medicamentos: Elementos da prescrição de medicamentos e normatizações específicas; A Prescrição no contexto dos programas de dispensação de medicamentos no SUS.

3- Acesso e Uso Racional de Medicamentos: Os desafios do acesso a medicamentos no SUS; Demandas judiciais por medicamentos no SUS; Os efeitos adversos a medicamentos e a farmacovigilância; Fontes de informações sobre medicamentos.

4- O Programa Farmácia Popular do Brasil/ Aqui Tem Farmácia Popular.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

AQUINO, D.S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? Revista Ciência & Saúde Coletiva, v. 13(Sup): p. 733-736, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *O Desafio do acesso a medicamentos nos sistemas públicos de saúde*. Brasília: CONASS, 2010. 108 p.

OLIVEIRA, L.C.F.; ASSIS, M.M.A.; BARBONI, A.R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Rev. Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 10, p. 3561-3567. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OPAS). Uso Racional de Medicamentos. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/temasdocumentosdetalhe.cfm?id=46&iddoc=50>>

PEPE, V.L.E.; CASTRO, C.G.S. O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 815-822, 2000.

WANNMACHER, L. *Condutas Baseadas em Evidências sobre medicamentos utilizados em atenção primária à saúde*. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. p. 9-14.

5- ESTRATÉGIAS AVALIATIVAS DO CURSO

A avaliação do curso levará em conta, além da frequência, o trabalho realizado, a participação no seminário e a sistematização ao final de um plano de intervenção para o âmbito do ensino ou do serviço, conforme sua área de atuação. Por outro lado, será aplicado aos alunos um instrumento de autoavaliação antes do início do curso, a fim de verificar o conhecimento prévio dos temas que serão abordados. Ao final do curso, o mesmo instrumento será devolvido para que cada participante refaça a avaliação com vistas à identificação da evolução de seu aprendizado.

6- RESULTADOS ESPERADOS:

- Maior aproximação do ensino e serviço;

- Compreensão das Políticas de Medicamentos da Assistência Farmacêutica e os meios pelos quais os medicamentos poder ser acessados no SUS;
- Maior conhecimento da importância da prescrição e do uso racional dos medicamentos;
- Utilização de fontes científicas para pesquisas sobre medicamentos;
- Construção de Planos de melhoria para a docência, bem como para a organização do serviço assistencial.

7- REFERÊNCIAS

BOING , A.C.; BERTOLDI, A.D.; BOING, A. F.; BASTOS, J.L.; PERES, K.G. Acesso aos Medicamentos no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n.4, p.691-701, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência Farmacêutica no SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. – Brasília: CONASS, 2011. 172p.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998*. Aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial. Brasília. 1998.

_____. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004*. Aprova a política nacional de assistência farmacêutica. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resol_cns338.pdf>. Acesso 23 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Decreto 5.090, de 20 de maio de 2004*. Regulamenta a Lei no 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 491, de 09 de março de 2006*. Dispõe sobre a expansão do Programa “Farmácia Popular do Brasil”. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

GARCIA, L.P.; SANT'ANNA, A.C.; MAGALHÃES, L.C.G.; FREITAS, L.R.S.; AUREA, A.P. Gastos das famílias brasileiras com medicamentos segundo a renda familiar: análise da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 e de 2008-2009. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n.8, p.1605-1616, 2013.

SILVA, M.I. *Dicotomia Básico-Profissional no Ensino Superior em Saúde: Dilemas e Perspectivas*. In: BATISTA, N.; BATISTA, S.H. (Org.). **Docência em Saúde**: temas e experiências. São Paulo: Senac, 2004. p. 135-152.

ANEXO A

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/ Hospital São Paulo

PROJETO DE PESQUISA

Título: A Política Nacional de Medicamentos no Ensino Médico: o ensino da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e o Uso Racional de Medicamentos (URM) na graduação médica da Universidade Federal do Tocantins (UFT).

Área Temática:**Pesquisador:** ELIZANGELA BRAGA ANDRADE**Versão:** 1**Instituição:** Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM**CAAE:** 05023512.9.0000.5505**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****Número do Parecer:** 56656**Data da Relatoria:** 25/07/2012**Apresentação do Projeto:**

Estudo descritivo, em caráter exploratório, apoiado numa abordagem qualitativa. A investigação comportará três movimentos investigativos. O primeiro será realizado no âmbito institucional da Universidade Federal do Tocantins (UFT), vislumbrando identificar, formalmente, as disposições relativas ao ensino disponibilizado na instituição. O segundo, focalizando a operacionalização dos cursos, deverá apreender o ensino da questão do medicamento na perspectiva dos docentes e coordenador do curso. O terceiro movimento será focado nos alunos, buscando indicativos da avaliação deste ensino.

