



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
COORDENADORIA INSTITUCIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS
SECRETARIA DE EDUCAÇÃO À DISTÂNCIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO DE GESTÃO EM SAÚDE**

RÔMULO GUIMARÃES NOGUEIRA

Assistência Farmacêutica na atenção básica: histórico, realidade e percepções

**CAMPINA GRANDE – PB
2012**

RÔMULO GUIMARÃES NOGUEIRA

Assistência Farmacêutica na atenção básica: histórico, realidade e percepções

Monografia apresentada ao Curso de Especialização **Gestão em Saúde** da Universidade Estadual da Paraíba, em convênio com Escola de Serviço Público do Estado da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de especialista.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. LINDOMAR DE FARIAS BELÉM

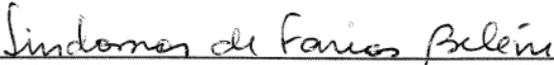
CAMPINA GRANDE – PB
2012

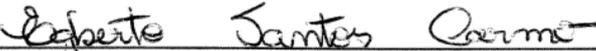
RÔMULO GUIMARÃES NOGUEIRA

Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Histórico, Realidade e Percepções

Monografia apresentada ao Curso de Especialização **Gestão em Saúde** da Universidade Estadual da Paraíba, em convênio com Escola de Serviço Público do Estado da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de especialista.

Aprovada em 27/07/2012.


Prof^a Dr^a Lindomar de Farias Belém/ UEPB/CCBS/DF
Orientadora


Prof^o. Dr. Egberto Santos Carmo/ UFCG/CES/UAS
Examinador


Prof. Me Adriano Melo Cordeiro/UEPB/CCBS/DB
Examinador

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL-UEPB

N778a Nogueira, Rômulo Guimarães.
Assistência Farmacêutica na atenção básica:
histórico, realidade e percepções. [manuscrito] /
Rômulo Guimarães Nogueira. – Campina Grande,
2012.
53 f.

Monografia (Especialização em Gestão em Saúde) -
Universidade Estadual da Paraíba, Coordenação
Institucional de Projetos Especiais - CIPE, 2012.

“Orientação: Prof.^a Dr. Lindomar de Farias Belém,
Farmácia/UEPB”.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Avaliação em
Saúde. 3. Medicamentos. I. Título.

21. ed. CDD 615.1

RESUMO

A estruturação da Assistência Farmacêutica é um dos grandes desafios que se apresenta aos gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde, quer pelos recursos financeiros envolvidos como pela necessidade de aperfeiçoamento contínuo com busca de novas estratégias no seu gerenciamento. O objetivo desta monografia foi discutir os avanços e dificuldades para o estabelecimento da assistência farmacêutica no Brasil. O Estudo foi do tipo descritivo, com abordagem metodológica qualitativa. A revisão de literatura foi realizada através de levantamento bibliográfico por meio de ferramentas de busca na internet. A estrutura legislativa e regulatória de medicamentos que vem sendo implementada no Brasil nas últimas décadas pode ser considerada bastante abrangente. No entanto, estes avanços devem ser analisados de forma crítica, pois muitos ajustes ainda precisam ser feitos. Os estudos de avaliação revisados demonstraram que várias são as desordens na assistência farmacêutica, abrangendo dimensões políticas, administrativas, técnicas e culturais. Neste sentido, a avaliação da Assistência Farmacêutica é uma atividade que deve constar na rotina dos serviços de saúde no intuito de colaborar com o aperfeiçoamento da sua organização. No que diz respeito à dimensão organizacional, o constrangimento na autonomia da coordenação da assistência farmacêutica, e, sobretudo, a ausência do farmacêutico na operacionalização de atividades essenciais para a gestão da assistência farmacêutica limitam o âmbito de suas ações no SUS. As diversas percepções dos atores envolvidos na Assistência Farmacêutica demonstraram visões limitadas sobre sua importância na atenção a saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Assistência Farmacêutica, Avaliação em Saúde, Medicamentos.

A B S T R A C T

The structuring of the Pharmaceutical Assistance is one of the challenges that is presented to the managers and professionals of the Health Care System, as the financial resources involved as the need for continuous improvement in pursuit of new strategies in its management. The purpose of this monograph was to discuss the progress and difficulties for the establishment of pharmaceutical assistance in Brazil. The study was descriptive, with qualitative approach. The literature review was conducted through literature review through search engines on the Internet. The legislative and regulatory framework for medicines that have been implemented in Brazil in recent decades can be considered quite comprehensive. However, these advances should be analyzed critically, many adjustments still need to be made. Evaluation studies reviewed show that there are several irregularities in pharmaceutical assistance, covering political, administrative, technical and cultural dimensions. In this sense, the evaluation of pharmaceutical assistance is an activity which must be included in routine of health services in order to collaborate with the improvement of its organization. With regard to the organizational dimension, the constraint on the autonomy of the coordination of pharmaceutical assistance, and especially the absence of the pharmacist in the operationalization of essential activities to the management of pharmaceutical assistance limits the scope of their actions in the Health Care System. The different perceptions of the actors involved in pharmaceutical assistance discussed in this study showed limited views about its importance in health care.

KEYWORDS: Pharmaceutical Assistance, Health Evaluation, Drugs

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
Atenfar	Atenção Farmacêutica
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIM	Centro de Informação sobre Medicamentos
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
LOS	Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90)
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PSF	Programa de Saúde da Família
Qualifar-SUS	Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SCTIE	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SSC	Serviço de Saúde Comunitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	7
METODOLOGIA.....	8
1 MARCOS HISTÓRICOS E LEGAIS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	9
2 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	20
2.1 Aspectos Organizacionais	23
2.2 Seleção	24
2.3 Programação	26
2.4 Aquisição.....	28
2.5 Armazenamento	29
2.6 Dispensação.....	31
2.7 Estudos multicêntricos de avaliação da Assistência Farmacêutica	33
2.8 Impactos positivos da Organização da Assistência Farmacêutica	38
3 PERCEPÇÕES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	44
CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	49

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), tal como foi concebido na Constituição Federal de 1988, pretende atender a todos de maneira igualitária, buscando servir desde os mais necessitados aos mais abastados. Este seu caráter de política pública baseada nos princípios de universalidade, equidade e de integralidade das ações e serviços de saúde promoveu ampla inclusão social, de forma que representa um grande avanço para um país em desenvolvimento como o Brasil. No entanto, tem sido observada a presença de problemas crônicos no atendimento integral à saúde, seja pela espera pelos serviços médicos, seja pela falta de medicamentos essenciais para distribuição gratuita (ZAIRE, 2008; VIEIRA, 2010).

Inclui-se dentre os serviços prestados pelo SUS, a assistência farmacêutica, que, segundo a Política Nacional de Medicamentos, é um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade (BRASIL, 1998).

A estruturação da assistência farmacêutica é um dos grandes desafios que se apresenta aos gestores e profissionais do SUS, quer pelos recursos financeiros envolvidos como pela necessidade de aperfeiçoamento contínuo com busca de novas estratégias no seu gerenciamento (RIECK, 2008).

Aprofundar a questão do provimento de medicamentos essenciais à população se mostra não só como um fator importante, mas também como uma forma de racionalizar custos com procedimentos e agravos pela falta de adesão ao tratamento farmacológico (ZAIRE, 2008).

A assistência terapêutica integral tem grande relevância no contexto da atenção à saúde considerando que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos. A regulamentação das políticas de assistência farmacêutica vem se desenvolvendo nos últimos anos, de maneira que o grande desafio é fazer com que os seus princípios sejam, de fato, estabelecidos. Para isto, é preciso que sejam assegurados os recursos necessários à execução das atividades e também que sua gestão seja eficaz, efetiva e eficiente. Diante do exposto, o objetivo desta monografia foi discutir os avanços e dificuldades para o estabelecimento da assistência farmacêutica no Brasil.

METODOLOGIA

O Estudo foi do tipo descritivo, com abordagem metodológica qualitativa. A revisão de literatura foi, inicialmente, realizada através de levantamento bibliográfico por meio da ferramenta de busca “google acadêmico” (scholar.google.com.br) utilizando-se os filtros: termo “assistência farmacêutica” no título do artigo, resultados que contenham o trabalho completo, e período de publicação compreendido entre os anos de 2006 e 2012. Em seguida, os resultados foram selecionados de acordo com a natureza (foram considerados apenas artigos científicos, monografias, dissertações e teses), bem como se levaram em consideração os objetivos dos trabalhos e suas abordagens sobre o assunto. Também foi avaliada a origem dos escritos, selecionando apenas trabalhos oriundos de bancos de dados reconhecidos, tais como bireme, scielo, sites de universidades brasileiras e sites oficiais do governo.

A fonte inicial de pesquisa consistiu em 24 escritos selecionados entre 84 apresentados pela ferramenta de busca. Foram identificadas três tipos de abordagens: revisão de literatura da assistência farmacêutica no Brasil; análise da assistência farmacêutica nos serviços de atenção a saúde; visão e avaliação de alunos de graduação e profissionais farmacêuticos com relação o seu papel frente às atividades de assistência farmacêutica. A partir destes grupos de escritos foi discutido cada tema.

A revisão de literatura consistiu numa análise crítica não sistematizada da evidência científica obtida, a qual foi ampliada durante sua leitura e discussão através da consulta em fontes derivadas das iniciais, bem como através de pesquisa em sites governamentais.

O trabalho foi subdividido em três capítulos, o primeiro aborda os marcos históricos e legais que asseguram a assistência farmacêutica, as principais políticas, como a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF); no segundo capítulo são apresentados estudos de avaliação da assistência farmacêutica que refletem a sua realidade no Brasil; e por fim, são discutidas as percepções dos vários atores envolvidos na assistência farmacêutica.

1 MARCOS HISTÓRICOS E LEGAIS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O processo de construção das políticas de saúde brasileira tem incorporado, nas últimas décadas, regulamentações diversas no âmbito da assistência farmacêutica (AF) dentre as quais se destacam a Política Nacional de Medicamentos, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a regulamentação do financiamento da assistência farmacêutica.

No Brasil, historicamente, o acesso a medicamentos era limitado àqueles que podiam adquiri-los. Posteriormente foi ampliado aos trabalhadores beneficiários do antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O marco inicial da política governamental para medicamentos foi a criação da Central de Medicamentos – CEME, em 1971, com o objetivo de promover e organizar o fornecimento de medicamentos de uso humano a população a preços comuns no mercado. Sua ação se caracterizava por manter uma política focada na aquisição e na distribuição de medicamentos (BRASIL, 2002).

Uma das iniciativas para racionalização da política de medicamentos foi a homologação, em 1975, da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. Antes mesmo da criação da CEME já havia sido abordada a elaboração de uma relação padronizada de medicamentos essenciais que orientava as compras federais, mas apenas naquela ocasião é adotado o nome de RENAME (BRASIL, 2002).

Na mesma década, o abastecimento de medicamentos essenciais foi considerado como um dos oito elementos básicos da atenção primária à saúde na conferência mundial sobre Atenção Primária a Saúde, realizada em Alma-Ata, URSS, em 1978, sob a iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) e participação da United Nations Children's Fund (Unicef) (MARIN et al., 2003).

Em 1988, a CEME organizou o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos. Neste evento, foi apresentado um diagnóstico da situação do setor farmacêutico brasileiro naquela época e dele resultou um documento intitulado Carta de Brasília, onde foi assumido um conceito formal de assistência farmacêutica, com base em um documento elaborado na Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais (ACURCIO, 2003 apud RIECK, 2008):

Trata-se de um conjunto de procedimentos necessários para a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, no nível individual e coletivo, centrado no medicamento, engloba atividades de pesquisa, produção, distribuição [...], dispensação, entendida esta como ato essencialmente de orientação quanto ao uso adequado e de farmacovigilância; [...] tal conceito considera que a assistência farmacêutica não é exclusiva de um único profissional; [...] o farmacêutico ocupa papel chave nessa assistência (BONFIM, MERCUCCI, 1997 apud RIECK, 2008).