O objetivo da pesquisa é caracterizar o ensino sobre a Política Nacional de Medicamentos (PNM) relativo à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e ao Uso Racional de Medicamentos na graduação médica da Universidade Federal do Tocantins. A identificação das disposições formais relativas ao ensino de medicamentos no âmbito institucional será realizada a partir da análise documental, tendo por fonte o Projeto Político Pedagógico. A entrevista semi-estruturada através de roteiro será aplicada e sistematizada para posterior análise dos dados, sobre a percepção do Coordenador do curso de medicina e doentes quanto à incorporação da PNM nos conteúdos e práticas disciplinares. Para avaliar o ensino da PNM na perspectiva dos estudantes será utilizada a estratégia de grupos focais, quando serão realizados dois grupos focais, sendo, um com estudantes do 7º e um com estudantes do 10º períodos. Os dados coletados serão organizados utilizando o Programa

Excel. Para efeito de tratamento dos dados recorreremos à análise temática ou de conteúdo de discurso. Serão identificadas as unidades de sentido seguida da categorização das mesmas de forma a possibilitar estabelecer relações com o contexto social, apoiado no referencial teórico adotado a propósito da Política Nacional de Medicamentos e mais especificamente da RENAME e do URM. O estudo permitirá identificar a adequação do curso de medicina da UFT às orientações preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (2001), bem como propor reformulações pedagógicas capazes de fomentar posturas condizentes e socialmente responsáveis com relação às práticas da prescrição medicamentosa à população à luz da PNM.

Objetivo da Pesquisa:**Objetivo Primário:**

Caracterizar o ensino sobre a Política Nacional de Medicamentos (PNM) relativo à Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e ao Uso Racional de Medicamentos (URM), na graduação médica da Universidade Federal do Tocantins.

Objetivo Secundário:

1. Identificar/caracterizar o ensino da PNM, relativo à RENAME e o URM, no âmbito da política institucional; 2. Dimensionar a incorporação da PNM nos conteúdos e práticas disciplinares na perspectiva dos coordenadores e docentes; 3. Avaliar o ensino da PNM na perspectiva dos alunos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem riscos, serão realizadas entrevistas

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Política Nacional de Medicamentos no Ensino Médico: o ensino da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e o Uso Racional de Medicamentos (URM) na graduação médica da Universidade Federal do Tocantins (UFT) será desenvolvida pelo Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com objetivo acadêmico de mestrado da aluna Elisângela Braga Andrade em Ensino em Ciências da Saúde e orientada pela Profa. Dra Paulete Goldemberg Apresentada a autorização da Universidade de Tocantins (Termo de Autorização Institucional)

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos apresentados adequadamente

Recomendações:

Nada consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto envolve entrevistas que não parecem ferir aos preceitos éticos da resolução 196 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

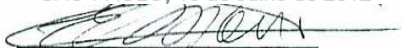
Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acata o parecer do relator

SAO PAULO, 16 de Julho de 2012.



Assinado por:

José Osmar Medina Pestana

ANEXO B**Termo de Consentimento Institucional**

A pesquisa intitulada “A Política Nacional de Medicamentos no Ensino Médico: o ensino da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e o Uso Racional de Medicamentos (URM) na graduação médica da Universidade Federal do Tocantins (UFT)” está sendo desenvolvida no Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), por Elizangela Braga Andrade, para obtenção do título de mestre em Ensino em Ciências da Saúde.

O estudo visa conhecer o ensino sobre da Política Nacional de Medicamentos na graduação médica da UFT a partir da perspectiva do coordenador do curso, professores de áreas afins e dos discentes, tendo em vista contribuir para o alinhamento das exigências legais da formação médica no tocante à promoção do acesso dos usuários do SUS aos medicamentos e a utilização racional dos mesmos.

Eu, ITÁGORES HOFFMAN I LOPES SOUSA COUTINHO, Coordenador do Curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins, autorizo a realização da pesquisa.

Palmas, 19 de junho de 2012.



ITÁGORES HOFFMAN I LOPES SOUSA COUTINHO
Coordenador do Curso de Medicina da UFT