Este conceito, que abrange as concepções de saúde do movimento da Reforma Sanitária, busca uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, além de ampliar a assistência farmacêutica para um conjunto de procedimentos centrados no medicamento, de caráter multiprofissional. Pode-se dizer que o I Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos foi um marco que inaugura a reorientação da assistência farmacêutica. Seu diagnóstico serviu de base para as subseqüentes discussões que embasaram a proposta da Política Nacional de Medicamentos, e suas principais diretrizes foram incorporadas a Lei Orgânica da Saúde (LOS) (RIECK, 2008).

Naquele mesmo ano, a promulgação da constituição federal e a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) garantiram a saúde como um direito social e dever do Estado, mediante políticas públicas (BRASIL, 1988).

A regulamentação das políticas de saúde garantidas na Constituição Federal foi estabelecida pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8080/90) que em seu Artigo 6º determina como campo de atuação do SUS, a “formulação da política de medicamentos (...)” e atribui ao setor saúde a responsabilidade pela “execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” (BRASIL, 1990).

A partir daí, o Ministério da Saúde (MS) começou a construir uma nova política de medicamentos. Essa nova ação baseou-se em quatro eixos principais: a) descentralização; b) melhoria dos processos de aquisição centralizados; c) intervenção mais ativa no mercado e d) fortalecimento da produção estatal. Dois fatos marcaram o início de uma revisão da atuação federal: a publicação da Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, em novembro de 1996 e a extinção da CEME em julho do ano seguinte:

A NOB 01/96, efetivamente implantada em 1998, introduz importantes modificações no SUS, principalmente no sentido da descentralização e priorização da atenção básica. O outro fato marcante foi a extinção da CEME, cuja atuação apresentava problemas e cuja cultura centralizadora estava em desacordo com as novas diretrizes da NOB 01/96. Suas atribuições foram assumidas por diversas unidades da estrutura do Ministério da Saúde. Esse foi um passo importante para abrir caminho para as mudanças que se seguiram (BRASIL, 2002).

No ano de 1998, foi publicada a Política Nacional de Medicamentos por meio da Portaria GM/MS n.º 3916, tendo como finalidades principais garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, promover o uso racional dos medicamentos e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 1998).

Seguindo as diretrizes da Lei Orgânica da Saúde, a PNM tornou-se o instrumento norteador no campo de medicamentos no país. Esta política, que tem como base os princípios do SUS, estabelece as seguintes diretrizes gerais (BRASIL, 1998):

- Adoção da relação de medicamentos essenciais;
- Regulação sanitária de medicamentos;
- Reorientação da assistência farmacêutica;
- Promoção do uso racional de medicamentos;
- Desenvolvimento científico e tecnológico;
- Promoção da produção de medicamentos;
- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

A Política Nacional de Medicamentos definiu Assistência Farmacêutica como sendo:

(...)grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 1998).

Também ficou definido que esta política deveria formular diretrizes de reorientação do modelo de assistência farmacêutica, com a definição do papel das três instâncias político-administrativas do SUS. Assim, o nível de gestão municipal, aquele mais próximo da população, seria o responsável pela execução das ações, incluindo a dispensação de medicamentos essenciais, tanto aqueles adquiridos por ele próprio, quanto os repassados por outros níveis de governo. Caberia à gestão estadual a responsabilidade de organização e coordenação das ações de assistência farmacêutica dentro do Estado, além da responsabilidade do provimento de medicamentos de alto custo ou excepcionais (BRASIL, 1998).

Em 1999, foi publicada a Portaria n.º 507/99, estabelecendo que a RENAME fosse regularmente reeditada após sua revisão, acompanhando o desenvolvimento tecnológico e científico. A RENAME é a base fundamental para orientação da prescrição e abastecimento do SUS. Em 2002, por meio da Portaria GM n.º 1.587, foi atualizada e sua 3ª edição, publicada, cumprindo os propósitos da Portaria GM n.º 131/2001 (KORNIS et al., 2008). Suas revisões vêm ocorrendo conforme previsto, sendo que sua última publicação ocorreu através da portaria n.º 1044 em 5 de maio de 2010.

A relação de medicamentos essenciais é um instrumento capaz de delimitar os medicamentos capazes de atender à imensa maioria das necessidades de saúde da população. No entanto, para que este instrumento funcione bem, é preciso que, além de ser regularmente revisada, a entrada ou saída de itens da lista seja isenta de pressões motivadas por interesses econômicos das indústrias (ZAIRE, 2008). No entanto, de acordo com Kornis et al. (2008), as bases epidemiológicas e a inclusão de tratamentos para doenças que acometem uma faixa importante da população são negligenciadas ao mesmo tempo que produtos com alto apelo tecnológico são incluídos devido à forte pressão exercida pela indústria farmacêutica.

No campo do controle social, a 1.ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, realizada em 2003, foi um marco da participação organizada da sociedade na construção de propostas que garantissem a implantação e reestruturação da assistência farmacêutica e da política de medicamentos no âmbito dos estados e municípios. Grande ênfase foi dada ao financiamento público dos medicamentos utilizados no SUS. Várias propostas trataram do acesso do usuário a medicamentos seguros, eficazes, com regularidade, suficiência e orientação para o uso correto (SILVA, 2011).

Neste contexto, ainda em 2003, o Ministério da Saúde instituiu o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE), tendo como principais incumbências: (a) subsidiar a SCTIE na formulação de políticas, diretrizes e metas para as áreas e temas estratégicos, necessários à implantação da Política Nacional de Saúde, no âmbito de suas atribuições; (b) participar da formulação, implementação e coordenação da gestão das políticas nacionais de AF e de Medicamentos; (c) prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional de Estados, Municípios e do Distrito Federal; (d) normatizar, promover e coordenar a organização da assistência farmacêutica, nos diferentes níveis da atenção à saúde, obedecendo aos princípios e às diretrizes do SUS; (e) orientar, capacitar e promover ações de suporte aos agentes envolvidos no processo de assistência farmacêutica e insumos estratégicos, com vistas à sustentabilidade dos programas e projetos em sua área de atuação (ANDRADE FILHO, 2011).

No ano seguinte foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução 338/2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) reforçando a ideia de que a assistência farmacêutica é parte do cuidado à saúde individual ou coletiva, tendo no medicamento o insumo essencial, cujo acesso deve ser garantido com uso racional (VIEIRA, 2010).

A PNAF traz um conceito de maior amplitude, na perspectiva de integralidade das ações, como uma política norteadora para formulação de políticas setoriais, tais como: políticas de medicamentos, ciência e tecnologia, desenvolvimento industrial, formação de recursos humanos, entre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao SUS, envolvendo tanto o setor público como o privado de atenção à saúde (BRASIL, 2006). Neste documento, a assistência farmacêutica é conceituada como:

Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao 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 e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004a).

Quanto a seu financiamento, a assistência farmacêutica se constituiu historicamente dentro do SUS como um suprimento para as ações e serviços de saúde, com baixa ou nenhuma inserção na programação e organização dessas ações e serviços. Entretanto, nos últimos anos a assistência farmacêutica ganhou relevância nas discussões acerca da gestão do Sistema Único de Saúde, à medida que os gestores perceberam a demanda crescente de recursos alocados para a aquisição de medicamentos e a relação com a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2006).

A Portaria GM/MS nº 176/1999 introduziu o financiamento compartilhado pelas três esferas de governo (União, estados e municípios) para aquisição dos medicamentos da atenção básica. Tal inovação trouxe grandes desafios aos municípios na assunção de suas atribuições inerentes ao processo de descentralização da assistência farmacêutica no âmbito da Política Nacional de Medicamentos. Ao longo do tempo, vários ajustes vêm sendo feitos no modelo de financiamento, buscando principalmente, aclarar as responsabilidades quanto aos diferentes grupos de medicamentos, atualizar as listas de produtos e valores e estabelecer mecanismos de gestão e de prestação de contas (SILVA, 2011).

Atualmente, de acordo com a pactuação realizada pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a responsabilidade pela disponibilização dos medicamentos está organizada em três componentes (portaria GM/MS nº 204/2007):

- I- Componente Básico da Assistência Farmacêutica: envolve um grupo de ações desenvolvidas de forma articulada pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para garantir o custeio e o fornecimento dos medicamentos e insumos essenciais destinados ao atendimento dos agravos prevalentes e prioritários da atenção básica.
- II- Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: medicamentos para atendimento de programas estratégicos, adquiridos e distribuídos pelo ministério da saúde:
 - a. Controle da Tuberculose
 - b. Controle da Hanseníase
 - c. DST/AIDS (Doenças Sexualmente Transmissíveis)
 - d. Endemias Focais
 - e. Sangue e Hemoderivados

- f. Alimentação e Nutrição
- g. Controle do Tabagismo

III- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (antigo Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, denominação alterada para pela Portaria GM/MS nº 2.981/2009): sua principal característica é a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde. O acesso aos medicamentos para as doenças contempladas é garantido mediante a pactuação do financiamento entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) foi aprovado por meio da Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009, no sentido de aprimorar e substituir o antigo Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional, entendendo que o mesmo tem uma importância fundamental para o acesso da população brasileira aos medicamentos para agravos importantes, tanto do ponto de vista epidemiológico quanto clínico. Os medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos, com características, responsabilidades e formas de organização distintas:

- I- Medicamentos sob responsabilidade da União - os critérios para definição destes medicamentos foram: a) maior complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente; b) refratariedade ou intolerância à primeira ou à segunda linha de tratamento; c) medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente; d) medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde;
- II- Medicamentos sob responsabilidade dos estados e Distrito Federal - são os que apresentam: a) menor complexidade da doença a ser tratada ambulatorialmente em relação aos elencados no Grupo 1; b) refratariedade ou intolerância à primeira linha de tratamento;

III- Medicamentos sob responsabilidade dos municípios e Distrito Federal - constantes na RENAME vigente e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas.

Tendo em vista que muitas doenças contempladas pelo CEAF requerem, inicialmente, uma abordagem em nível básico da assistência, sua aprovação levou em consideração a abordagem terapêutica na atenção básica. Por isso, sua regulamentação ocorreu de forma integrada com a aprovação da Portaria GM nº 2.982 de 26 de novembro de 2009, que aprova normas de execução e de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica. No ano seguinte esta norma foi atualizada pela Portaria GM nº 4.217/2010, que estabelece um elenco composto por medicamentos integrantes da RENAME, por insumos destinados aos usuários insulino-dependentes e por medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, incorporados ao elenco desde a Portaria GM 2.982/2009 (KORNIS et al., 2008).

Cita-se ainda que a Portaria GM nº 4.217/2010, em seu art. 5º, permite a utilização de um percentual de até 15% (quinze por cento) da soma dos valores dos recursos financeiros estaduais, municipais e do Distrito Federal para atividades destinadas à adequação de espaço físico das farmácias do SUS nos Municípios, à aquisição de equipamentos e mobiliário destinados ao suporte das ações de assistência farmacêutica, e à realização de atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos (BRASIL, 2010).

Como estratégia adicional de universalização do acesso da população aos medicamentos foi criado pelo governo federal, em 2004, o Programa Farmácia Popular do Brasil (BRASIL, 2004b). O programa visa assegurar medicamentos essenciais para o tratamento dos agravos com maior incidência na população, mediante redução de seu custo para os pacientes e a inclusão de usuários assistidos pela rede privada. Inicialmente contava apenas com uma Rede Própria – “Farmácias Populares” – estabelecida em parceria com os Estados, Distrito Federal, Municípios e hospitais filantrópicos, atualmente também engloba a rede privada de farmácias e drogarias, por meio de parceria firmada pelo convênio “Aqui Tem Farmácia Popular” (BRASIL, 2011).

A demanda por serviços farmacêuticos intensificou-se nas Unidades de Saúde da Família (USF) depois da publicação da Portaria GM 648/2006, que tornou

a Saúde da Família estratégia prioritária para organização da atenção básica. No ano seguinte, o Ministério da Saúde propôs o programa “MAIS SAÚDE”, por meio do qual estabeleceu a criação de 1.500 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, o que se tornou uma realidade com a publicação da Portaria GM 154/2008. Esta iniciativa tem ampliado o número de componentes vinculados às equipes de saúde da família, reunindo diversos profissionais da área de saúde, dentre eles o farmacêutico (CFF, 2009).

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia (2009), durante o processo de municipalização da assistência farmacêutica básica, os Municípios devem assumir o compromisso de estruturarem esta área para desenvolver as atividades que lhe são pertinentes. Trata-se de uma atividade multidisciplinar, porém a sua coordenação deve estar sob a responsabilidade do profissional que tem a formação acadêmica compatível e a atribuição legal para exercê-la: o farmacêutico.

Neste sentido, está em trâmite no Congresso Nacional o Projeto de Lei que torna obrigatória a contratação de farmacêuticos em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS) que disponham de farmácias ou dispensários de medicamentos. A medida foi votada no dia 13 de junho de 2012 na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), no Senado¹.

De acordo com o texto apresentado o dispositivo que torna obrigatória a presença de farmacêutico em unidades do SUS deve ser inserido na Lei Orgânica do SUS (Lei 8.080/1990), o seu capítulo VIII, do Título II, passa a vigorar acrescido do artigo 19-V. “Os serviços de saúde do SUS que disponham de farmácia ou dispensário de medicamentos ficam obrigatoriamente sujeitos à assistência técnica prestada por profissional farmacêutico inscrito no respectivo Conselho Regional de Farmácia”¹.

Tal projeto de lei só reforça a necessidade de reconhecer que o farmacêutico é essencial nas farmácias e dispensários de medicamentos do SUS. Sua presença garante a informação ao paciente quanto ao uso correto de medicamentos e pode promover economia aos cofres públicos na gestão correta dos medicamentos. Em seu voto favorável, a Relatora, Senadora Ana Amélia (PP-RS), observou que a

¹ Disponível em <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=828&titulo=PLS+que+obriga+contrata%C3%A7%C3%A3o+de+farmac%C3%AAutico+no+SUS+%C3%A9+aprovado+em+turno+suplementar%2C+no+Senado>>. Acesso em 14 de junho de 2012.

assistência farmacêutica no âmbito do SUS deve ter a mesma importância que as outras ações de saúde, contando com profissionais habilitados:

Da mesma forma que não se considera razoável transferir para outra categoria profissional a responsabilidade do médico de realizar o diagnóstico clínico e prescrever o tratamento adequado, também, não é razoável permitir que outro profissional assuma a responsabilidade pela realização das atividades de assistência farmacêutica nas unidades do SUS².

Dentre os fatos mais recentes no campo da gestão da assistência farmacêutica pode-se destacar o desenvolvimento do HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica, lançado em 03 de dezembro de 2009, em Brasília. O sistema tem como objetivo contribuir com a gestão da assistência farmacêutica, por meio da informatização dos almoxarifados/Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e farmácias/unidades de saúde para auxiliar no planejamento, monitoramento e avaliação das ações da assistência farmacêutica e, desde abril de 2010, o HÓRUS passou a ser disponibilizado, por adesão, aos municípios brasileiros³.

A fim de atender as singularidades relativas à dispensação de medicamentos, o HÓRUS foi configurado para gerenciar e reunir as informações dos três componentes da assistência farmacêutica: Componente Básico, Estratégico e Especializado. Seu último módulo, o HÓRUS-Especializado teve sua fase piloto iniciada em junho de 2011, na Secretária Estadual de Saúde (SES) do Distrito Federal. Em julho de 2011, a SES/DF tornou-se o primeiro estado a contar com o Hórus-Especializado para gestão da assistência farmacêutica no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica⁴.

Outro fato bastante relevante, ocorrido em abril de 2012, foi o lançamento do Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (Qualifar-SUS) destinado a qualificar a gestão dos serviços farmacêuticos no SUS. A ação foi pactuada durante reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e tem

²Disponível em <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=828&titulo=PLS+que+obriga+contrata%C3%A7%C3%A3o+de+farmac%C3%AAutico+no+SUS+%C3%A9+aprovado+em+turno+suplementar%2C+no+Senado>>. Acesso em 14 de junho de 2012

³ Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=34372>. Acesso em 25 de maio de 2012.

⁴ Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=37923>, acesso em 25 de maio de 2012.

o objetivo de aprimorar a distribuição de medicamentos, principalmente em localidades de maior pobreza, ampliando e tornando mais eficiente o acesso da população a esses produtos. O programa vai ser executado por meio de quatro eixos – cuidado, educação, estrutura e informação - e vai incluir ações de estruturação física dos serviços de assistência farmacêutica, de capacitação e de aprimoramento dos processos e práticas de trabalho adotado pelas gestões locais.

O primeiro eixo pactuado foi o Eixo Estrutura. Para o ano de 2012, o Ministério da Saúde apoiará financeiramente 453 municípios que representa vinte por cento (20%) dos municípios com população em situação de extrema pobreza constantes no Programa Brasil Sem Miséria até 100.000 habitantes [...] mais de 1.300 municípios aderiram ao Sistema Nacional de Assistência Farmacêutica (HORUS), mas precisam de apoio para estruturar os serviços e utilizar efetivamente o Sistema. “É o olhar diferenciado do gestor para o uso racional de medicamentos e a tomada de decisão na Assistência Farmacêutica”[...] o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica faz parte dos objetivos estratégicos do Ministério da Saúde [...] "Os gestores terão o mesmo nível de informação para embasar suas decisões"⁵.

Nota-se que, desde a aprovação da Política Nacional de Medicamentos, a regulamentação da assistência farmacêutica no Brasil vem se desenvolvendo, prosseguindo num complexo processo de estruturação no âmbito do SUS. De acordo com Kornis et al. (2006), após análise da legislação sanitária no período compreendido entre 1990 e 2006, 68% dos dispositivos legais orientados para a regulação do setor farmacêutico foi editado no período compreendido entre 2000 e 2006, o mesmo estudo ainda aponta que a maioria destes dispositivos esteve vinculada aos processos organizativos da gestão, financiamento e regulação do setor farmacêutico.

Nota-se que a estrutura legislativa de medicamentos pode ser considerada bastante abrangente. No entanto, estes avanços devem ser analisados de forma crítica, pois muitos ajustes ainda precisam ser feitos. As instituições públicas ainda estão se adequando a esses novos termos e responsabilidades, sobretudo àquelas descentralizadas como os municípios. A reorientação da assistência farmacêutica tem sido realizada todos os dias, através da qualificação de recursos humanos e ferramentas (KORNIS et al., 2008; ALENCAR, NASCIMENTO, 2011).

⁵ Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=40161>. Acesso em 08 de junho de 2012.

2 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Apesar de todas as esferas de governo serem co-responsáveis na garantia do desenvolvimento e aprimoramento das atividades de assistência farmacêutica, na maioria das vezes, é no âmbito municipal onde se concretizam os componentes do ciclo da AF: seleção, programação, aquisição, armazenamento, transporte, prescrição, dispensação e uso dos medicamentos. Diante deste fato, os municípios devem incorporar como elemento estratégico ao processo gerencial a cultura avaliativa para permitir um diagnóstico da situação com maior segurança e poder planejar as ações de maneira eficiente (CORREIA et al., 2009).

Na saúde, a avaliação compreende um processo de emissão de juízo de valor aplicado aos serviços, programas e atividades. A discussão sobre a avaliação em saúde teve destaque no mundo com a introdução da “avaliação da qualidade”, descrita por Donabedian, na década de 80, tornando-se o referencial teórico mais utilizado para esta finalidade. Tal concepção baseia-se na análise da estrutura, do processo e dos resultados obtidos, os quais podem ser mensurados através de indicadores, dando uma noção de todo o serviço, sistema ou programa que está sendo avaliado (CARVALHO, 2007; CORREIA et al., 2009).

De acordo com Donabedian (1984, apud OPAS, 2005), por estrutura, entendem-se as características relativamente estáveis dos provedores da atenção, os instrumentos e recursos que têm ao seu alcance e os lugares físicos e organizacionais onde trabalham. O conceito de estrutura inclui os recursos humanos, físicos e financeiros de que se necessita para proporcionar a atenção.

O processo de atenção pode ser compreendido como a série de atividades desenvolvidas entre profissionais de saúde e pacientes durante as etapas do cuidado. Um juízo acerca da sua qualidade pode ser feito por meio de observação direta ou da revisão da informação registrada, o que permite uma reconstrução com certo grau de precisão de como está seu funcionamento. A base para a atribuição de valor da qualidade é o conhecimento acerca da relação entre as características do processo de atenção e suas conseqüências para a saúde e bem estar dos indivíduos e da sociedade, de acordo com o que eles compreendem por saúde e bem estar (DONABEDIAN, 1984, apud OPAS, 2005).

A abordagem por meio dos resultados em saúde será a diferença entre um estado atual e um estado futuro da saúde do usuário, que se possa atribuir a um dado processo de cuidado (DONABEDIAN, 1984, apud OPAS, 2005). Segundo Marin et al. (2003), o objetivo do cuidado pode ser a prevenção, a cura da doença ou a interrupção de sua progressão, a restauração da capacidade funcional ou o alívio da dor e do sofrimento, além da satisfação do paciente. Assim, o sucesso dos cuidados e, portanto, sua qualidade, poderá ser medida pelo alcance desses resultados.

Os indicadores são instrumentos que possibilitam comparar o desempenho de programas, atividades e serviços entre regiões ao longo de períodos de tempo. A sua escolha pode ficar na subjetividade do avaliador, consenso de profissionais ou estabelecidos por critérios científicos (CORREIA et al., 2009).

A abordagem proposta por Donabedian diz respeito ao processo geral de cuidado e, quando se fala de um componente específico das ações em saúde, como, por exemplo, a assistência farmacêutica, há diferentes níveis de compreensão das consequências das estruturas e processos envolvidos como interesse avaliativo. Logo, a classificação de um indicador relativo à estrutura, ao processo ou ao resultado pode ter variações de acordo com as características do subsistema que está sendo focalizado na avaliação (OPAS, 2005).

Freitas e Nobre (2011), por exemplo, ao realizarem a avaliação da AF em um município de pequeno porte no estado do Ceará, traçaram em sua metodologia a utilização de indicadores preconizados pela OMS (Indicators for Monitoring National Drug Policies), mas tiveram dificuldade na sua implementação devido a limitações de ordem operacional, que se relacionavam com as diferenças dos serviços e desigualdades loco-regionais, interferindo na sistemática de obtenção dos dados. Por se tratar de um município de pequeno porte, para o monitoramento foi necessário discutir e definir quais indicadores seriam aplicados, fontes de coleta, sistema de registro de dados, regularidade da informação e outros aspectos político-técnico-operacionais.

A discussão na escolha dos indicadores é etapa essencial no processo de avaliação em saúde. Isto foi bem demonstrado por Correia et al. (2009), que tiveram o objetivo de definir indicadores de avaliação da AF em nível de Macro e Microgestão no município de Fortaleza-CE. Este estudo foi bastante interessante por combinar a fundamentação teórico-científica com métodos de consenso. Conforme

preconizado, a definição de indicadores foi resultado de um amplo processo de discussão entre os diversos profissionais envolvidos com as atividades e serviços a serem avaliados, resultando na escolha de indicadores adequados de acordo com a complexidade dos serviços (CORREIA et al., 2009).

Vários estudos de avaliação da AF em diferentes municípios brasileiros têm adotado a classificação definida por Donabedian. Mesmo cientes da necessidade de avaliação de serviços, ainda são poucos os municípios brasileiros que têm um programa de avaliação contínua da AF, e os trabalhos nesta área, muitas vezes, são pontuais e avaliam alguns componentes do ciclo da AF ou fazem uso dos indicadores preconizados pela OMS. Alguns parâmetros da assistência farmacêutica têm indicadores que são comuns a estes estudos, entretanto, a grande maioria varia conforme as diferentes realidades que se tenta refletir, o que dificulta a comparação entre os estudos publicados (CORREIA et al., 2009).

Em fim, o processo de avaliação em saúde é algo essencial para o processo decisório na gestão pública, incluído aí o processo de assistência farmacêutica, no entanto, é possível afirmar que a participação efetiva destes processos de avaliação nas grandes decisões políticas para a área da saúde não tem sido observada. No Brasil há ainda a carência de profissionais experientes no campo da avaliação e uma baixa institucionalização desse campo (OPAS, 2005).

Esta revisão de literatura abrangeu vários estudos de avaliação da assistência farmacêutica no Brasil, desde estudos multicêntricos, em vários estados da nação, até pesquisas locais, a nível municipal. Foi observada, em sua maioria, a utilização de indicadores nos processos metodológicos, mas também foram encontrados métodos de observação, dialéticos e pesquisas de opinião. Estes últimos revelam detalhes e depoimentos interessantes dos vários atores envolvidos na assistência farmacêutica, enquanto aqueles denotam a situação geral da organização do serviço.

Tanto a forma de abordar a avaliação da AF, tanto a quantidade de aspectos verificados variaram muito entre os estudos revisados. Diante desta realidade, foi difícil comparar os resultados, logo, tentou-se narrar os principais achados de forma ordenada, iniciando-se pelos aspectos organizacionais da assistência farmacêutica, seguidos pela análise da série de atividades interligadas e dependentes que contribuem para a integralidade de suas ações, como a seleção, programação,

aquisição, armazenagem, e dispensação. Ao final foram abordados separadamente alguns estudos de destaque.

2.1 Aspectos Organizacionais

Estudos apontam um alto grau de informalidade da coordenação da assistência farmacêutica municipal. Esta coordenação, simplesmente, não existe dentro do organograma das Secretarias de saúde, ou existe de maneira informal, e nestes casos, tem pouco grau de autonomia (BARRETO, GUIMARÃES, 2010). No estado do Amazonas, por exemplo, Moura (2010) constatou que em apenas 63% dos municípios estudados (n=54) a AF era contemplada no Plano Municipal de Saúde.

Situação crítica foi encontrada por Andrade Filho (2010), ao analisar a rede de assistência farmacêutica no município de Tabira, no estado de Pernambuco, onde constatou que não há políticas de AF na região. De acordo com o autor, não existe Centrais de Abastecimento Farmacêutico, não há políticas de financiamento específicas e o município não atende aos critérios de programas de financiamento do governo federal. Faltam investimentos e acima de tudo projetos para implantação da AF na região, não havendo, portanto, registros da situação em documentos do governo.

Tais situações refletem o baixo reconhecimento dos gestores públicos da importância dos serviços farmacêuticos no âmbito da atenção a saúde. Fato um tanto quanto paradoxal, pois os gastos com medicamentos representam uma parcela considerável dos gastos em saúde, e o farmacêutico é o profissional preparado para atuar no sentido de melhorar a eficiência financeira deste setor (CARVALHO, 2007; TCU, 2010).

Problemas relacionados aos recursos humanos que atuam na assistência farmacêutica municipal são comuns. A carência de Farmacêuticos também pode estar relacionada à capacidade financeira dos municípios, principalmente aqueles de pequeno porte. Nas Unidades Básicas de Saúde, muitas vezes, o serviço é executado por enfermeiros e outros profissionais sem formação na área (BERNARDI et al., 2006; OLIVEIRA et al., 2010; FREITAS, NOBRE, 2011).

Em seu estudo, realizado em um município do Estado da Bahia, Oliveira et al. (2010) aponta que apenas três de vinte e seis Unidades Básicas de Saúde (UBS)

pesquisadas tinham o profissional farmacêutico presente, média de 0,115 farmacêuticos por unidade, ou ainda um farmacêutico por 34.000 habitantes, quando a recomendação da OMS é de um farmacêutico por 20.000 habitantes. Essas três UBS também foram as que apresentaram profissional exclusivo para o armazenamento, controle de estoque e distribuição de medicamentos. Nas demais unidades, essas atividades eram divididas entre os diversos componentes das equipes do PSF; em 92,3% das unidades elas eram desenvolvidas por dois ou mais trabalhadores, dos quais apenas 30,8% haviam tido algum tipo de capacitação sobre as atividades de AF nos últimos cinco anos.

A falta de inserção do farmacêutico nas equipes de saúde da família e a pouca atenção dispensada pelos gestores municipais às questões de organização e estruturação da AF pode comprometer a qualidade da assistência. Neste aspecto, o medicamento pode até ser entregue, mas o usuário não tem garantias de sua qualidade, além de não receber, ou receber parcialmente, as informações necessárias para a adequada farmacoterapia.

2.2 Seleção

A seleção é entendida como um processo de escolha de medicamentos eficazes e seguros, imprescindíveis ao atendimento das necessidades de uma dada população, com base em critérios fármaco-epidemiológicos e fármaco-econômicos pré-definidos, e também na estrutura dos serviços de saúde, com a finalidade de garantir uma terapêutica medicamentosa de qualidade nos diversos níveis de atenção à saúde, sendo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) o documento oficial de referência nacional (MARIN et al., 2003; ALENCAR, NASCIMENTO, 2011).

As listas de medicamentos essenciais devem ser atualizadas periodicamente no sentido de acompanhar as variações de determinantes como perfil epidemiológico da população, o processo dinâmico da indústria farmacêutica com a introdução e a modificação de novos fármacos, além disto, os avanços terapêuticos e tecnológicos são justificativas plausíveis para a necessidade de constantes revisões. Neste sentido, é interessante que todas as esferas do governo, bem como os serviços de saúde elejam uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), que é uma instância colegiada, de caráter consultivo e deliberativo que deve garantir um

caráter multidisciplinar e dinâmico ao processo de seleção de medicamentos (ALENCAR, NASCIMENTO, 2011).

A CFT, conforme seu caráter multidisciplinar, deve integrar todas as classes profissionais envolvidas no processo de atenção a saúde no sentido de discutir a lista de medicamentos essenciais. No entanto, estudos como o de Alencar e Nascimento (2011), realizado em um município do Estado da Bahia, notaram que a seleção de medicamentos não ocorria como um processo dinâmico, constante e coletivo, uma vez que, na prática, essa seleção se apresentava como uma simples adaptação de listas de medicamentos já existentes ou, quando muito, apareciam como discussões pontuais, apesar de existir uma CFT no município. Os dados encontrados revelaram que as ações da CFT refletem um descompromisso dos representantes e também em pouca resolutividade das ações que seriam de sua competência. De acordo com os depoimentos, existe uma desarticulação e não efetividade do trabalho entre os componentes da Comissão ao revelarem que, na prática, as reuniões não têm ocorrido de maneira regular, prejudicando a realização das atividades. Depoimentos dos usuários revelaram que alguns deles necessitam de medicamentos que não são oferecidos pelo município, e demonstram ainda insatisfação com o serviço oferecido pelo SUS.

Panstein e Weber (2010), ao realizarem uma pesquisa de opinião acerca da assistência farmacêutica em município do Rio Grande do Sul, revelaram o seguinte:

Quanto à participação dos médicos prescritores da rede pública de saúde, no município de Jaraguá do Sul, na construção da REMUME, pode-se verificar que, 93%, ou 43 médicos, não participaram da seleção dos medicamentos básicos da Relação Municipal de Medicamentos Básicos. Somente a percentagem de 7%, ou 3 médicos, afirmaram ter participado da elaboração da lista. Desta maneira, fica evidente que o fluxo de informações entre os médicos prescritores e os gestores da AF referente à REMUME é baixíssimo para o desenvolvimento de uma gestão racional de recursos e medicamentos em Jaraguá do Sul.

Bernardi et al. (2006), em pesquisa que avaliou a AF em vinte municípios do Rio Grande do Sul, a maioria de pequeno porte, verificaram que em apenas três deles possuíam a relação de medicamentos essenciais exposta em local adequado. Tudo indica que existe um grande desconhecimento sobre a lista e a sua utilidade para os usuários do serviço.

Martins et al. (2008), observaram, em um município do estado de Santa Catarina, que a REMUME não era periodicamente atualizada, nem existia uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) para avaliar as necessidades de implementação dessa lista, bem como, a elaboração de formulários farmacoterapêuticos e de protocolos clínicos e, nem tão pouco, dados epidemiológicos a respeito do consumo de medicamentos no município.

A desarticulação entre os profissionais envolvidos na assistência farmacêutica, principalmente, na etapa de seleção, resulta em prejuízo para o uso racional de medicamentos; nem os medicamentos adquiridos refletirão as necessidades da população, nem tampouco os prescritores conhecerão o arsenal terapêutico disponível para os tratamentos farmacológicos. Por isto é essencial a discussão de protocolos clínicos padronizados bem como as linhas de tratamento farmacológico correspondentes.

Alguns municípios, como Mombança, no Estado do Ceará, apesar de não dispor da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), realizam compra centralizada de medicamentos para a atenção básica, através da Programação Pactuada Integrada. Anualmente a Política Estadual de AF para a assistência básica é rediscutida e aprovada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com seleção do elenco a partir da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME). Posteriormente, são realizadas oficinas de programação, com farmacêuticos dos municípios envolvidos no processo, com apoio estrutural das microrregionais de Saúde (FREITAS, NOBRE, 2011). Este tipo de situação não reflete a organização desejada pela normatização do SUS, no entanto, demonstra racionalidade do planejamento das ações em saúde.

2.3 Programação

A programação “tem como objetivo garantir a disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender as necessidades da população. A programação deve ser ascendente, levando em conta as necessidades locais de cada serviço de saúde” (BRASIL, 2006). São requisitos da programação: dispor de dados de consumo e de demanda de cada produto, incluindo sazonalidades e estoques existentes, considerando períodos de descontinuidade; sistema de informação e de gestão de

estoques eficientes; perfil epidemiológico local; dados populacionais; conhecimento da rede de saúde local; recursos financeiros para definir prioridades e executar a programação; mecanismos de controle e acompanhamento (MARIN et al., 2003).

Nota-se que a programação é uma atividade associada ao planejamento que necessita da contribuição dos diferentes sujeitos, por meio dos diferentes saberes, práticas e conhecimentos que, integrados numa perspectiva coletiva, possibilitem a efetivação de ações que assegurem o direito à saúde. A atividade mais comumente relatada quanto a esta etapa é o uso de planilhas para acompanhamento da demanda atendida e reprimida, consumo médio, entre outros, no entanto, a programação e planejamento vão além desta simples observação, pois é um processo dinâmico em que seu objeto de trabalho deve ser analisado criticamente pelos vários sujeitos (MARTINS et al., 2008; ALENCAR, NASCIMENTO, 2011).

Canabarro e Hahn (2009) avaliaram a AF em quinze PSF de um município do Rio Grande do Sul, neste estudo foi constatado que em nove das unidades, o enfermeiro era o responsável pelo controle de estoque de medicamentos, além de todas as atribuições inerentes à sua profissão. Tal atividade requer tempo e profissional habilitado. Além disso, a ausência de registros de controle de estoque de medicamentos ou a existência de registros incompletos poderiam dificultar a distribuição dos produtos conforme a demanda de cada unidade. Por meio deste estudo, observou-se que sete unidades recebiam medicamentos mensalmente, sendo que em seis destas a quantidade recebida não atendia à elevada demanda de 600 pacientes/unidade/mês. Embora a solicitação de medicamentos fosse realizada conforme a necessidade de estoque de produtos levantada pelos profissionais responsáveis pelos medicamentos em cada unidade, a quantidade recebida não atendia à demanda solicitada.

A ausência do farmacêutico na programação, segundo Marin et al. (2003) pode desencadear uma série de problemas para a gestão da assistência farmacêutica propiciando o predomínio da improvisação e da não observância de recomendações técnicas. Barreto e Guimarães (2010), em estudo realizado em dois municípios baianos, apontam a inexistência ou o baixo grau de autonomia decisória das coordenações de AF municipais como fatores condicionantes dessa situação. No entanto, destaca que o grau de influência das coordenações farmacêuticas depende de iniciativas do profissional farmacêutico, ou de seu comprometimento com o trabalho. Fica claro que o reconhecimento da importância deste profissional

dentro da assistência a saúde não só depende da vontade política dos chefes do executivo, mas também do seu autoconhecimento e determinação na execução de suas atividades.

2.4 Aquisição

De acordo com o Ministério da Saúde, a aquisição deve abranger:

[...] um conjunto de procedimentos articulados pelas quais se efetiva o processo de compra de medicamentos estabelecidos pela programação, de forma a garantir o suprimento das unidades de saúde em quantidade, qualidade e menor custo/efetividade, com a finalidade de manter a regularidade e o funcionamento do sistema (ALENCAR, NASCIMENTO, 2011).

O desenvolvimento, nos últimos anos, da política de financiamento da assistência farmacêutica tem facilitado a disponibilização de recursos para aquisição de medicamentos essenciais. No entanto, dados do sistema informatizado para a prestação de contas dos recursos financeiros do Programa de Incentivo a Assistência Farmacêutica Básica revelam que os recursos não estão sendo aplicados na sua totalidade, enquanto faltam medicamentos para atenção básica. A falta de orientação do pessoal envolvido no processo de aquisição resulta em aberrações administrativas como a compra de medicamentos da atenção básica com recursos destinados a outros fins, e falta de aplicação da contrapartida federal para esta finalidade (BARRETO, GUIMARÃES, 2010):

O setor financeiro estava pagando os medicamentos da farmácia básica com outra fonte de recursos, nem estava utilizando os recursos da farmácia básica. Porque eles não sabiam [...] (Informação verbal).

Conforme exposto, a falta de recursos não pode ser justificativa para a falta de abastecimento nas unidades de saúde. É ressaltada aqui, a importância da articulação entre as equipes de trabalho responsáveis pelas etapas do ciclo da AF no sentido de atuarem juntos em prol da coletividade. O trecho de uma entrevista relatada no estudo de Alencar e Nascimento (2011) retrata bem isto:

[...] Minha maior atividade era sentar com esse pessoal todo junto, setor do almoxarifado, Assistência Farmacêutica, contabilidade e setor de compras. Colocava todo mundo em volta da mesa e estava identificando essas falhas. Então eu dizia: gente não está faltando dinheiro pra comprar medicação, por que é que está faltando medicação? Toda reunião começava assim: Não faltou dinheiro, eu não recusei comprar medicação, não neguei nenhum pedido que veio, por que então faltou medicação? Então eu sempre perguntava isso. Um olhava pro outro e aí a gente acabava descobrindo, verificando o que exatamente houve [...]

A administração precária dos processos de aquisição também foi observada no estudo de Canabarro e Hahn (2009) onde observaram morosidade nos processos de licitação para compra de medicamentos na rede pública, o que frequentemente atrasava o abastecimento de todos os postos de distribuição existentes no município.

Os planos de assistência farmacêutica são ferramentas essenciais para convergir as ações das diferentes equipes de trabalho envolvidas, pois não se pode aceitar equívocos de servidores como “obstáculos” para a garantia da assistência farmacêutica integral.

2.5 Armazenamento

Segundo o manual do Ministério da Saúde (apud FREITAS, NOBRE, 2011) Boas Práticas para Estocagem de Medicamentos, os produtos devem ser armazenados obedecendo às condições técnicas ideais de temperatura, umidade e luminosidade, visando assegurar a conservação das características físicoquímicas, microbiológicas, toxicológicas e terapêuticas dos mesmos.

O armazenamento “é caracterizado por um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que envolvem as atividades de recebimento, estocagem, segurança e conservação dos medicamentos, bem como o controle de estoque” (BRASIL, 2006).

A armazenagem dos medicamentos ocorre na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), local destinado à guarda exclusiva de medicamentos. Sua principal atividade consiste em acondicionar os medicamentos adquiridos de acordo com a programação realizada. Além disto, o controle de estoque é uma atividade inerente a armazenagem, cujo objetivo é garantir um adequado suprimento dos

produtos para o atendimento das demandas, no sentido de evitar excessos ou desabastecimentos nos estoques, bem como perdas (ALENCAR, NASCIMENTO, 2011).

A maior parte dos estudos revisados neste trabalho apresentaram resultados negativos quanto às condições de armazenamento dos medicamentos. Avanços têm sido observados na estruturação das CAF, mas deve-se observar que os medicamentos também são armazenados nas unidades descentralizadas, como as Unidades Básicas de Saúde, onde são observadas as piores condições (BERNARDI et al., 2006; SILVA JUNIOR, 2006; CANABARRO, HAHN, 2009; OLIVEIRA et al., 2010; BARRETO, GUIMARÃES, 2010; TCU, 2010; FREITAS et al., 2011).

Alencar e Nascimento (2011), através de estudo, relataram que a maioria das USF pesquisadas não apresentava uma área específica destinada à farmácia, mas sim armários onde eram guardados os medicamentos ou, até mesmo, salas aproveitadas para acondicioná-los, diante da insuficiência dos espaços nos armários. As salas, inclusive, não atendiam aos critérios de boas práticas de armazenamento, havendo, visivelmente, excesso de luminosidade, pouca higienização e presença de insetos como aspectos mais críticos. É importante citar também que as equipes destas unidades descentralizadas não visualizam o armazenamento e controle de estoque de medicamentos dentro do rol de suas responsabilidades, de maneira que só se organiza o local destinado à guarda de medicamentos quando “sobra um tempinho”.

Oliveira et al. (2010), também apresentaram resultados semelhantes ao perceberem, em sua pesquisa, que os locais de armazenamento e dispensação de medicamentos, em geral, possuíam área física pequena, com pouca ventilação e sem proteção contra entrada de roedores e pragas, além disto não havia regularidade no registro e controle da temperatura e umidade do ar do ambiente.

Da mesma forma que o CAF, geralmente, apresenta melhores condições de armazenamento que as unidades descentralizadas, o controle de estoque de medicamentos também é mais bem administrado. Os resultados do estudo de Freitas e Nobre (2011) mostram que todas as USF do município pesquisado realizavam controle manual de estoque, enquanto na CAF o controle era informatizado. Oliveira et al. (2010), obtiveram resultado semelhante, constatando que apenas 3,8% das UBS adotavam sistema informatizado com software próprio

para controle de estoque, cita-se ainda que 96,2% das unidades não demonstraram sistemática para prever a demanda de medicamentos para reposição de estoque.

Sabe-se que o controle de estoque pode auxiliar as etapas de programação e aquisição de medicamentos, impedindo um possível desabastecimento (garantindo a regularidade do sistema), ou superposição de estoque (evitando perdas). Seja qual for a sua forma de execução, por meio de fichas ou através de sistema informatizado, em ambos deve refletir a real movimentação de entrada e saída dos insumos farmacêuticos.

Nota-se que a etapa “armazenamento” é de grande relevância para o ciclo da AF, pois influencia na disponibilização de medicamentos em qualidade, quando exige a manutenção dos produtos em condições adequadas; e quantidade, quando realiza o controle de estoque alimentando a etapa “programação”.

2.6 Dispensação

O fim de todo o ciclo da assistência consiste na dispensação do medicamento, que é o ato farmacêutico de aviar os medicamentos requisitados pelo prescritor, informando e orientando o paciente sobre seu uso adequado. A dispensação também representa o momento ímpar que o farmacêutico deve mostrar o seu diferencial em promover o uso racional de medicamentos e uma das últimas oportunidades de, ainda dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica medicamentosa (MARIN et al., 2003).

A comunicação com o paciente terá como finalidades principais o aconselhamento e a educação quanto ao uso e cuidados corretos do medicamento e quanto aos procedimentos de otimização da terapêutica e a promoção da adesão, com a consequente melhoria da eficiência do tratamento e redução dos riscos. Consiste em um ato profissional importante, que envolve questões técnicas, humanas e éticas. Infelizmente, em nossa realidade atual, nem sempre se contará com profissional farmacêutico para a totalidade dos atendimentos (MARIN et al., 2003).

Bernardi et al. (2006), em pesquisa realizada no Rio Grande do Sul, relatam que, no momento da realização do trabalho, ainda que fosse obrigatório ter um farmacêutico responsável técnico em todas as farmácias da rede municipal, isso não ocorria. Naquelas que havia contratação do farmacêutico, este profissional

respondia por várias atividades além da AF, como vigilância sanitária e laboratório de análises clínicas, no final das contas, a “dispensação” de medicamentos que ocorria apenas na unidade central, geralmente, era desempenhada por outro profissional. Em geral, o farmacêutico respondia pela supervisão e pelo controle burocrático da farmácia.

A realidade apresentada no campo de estudo é contraditória, uma vez que a dispensação não se apresenta como uma atividade do farmacêutico, como também não é uma prática transformadora e colaborativa no modelo de atenção à saúde, defendido pelo Sistema Único de Saúde, tanto que em muitos artigos cita-se que ocorre a “entrega” do medicamento. Encontra-se uma “dispensação” realizada por trabalhadores sem formação para tal, que desenvolvem várias outras atividades na unidade de saúde, conforme pode ser observado em trecho de depoimento da pesquisa de Alencar e Nascimento (2011):

Despacho remédio, marco consulta, marco a agenda do médico e da enfermeira, marco puericultura, planejamento, preventivo [...] [Faço] Tudo, tudo. Curativo, teste do pezinho, peso das crianças, distribuição de medicamentos, solicitação de medicamentos [...]

Martins et al. (2008), em seu estudo, observou que o processo de dispensação ocorria mediante a apresentação de prescrições ou do cartão de controle de medicamentos. No entanto, não havia registro das dispensações de medicamentos. E quanto às informações repassadas no momento da dispensação, essas se limitavam às informações contidas nas prescrições médicas, o que nem sempre é suficiente para o uso racional de medicamentos.

Canabarro e Hahn (2009) observaram que em onze de quinze equipes de saúde da família pesquisadas era o médico quem distribuía os medicamentos aos pacientes e os orientava sobre sua utilização. Entretanto, neste estudo não foi realizada nenhuma investigação quanto ao tipo e/ou qualidade e eficácia da orientação prestada aos pacientes.

Segundo o item 6.1 da Resolução n.º 328, de 22 de julho de 1999, o farmacêutico é o profissional responsável pela supervisão da dispensação de medicamentos e que possui conhecimento científico específico para tal atividade, não subestimando qualquer outro profissional da área da saúde, que também possui suas atribuições específicas e intransferíveis. Além disso, são inerentes ao

profissional farmacêutico as seguintes atribuições, conforme item 6.2 da Resolução n.º 328: estabelecer critérios e supervisionar o processo de aquisição de medicamentos e demais produtos; assegurar condições adequadas de conservação e dispensação dos produtos; manter a guarda dos produtos sujeitos a controle especial de acordo com a legislação específica; prestar assistência farmacêutica necessária ao consumidor; promover treinamento inicial e contínuo dos funcionários para a adequação da execução de suas atividades, entre outras (BRASIL, 1999).

A OMS reconhece o farmacêutico enquanto dispensador de atenção sanitária, salientando que os benefícios da Atenção Farmacêutica devem ser direcionados ao paciente e à comunidade por meio de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Logo, considerando que a dispensação consiste em ato do profissional farmacêutico, reconhece-se a necessidade de incorporá-lo às equipes de saúde e que este profissional conheça as condições de vida e de saúde da população adstrita ao seu local de trabalho (CANABARRO, HAHN, 2009).

2.7 Estudos multicêntricos de avaliação da Assistência Farmacêutica

Rieck (2008) analisou a gestão da assistência farmacêutica no âmbito estadual, como subsistema do SUS. A pesquisa, realizada em dezenove estados, revelou uma visão reducionista, com priorização das atividades operacionais em detrimento de atividades de caráter gerencial e de articulação, que interagem mais focalizados em aspectos operacionais do que na qualificação dos recursos, e pouco dominam tecnicamente os processos de trabalho. A avaliação contemplou três aspectos, a gestão da assistência farmacêutica, estruturação do ciclo da assistência farmacêutica e o gerenciamento dos medicamentos por fonte de financiamento. Seguem as observações mais relevantes:

- Foi observado que as Unidades Federativas não executam a assistência farmacêutica como uma política de Estado, o gerenciamento tem grande alternância de coordenação, com descontinuidade de ações, que resulta em deficiência no planejamento, na qualificação dos recursos humanos e na articulação das ações com os outros setores. O fato é que há um emaranhado de ações desordenadas que não são avaliadas nem monitoradas e que se restringem aos serviços operacionais;

- Ainda é baixo o número de estados que realizam um processo de discussão da Política Estadual de Assistência Farmacêutica. Os Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica parecem ser apresentados a União apenas por força da sua exigência para financiamento dos medicamentos, caracterizando-se apenas como instrumento convencional; tal fato prejudica o estabelecimento e cumprimento de metas, evidenciado pelo desconhecimento do documento por alguns gestores;
- As atividades do ciclo da assistência farmacêutica são realizadas com base no empirismo, ignorando aspectos técnicos e legais para o seu desenvolvimento. Os processos de programação e aquisição são inadequados, a seleção de medicamentos não segue recomendações técnicas, sendo direcionada apenas pelo seu cunho burocrático para o estabelecimento de listas, as boas práticas de armazenamento não são cumpridas pela maioria dos Estados, a dispensação é reduzida apenas ao ato de entrega.

O Tribunal de Contas da União (TCU) elegeu, em seu Plano de Fiscalização de 2009, como Tema de Maior Significância a Função Saúde, e entre as ações apontadas pelo levantamento como de maior risco estava o Programa “Farmácia Básica”.

Naquele ano, a assistência farmacêutica básica foi escolhida como objeto de auditoria em função do seu alto custo para os cofres públicos, da elevada complexidade na sua operacionalização, da falta de instrumentos de controle, devido ao expressivo número de denúncias de falta de medicamentos veiculadas na mídia e às diversas irregularidades encontradas nas fiscalizações realizadas pelos órgãos de controle. Participaram da auditoria 10 Estados (Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Minas Gerais, Paraná, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte e São Paulo) e o Distrito Federal. Em cada estado foram auditados o governo estadual e três municípios, o TCU teve como objetivo “analisar a implantação e operacionalização da assistência farmacêutica básica, avaliando a eficiência na gestão dos recursos pelos entes estaduais e municipais e os controles realizados pelo Ministério da Saúde” (TCU, 2010).

Em relatório de auditoria (TC nº 011.290/2010-2), o TCU apontou como principais falhas encontradas na gestão da assistência farmacêutica: falta ou precariedade do planejamento no âmbito dos municípios, falhas na programação de compras de medicamentos, armazenamento inadequado, falta de controle no fluxo dos estoques, e falta de coordenação por parte dos estados em relação aos seus municípios. Abaixo segue os principais achados à época:

- Constatou-se que os governos estaduais são omissos no que diz respeito a coordenação e orientação dos municípios quanto ao planejamento da assistência farmacêutica, apesar desta atribuição lhe ser estabelecida na Política Nacional de Medicamentos;
- Em cinco dos 10 estados pesquisados, não havia estudos de perfil epidemiológico e nosológico na determinação da relação dos medicamentos necessários ao atendimento da população. O estado de Alagoas não disponibilizava sequer a relação de medicamentos estadual para que seus municípios pudessem tomar por base na elaboração das relações municipais de medicamentos;
- Os estados não tinham conhecimento da realidade da assistência farmacêutica básica. Nem recebiam e não analisavam os planos municipais de saúde; não analisavam o Relatório Anual de Gestão (RAG) no que se refere à assistência farmacêutica; não tinham conhecimento das REMUME, de quantos municípios utilizavam sistemas informatizados, quais as modalidades licitatórias que estavam sendo empregadas e quais preços estavam sendo pagos pelos medicamentos;
- Em 20% dos municípios visitados não existia Plano de Saúde em vigor. A falta do principal instrumento de planejamento da saúde do município é uma prática comum no país, apesar da Lei Orgânica do SUS dispor da necessidade de que os entes elaborem e atualizem periodicamente seus planos de saúde. Complementarmente, a lei nº 8.142/90 estabelece como condição para recebimento de recursos federais, dentre outros, que os estados e municípios tenham plano de saúde;
- Dos 30 municípios visitados, 28 formalizaram a relação de medicamentos, mas em cinco deles não havia atualização há pelo menos dois anos.

Adicionalmente, em 17 municípios visitados foi constatado que a seleção dos medicamentos não era elaborada com base em estudos de perfil epidemiológico e nosológico. Outro problema constatado foi a falta de uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, que não havia sido instituída em 21 dos 30 municípios. Ou seja, basicamente, a seleção de medicamentos estava sendo realizada apenas por uma pessoa, quando é necessário que as decisões sejam técnicas e tomadas em colegiado;

- Outro problema relativo à REMUME estava na falta de divulgação. Em 22 das 75 UBS visitadas não havia divulgação da relação para os médicos das UBS, que acabavam prescrevendo medicamentos fora da REMUME e que, conseqüentemente, não estavam disponíveis nas farmácias do município;
- De maneira quase unânime, foi constatado que a programação de compras de medicamentos pelos municípios era baseada no consumo histórico e no consumo médio mensal. Contudo, nem sempre os dados de consumo refletem a demanda real da população, de maneira que nos relatórios realizados pelas Secretárias de Controle Externo dos estados não foi noticiada a adoção de sistemática de registro de demandas não atendidas (demanda reprimida) apesar de haver informações de falta de medicamentos nas UBS visitadas;
- Apenas 12 dos 30 municípios trabalhavam com dados de estoque mínimo, ou seja, 18 municípios não sabiam qual é seu estoque de segurança necessário para que não houvesse falta de medicamentos. Apenas seis municípios definiam estoque máximo, que tem como objetivo reduzir os custos de armazenagem e de pedido, bem como evitar perdas. E apenas cinco municípios conheciam seu ponto de pedido, como conseqüência as compras não eram realizadas em tempo hábil, de forma a evitar o desabastecimento das UBS;
- O risco de perda de medicamentos devido à inadequação do seu armazenamento foi apontado em alguns relatórios das auditorias realizadas nos estados. Chamou atenção a descrição dada às condições de

armazenamento no município de Niterói, no Rio de Janeiro, o relatório apontou o seguinte:

O imóvel utilizado possui dois pavimentos, ambos possuindo extensa área aberta próxima ao local de armazenagem dos medicamentos empilhados sobre estrados, e expostos a condições de umidade adversas que podem favorecer o crescimento de fungos e bactérias e desencadear reações químicas. Não existem higrômetros ou psicrômetros para medição da umidade relativa no ambiente [...] As condições observadas implicam na total perda de segurança patrimonial no local e favorecem, ainda, a propagação de agentes contaminantes tais como poeira e poluição ambiental, bem como a entrada de insetos, pássaros e roedores tendo em vista a inexistência de fechamento em grande parte do prédio [...] há uma poça d'água no meio da central de abastecimento do município de Niterói/RJ, podendo comprometer a qualidade dos medicamentos ali armazenados (TCU, 2010).

- Mais um aspecto presente na maioria dos relatórios dos estados dizia respeito à inadequação dos controles de fluxo de medicamentos, que não se mostraram eficientes na prevenção ao desvio desses produtos. De 75 UBS visitadas, em apenas 25 delas havia controle informatizado da dispensação de medicamentos. Em 30 UBS o controle se dava por meio de fichas de estoques em papel, nove delas utilizavam outros métodos e não havia qualquer controle da dispensação em 12 unidades;
- No Distrito Federal, mesmo nas UBS que possuíam sistema informatizado, não havia registro adequado das saídas de medicamentos, logo, o sistema era sub-utilizado. Dos municípios visitados, apenas oito tinham aderido ao Hórus, sistema informatizado de controle de estoques disponibilizado pelo Ministério da Saúde aos municípios. Como dificuldades para utilização do sistema foram relatadas a falta de pessoal capacitado e de recursos financeiros para adquirir os equipamentos necessários. As vantagens observadas nos municípios que já haviam aderido ao sistema foram o aperfeiçoamento da gestão da assistência farmacêutica, possibilitada pelo controle do fluxo desde o planejamento até a dispensação do medicamento.

Em seu relatório final, o Tribunal de Contas da União (2010) conclui que:

[...] a gestão da assistência farmacêutica por estados e municípios gera riscos de desabastecimento de determinados medicamentos, ao mesmo tempo em que há desperdício de recursos públicos devido ao vencimento de medicamentos comprados em excesso e às condições de armazenamento. Além disso, são precários os controles nos fluxos dos medicamentos, permitindo que ocorram desvios desde o recebimento dos produtos na Central de Abastecimento Farmacêutica até a dispensação ao paciente na Unidade Básica de Saúde.

Além disto, o TCU (2010) cita que o Ministério da Saúde não está exercendo seu papel de incentivar o aprimoramento da gestão pelos entes subnacionais, de maneira que o seu Departamento de Assistência Farmacêutica desconhece a realidade da assistência farmacêutica no país e atua apenas como repassador de recursos fundo a fundo. Esclarece ainda que há uma desarticulação entre os órgãos do Ministério da Saúde no que se refere ao monitoramento e avaliação dos programas do governo, o que resulta na fragmentação das ações, sendo observadas sobreposições em algumas áreas, enquanto em outras há lacunas em que nenhum órgão do Ministério da Saúde realiza qualquer tipo de controle, como é o caso da assistência farmacêuticabásica.

2.8 Impactos positivos da Organização da Assistência Farmacêutica

A maioria dos trabalhos revisados que abordaram a avaliação da assistência farmacêutica mostra uma gestão falha, ou simplesmente, sua omissão, no entanto, ainda houve espaço para bons exemplos, como é o caso do estudo realizado em um município de pequeno porte em São Paulo, onde Silva Júnior (2006) avaliou a intervenção na organização da assistência farmacêutica reforçando a essencialidade desta atividade para garantir a eficácia e eficiência das ações em saúde. O município investia grandes quantias para suprir as necessidades da população, mas fazia isto sem verificar a segurança e eficácia dos medicamentos adquiridos, já que mais da metade das especialidades farmacêuticas não constava na relação de medicamentos essenciais nem seguia critérios claros de racionalidade.

O aprimoramento da assistência farmacêutica, com uma intervenção nas atividades gerenciais, clínicas e operacionais, levou a redução dos gastos do município além de racionalizar o uso dos medicamentos, isto foi demonstrado com a avaliação da assistência farmacêutica com e sem farmacêutico que mostrou significativas diferenças no processo de gestão, destacando-se maior eficiência das ações com redução dos custos e provimentos de medicamentos de qualidade constantes da lista de medicamentos essenciais. O grande impacto observado foi resultado das ações conjuntas de farmacêutico e médico adicionado ao apoio das lideranças políticas (SILVA JÚNIOR, 2006). Segue as principais intervenções realizadas e avaliadas durante o estudo:

1. Intervenções gerenciais e operacionais:

- a. Centralização das atividades de assistência farmacêutica num único ambiente (município de pequeno porte);
- b. Estabelecimento de uma equipe multiprofissional para a elaboração de Lista Padronizada de Medicamentos (REMUNE);
- c. Ampliação do número de medicamentos disponíveis para dispensação no serviço municipal de saúde;
- d. Implantação de um programa da Secretaria de Saúde do Estado que assegura o fornecimento de medicamentos para pacientes em seguimento na psiquiatria. É interessante citar que este programa já havia falhado anteriormente devido à falta de farmacêutico na equipe de saúde;
- e. Realização da programação de medicamentos com base em dados epidemiológicos e de demanda do município;
- f. Implantação do controle de estoque informatizado;
- g. Triagem das prescrições para pagamento da prefeitura;
- h. Inscrição do serviço de saúde no Conselho Regional de Farmácia;
- i. Fracionamento e adequação dos produtos farmacêuticos às necessidades do paciente;

2. Intervenções de natureza clínica:

- a. Dispensação e atenção farmacêutica, intervenção farmacêutica e documentação da ação através de anotações no cartão de

- medicamentos da prefeitura, no caderno de dispensação e no prontuário médico;
- b. Instituição de um espaço para obtenção de informações sobre medicamentos – Centro de Informação sobre Medicamentos (CIM);
 - c. Orientação e supervisão de acadêmicos e profissionais de medicina sobre a utilização racional de medicamentos;
 - d. Intervenção farmacêutica sobre prescrições inadequadas;

Com relação às atividades clínicas do farmacêutico, que incluem a atenção farmacêutica, é importante dizer que são de grande valor para os serviços de saúde, já que agregam qualidade, racionalizando melhor a utilização dos medicamentos e aumentando a segurança de sua utilização. Quando médicos e farmacêuticos trabalham juntos, eles proporcionam uma melhora da qualidade de vida relacionada à saúde do paciente e aprimoram os benefícios sociais do medicamento (SILVA JÚNIOR, 2006).

Kopittke e Camillo (2010) também apresentam dados que reforçam a importância do farmacêutico nos serviços de saúde e que sua integração nas equipes de trabalho é essencial para alcançar os benefícios de uma AF centrada no usuário. O artigo destes autores descreve a experiência de implantação de uma estratégia de assistência farmacêutica no âmbito do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição. Trata-se de uma iniciativa pública que abrange as 12 Unidades de Saúde de Atenção Básica, na zona norte do município de Porto Alegre/RS. O grupo hospitalar em questão exprime todos os princípios característicos da atenção integral à saúde conforme preconizado pelas normas do SUS, e foi criado com o objetivo de aperfeiçoar a formação de recursos humanos na área de Medicina de Família e prestar cuidados a população vizinha ao Hospital.

De acordo com o artigo, as farmácias das UBS obtiveram grandes avanços após a contratação de farmacêuticos para apoiar a gestão da AF. Simultaneamente a este processo houve a inserção da Farmácia no Programa da Residência Integrada em Saúde (RIS), com ênfase em Saúde da Família e Comunidade. A integração do farmacêutico às equipes aliada ao apoio acadêmico no serviço trouxeram vários benefícios que culminaram na implantação de um projeto de AF para o SSC do Grupo Hospitalar Conceição. Foi realizada uma avaliação do serviço

baseada em indicadores preconizados pelo Ministério da Saúde destacando-se os seguintes aspectos (KOPITKE, CAMILLO, 2010):

- Institucionalização da AF: a farmácia faz parte do organograma do serviço como equipe do Apoio Matricial para coordenar as ações de AF;
- Avaliação das ações de AF: o SSC conta com uma avaliação permanente e sistemática de suas ações, inclusive com participação da comunidade. Além disto, busca-se junto à literatura adaptar indicadores para melhorar a avaliação da AF no SSC;
- Seleção: o serviço adota a REMUME do município de Porto Alegre, a qual foi divulgada em reuniões de equipe das UBS através de cópias plastificadas disponíveis em todos os consultórios. As prescrições médicas são avaliadas quanto a sua adequação pelos estagiários do curso de Farmácia da UFRGS. Além disto, protocolos clínicos para as patologias mais prevalentes foram adotados e suas revisões contaram com a participação da equipe farmacêutica.
- Programação: é realizada de acordo com os dados epidemiológicos do SSC fornecidos pelo Núcleo de Monitoramento e Avaliação do SSC. Contempla uma constante negociação junto à coordenação da AF do município de Porto Alegre, responsável pelo repasse dos medicamentos. Mensalmente é realizada uma análise da movimentação dos insumos farmacêuticos, ensejando inclusive, remanejamento de medicamentos em excesso e próximos ao vencimento para outras unidades;
- Armazenamento: todas as unidades foram orientadas pelos farmacêuticos sobre as condições ideais de armazenamento. Nem todas apresentam área conforme diretrizes do MS, porém se adequam da melhor maneira possível para manter a integridade dos medicamentos. O mesmo ocorre com o controle de estoque;
- Promoção do uso racional de medicamentos: os profissionais do SSC são estimulados a prescreverem os medicamentos de acordo com a REMUME, além de contarem com os protocolos clínicos assistenciais. Várias ações para o uso adequado de medicamentos são realizadas pelos farmacêuticos, tais como seminários de campo, discussões de caso e

seminário sobre qualificação das prescrições. Estas ações são estendidas à comunidade.

- **Dispensação:** A dispensação é realizada pelos farmacêuticos residentes nas unidades de saúde em que estão presentes. Nestas unidades, há o ambulatório de atenção farmacêutica que visa auxiliar para a adesão dos pacientes ao tratamento e a orientação para o uso correto dos medicamentos, em especial para usuários portadores de doenças crônicas que fazem uso contínuo de medicamentos.

De acordo com Kopittke e Camillo (2010) a experiência do Grupo Hospitalar Conceição tem mostrado que o farmacêutico faz diferença não só na redução de custos para o Sistema de Saúde, mas ao incorporar atributos da Atenção Primária à Saúde nas suas atividades e ao se integrar às equipes de saúde, qualifica a assistência farmacêutica de forma que esta seja mais resolutiva e qualificada atendendo às necessidades da população no que tange à prevenção e ao tratamento, bem como à promoção de saúde.

Tanto Silva Júnior (2006) como Kopittke e Camillo (2010) reforçam a importância do apoio dos gestores públicos para o estabelecimento de uma assistência farmacêutica exemplar. Seguindo esta mesma linha de raciocínio, cita-se que a Portaria GM 154/2008 criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, uma iniciativa que tem ampliado o número de componentes vinculados às Equipes de Saúde da Família, reunindo diversos profissionais da área de saúde. De acordo com esta portaria, podem ser instituídos dois tipos de NASF a depender da densidade demográfica do município, em ambos são exigidos uma constituição por profissionais de diferentes áreas, podendo um deles ser o farmacêutico (CFF, 2009).

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia (2009), tem sido fundamental o trabalho do farmacêutico na dispensação dos medicamentos nas Unidades de Saúde da Família em que se disponibilizam medicamentos, propiciando que as atividades realizadas pela equipe possam ter a efetividade do tratamento medicamentoso por meio da atenção farmacêutica desenvolvida por esse profissional.

Corroborando com os resultados dos artigos discutidos nesta seção, o Conselho Federal de Farmácia (2009) cita que:

Os medicamentos despertam grande atenção por parte dos gestores, pois a sua utilização pode gerar distorções comuns à maioria dos Municípios como: utilização desnecessária; prescrições irracionais; desperdícios com compras erradas e outras, elevando o custo com a aquisição e com o tratamento inadequado das doenças.

Assim, considerando que a portaria GM 154/2008 deixa em aberto a composição dos NASF's, para que os farmacêuticos atuem na gestão e na dispensação de medicamentos na Estratégia Saúde da Família, cumprindo a necessidade da atenção básica e a determinação da legislação em vigor, é necessária a orientação dos dirigentes políticos a fim de conscientizá-los da importância de sua atuação.

Considerando ainda o trâmite de um projeto de lei que torna obrigatória a presença do farmacêutico nas unidades do SUS que dispensam medicamentos, e os recentes programas de estruturação da AF, tais como o sistema Horus e o Qualifar-SUS, suas concretizações significam enormes avanços para a Política de Assistência Farmacêutica em todo o país, contribuindo de forma significativa para a melhoria da qualidade da atenção integral a saúde da população e melhor proveito dos recursos destinados a saúde.

3 PERCEPÇÕES DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A assistência farmacêutica, campo recente da saúde coletiva, está ainda em construção. Tem uma produção social de saúde complexa pela diversificação de atores, ações e tecnologias. Lida com muitas incertezas, como a indeterminação das demandas, a diversidade dos processos de trabalho multiprofissionais, exige trabalhadores qualificados, possui forte componente mecanicista, com postos de trabalhos separados, com divisões técnicas distintas (RIECK, 2008). Além de toda esta complexidade a AF deve ultrapassar barreiras culturais, pois os vários atores envolvidos em seu ciclo, por diversos fatores, possuem visões limitadas sobre sua importância na atenção a saúde, inclusive os próprios farmacêuticos.

Silva (2011) ao analisar a perspectiva dos atores envolvidos na AF, cita que em alguns relatos o papel do farmacêutico e da própria AF está relacionado apenas à garantia de abastecimento dos medicamentos. Ao questionar quais atores mais importantes para a AF, dois profissionais farmacêuticos não mencionaram a sua própria categoria, tal fato pode ser explicado pela aceção de que sua atuação é evidente. No entanto, pode também ilustrar um sentimento de opressão e desvalorização que leva o profissional a se sentir impotente para atuar e modificar a realidade em que vive. Por outro lado, em muitas respostas houve alusão aos atores políticos como prefeitos e vereadores evidenciando a forte cultura em nosso país de utilização do medicamento como moeda política, pelo grande apelo que possui como elemento essencial à manutenção ou restabelecimento da saúde da população.

Araújo e Freitas (2006) também obtiveram resultados semelhantes ao analisar as diferentes concepções dos profissionais farmacêuticos acerca do ciclo da AF. De modo geral, elas refletiam as representações sobre o seu próprio processo de trabalho rotineiro na unidade de saúde. Nesta visão, que os autores denominaram de ciclo mais curto da assistência farmacêutica, o medicamento se destaca como o mais evidente objeto de trabalho farmacêutico na unidade de saúde, fortemente marcado pela gestão burocrática, ou seja, garantir a disponibilidade do medicamento ao usuário. No artigo, os autores destacam trechos de entrevistas que representam bem esta realidade:

Num sentido mais global, né, do trabalho do farmacêutico. Consiste assim, eu acho que é desde v. tá garantindo o medicamento na prateleira, prá ter ele no momento que v. vai entregar ao paciente, tá controlando esse estoque, garantindo o estoque (...) e também a

assistência no que se diz respeito no momento da entrega desse medicamento ao paciente.

A assistência farmacêutica que v. tá dizendo em termos de medicamento, de poder entregar esse medicamento, né. A pergunta anterior. Bom, a gente aqui, é, essa assistência, ela vem, né, da, do Estado, muitas vezes alguns medicamentos, outros vêm da Prefeitura, né, geralmente eles mantêm-se, tem aqueles que são padronizados dentro de programas, né (Informação verbal⁶)

Outro aspecto relatado no estudo de Araújo e Freitas (2006) foi a interação do farmacêutico com a equipe de saúde, que foi citada como ocasional e vinculada à ocorrência de problemas operacionais da gestão dos estoques ou de dúvidas quanto à prescrição. A realidade representada não corresponde àquela visão de assistência farmacêutica multiprofissional:

O que chama a atenção, dada a diretriz da integralidade do sistema de saúde, é o fato de que cada profissional da unidade parece exercer a sua atividade isoladamente, recorrendo aos outros apenas nos casos em que a gestão interna esteja ameaçada, não importando muito o conhecimento técnico sobre os medicamentos (ARAUJO, FREITAS, 2006).

No mesmo estudo, percebeu-se que a formação acadêmica foi entendida pelos profissionais como tendo dado apenas uma base técnica e científica, destacando-se a pouca prática e contato com o paciente, ou, ainda, como não tendo oferecido preparação nenhuma para o exercício da assistência farmacêutica (ARAUJO, FREITAS, 2006):

Eu acho que os currículos das universidades têm que ser reavaliados nesse sentido, né, de tá formando um profissional farmacêutico mesmo, voltado prá assistência farmacêutica (Informação verbal⁶).

Quanto a este aspecto, Nicoline e Vieira (2011) realizaram um estudo que teve como objetivo “compreender as percepções de graduandos em farmácia de uma universidade pública brasileira sobre a assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde, frente ao atual contexto político e educacional em saúde”. A pesquisa concluiu que o entendimento dos estudantes acerca do significado da AF e de suas atividades relacionadas envolveu dois tipos principais de interpretação, a AF como um campo amplo ou como a prática de Atenção Farmacêutica (Atenfar). Na

⁶ Trechos de entrevistas com farmacêuticos.

primeira perspectiva, muitos consideraram o aspecto logístico para o acesso ao medicamento. Na segunda perspectiva, a qual envolve orientações aos usuários dos medicamentos, ficou nítido um entendimento voltado à Atenfar como principal ou exclusiva área de atuação. Esta última percepção demonstra uma falta de apreensão dos conceitos durante a formação acadêmica, pois a Atenfar deve ser compreendida como fazendo parte das ações de AF.

Quanto à educação farmacêutica para atuação no SUS, a percepção é de que sua qualidade depende da realidade da AF no SUS. Os acadêmicos do curso de farmácia alegaram que, apesar da teoria ser bastante promissora, na prática, é muito difícil de aplicá-la, pois existe a dificuldade de se encontrar serviços onde a AF esteja implantada, o que representa um paradoxo para as instituições formadoras. Os relatos indicaram que a participação dos estudantes nestes serviços tanto não possibilitou uma aprendizagem mais abrangente, como não proporcionou condições para que influenciassem nos processos de trabalho (NICOLINE, VIEIRA, 2011).

Neste caso, é preciso questionar qual modelo de formação seria o mais adequado para sistematizar essa prática, pois não parece ser apenas questão de conteúdos a serem ensinados.

Quanto à visão dos gestores da assistência farmacêutica, Rieck (2008) atestou que, em sua maioria, tem uma visão reducionista de sua função dentro do Sistema Único de Saúde. A assistência farmacêutica, muitas vezes, não faz parte nem dos planos de saúde dos entes federados. O entendimento do seu conceito é diverso e há uma baixa apropriação técnica dos gestores quanto aos processos de trabalho relativos às atividades de assistência farmacêutica.

A dificuldade de compreensão da AF pelos próprios atores foi bem caracterizada por Martins et al. (2008), que após avaliar a AF num município de Santa Catarina, apresentou os resultados aos participantes da pesquisa através de uma atividade denominada Oficina de Trabalho, objetivando levantar mais dados sobre a percepção desses colaboradores acerca da descrição de suas atividades. A análise dos dados refletivos à Oficina de Trabalho evidenciou que os profissionais envolvidos não tinham consciência da complexidade do ciclo de assistência farmacêutica desenvolvido nesse município. No primeiro momento reflexivo, um dos participantes comentou que: “ficou bonita na tua apresentação nossa rotina de trabalho, a gente não fazia ideia do quanto ela era complexa. No nosso dia-a-dia não nos damos conta da sistematização do ciclo”. Esse comentário fez surgir várias

percepções de outros participantes salientando o fato de que, apesar de serem colaboradores das atividades do ciclo de assistência farmacêutica, eles não tinham uma visão dinâmica de todo o ciclo, sendo que só partes deste eram vistas de forma isolada (MARTINS et al., 2008).

A realização de oficinas como esta possibilita que os diversos profissionais envolvidos visualizem de forma sistêmica o ciclo de assistência farmacêutica, compreendendo a dinâmica e a importância de cada uma de suas etapas. Como resultado tem-se colaboradores conscientes de sua importância na garantia do acesso de qualidade a medicamentos essenciais, refletindo num melhor comprometimento e entrosamento das equipes de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O histórico da assistência farmacêutica no Brasil demonstrou grandes avanços, principalmente no que diz respeito à sua regulamentação, que de início era expressamente centrada no medicamento, e hoje, contempla a integralidade das ações em saúde com atenção voltada para o usuário, abrangendo os princípios do SUS.

No entanto, estes avanços devem ser analisados de forma crítica, pois muitos ajustes ainda precisam ser feitos. Os estudos de avaliação revisados demonstraram que várias são as desordens na assistência farmacêutica, elas abrangem todas as suas dimensões: políticas, administrativas, técnicas e culturais.

Neste sentido, a avaliação da AF é uma atividade que deve constar na rotina dos serviços de saúde no intuito de colaborar com o diagnóstico de falhas, identificar suas causas e contribuir, através da proposição de ações preventivas e corretivas, para aperfeiçoar a sua organização e gestão, permitindo o cumprimento efetivo de sua função social.

No que diz respeito à dimensão organizacional, o constrangimento na autonomia da coordenação da assistência farmacêutica, a inexistência de funcionamento da CFT, e, sobretudo, a ausência do farmacêutico na operacionalização de atividades essenciais para a gestão da AF limitam o âmbito de suas ações no SUS.

As diversas percepções dos atores envolvidos na AF discutidas neste trabalho demonstraram visões limitadas sobre sua importância na atenção a saúde, inclusive os próprios farmacêuticos.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, T. O. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.9, p. 3939-3949, 2011.

ANDRADE FILHO, D. P. Potencialidades e fragilidades da rede de atenção à assistência farmacêutica no município de Tabira. **J Manag Prim Health Care**, v. 2, n. 2, p. 46-49, 2011. Disponível em <www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/download/17/17>. Acesso em: 13 abr. 2012.

ARAUJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322006000100015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 abr. 2012.

BARRETO, J. L.; GUIMARAES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.

BERNARDI, C. L. B.; BIEBERBACH, E. W.; THOME, H. I. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e Sociedade**, v.15, n. 1, p.73-83, jan/abr 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Abr. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. promulgada em 5 de outubro de 1988.

_____. Lei n.º 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.

_____. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução n. 328, de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/328_99.htm>. Acesso em: 05 jul. 2012.

_____. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2011. 186 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002**. Ministério da Saúde, elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004a. Institui a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto n. 5.090, de 20 de maio de 2004b. Institui o Programa Farmácia Popular do Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

_____. MINISTERIO DA SAÚDE. Portaria n. 4.217, de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 184, de 03 de fevereiro de 2011. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.

CANABARRO, I. M.; HAHN, S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 18, n. 4, 2009. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S16794974200900040004&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2012.

CARVALHO, F. D. **Avaliação econômica do impacto da atividade de atenção farmacêutica na assistência à saúde: aspectos metodológicos**. 2007. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17139/tde-06032008-160915/>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **A assistência farmacêutica no SUS**. Organização Comissão de Saúde Pública do Conselho Federal de Farmácia, Comissão de Assistência Farmacêutica do Serviço Público do CRF-PR. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2009.

CORREIA, A. R. F.; MOTA, D. M.; ARRAIS, P. S. D.; MONTEIRO, M. P.; COELHO, H. L. L. Definição de Indicadores para Avaliação da Assistência Farmacêutica na Rede Pública de Fortaleza-Ceará (Brasil) baseada em Métodos de Consenso. **Latin American Journal of Pharmacy**, v. 28, n. 3, p. 366-374, 2009. Disponível em: <<http://www.latamjpharm.org/trabajos/28/3/LAJOP28317I859H494TN.pdf>> Acesso em: 12 Abr. 2012.

FREITAS, J. M. S. M.; NOBRE, A. C. L. Avaliação da assistência farmacêutica do município de Mombaça-CE. **R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, São Paulo, v. 2 n. 1, p. 15-20, jan./abr. 2011.

KOPITTKE, L.; CAMILLO, E. Assistência Farmacêutica em um Serviço de Atenção Primária à Saúde. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/878/841>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

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

MARIN, N. (org.) **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Organizado por Nelly Marin et al. Rio de Janeiro : OPAS/OMS, 2003.

MARTINS, L. P.; PATRÍCIO, Z. M.; GALATO, D. O Ciclo de Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: estudo qualitativo em um município do Estado de Santa Catarina. **Rev. Bras. Farm.**, v. 89, n. 3, 2008.

MOURA, A. C. Análise da organização e estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/877/840>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

NICOLINE, C. B.; VIEIRA, R. C. P. A. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de graduandos em Farmácia. **Interface**, v.15, n. 39, p. 1127-1144, 2011.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica em um município da Bahia, Brasil. **Rev. baiana saúde pública**, n. 34, v. 4, out./dez. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil** / Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

PANSTEIN, R.; WEBER, C. A. T. Avaliação de Satisfação da Gestão da Assistência Farmacêutica Básica em Jaraguá do Sul no Ano de 2007. **Rev. Saúde Públ. Santa Cat.**, Florianópolis, v. 3, n. 2, jul./dez. 2010.

RIECK, E. B. **Análise da gestão estadual de assistência farmacêutica a partir do pensamento complexo**. 2008. Dissertação - Curso de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

SILVA, S. H. **A implementação da assistência farmacêutica básica no nível municipal do Estado do Rio de Janeiro na perspectiva de atores relevantes**. 2011. Dissertação – Mestrado em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2011.

SILVA JUNIOR, D. B. **Assistência farmacêutica em um município do estado de São Paulo: diagnóstico e perspectivas**. 2006. Dissertação - Mestrado em Medicamentos e Cosméticos - Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/60/60137/tde-16012007-142838/>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

VIEIRA, F. S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 27, n. 2, p. 149–56, 2010.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Relatório de auditoria operacional na ação “Promoção da Assistência Farmacêutica e insumos estratégicos na atenção básica em saúde” (TC nº 011.290/2010-2)**. Brasília, 2010. Disponível em < www.tcu.gov.br>. Acesso em 14 abr. 2012.

ZAIRES, C. E. F. **A relação entre a indústria farmacêutica e a assistência farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS): a compra estadual e municipal de medicamentos no Rio de Janeiro**. 2008. Dissertação - Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.