

**GESTÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
ACESSO E DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS  
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

## Série Políticas e Práticas Sociais, 15

### Títulos em catálogo

Práticas do Serviço Social: espaços tradicionais e emergentes, organizado por *Jacqueline Oliveira Silva*.

Assessoria: inovações e avanços da prática do serviço social, de *Marylin Jos & Sílvia do Valle Pereira*.

Ética e Cidadania: olhares da filosofia latino-americana, organizado por *Cecília Pires Pinto*.

Moral Moderna: a alteridade antropológica na filosofia cartesiana, de *Jesus Eurico Niranda Regina*.

Cidadania: considerações e possibilidades, de *Rita Inês Hofer Bonamigo*.

América Latina: Crescimento no Comércio Mundial e Exclusão Social, organizado por *Carlos Nelson dos Reis*.

Onde está o dinheiro – Pistas para a Construção do Movimento Monetário Mosaico, organizado por *Henk van Arkel, Paulo Peixoto de Albuquerque, Camilo Ramada e Heloisa Primavera*.

Ainda além do medo: filosofia e antropologia do preconceito, de *Ricardo Timm de Souza*.

Novo Voluntariado Social: teoria e ação, organizado por *Jacqueline Oliveira Silva*.

Atores Sociais, Participação e Ambiente, organizado por *Jacqueline Oliveira Silva*.

Luta Ambiental e Cidadania, de *Caio Lustosa e Eva Benites*.

Gestão em Assistência Farmacêutica: regionalização e descentralização no Sistema Único de Saúde, organizado por *Maria Ceci Misoczky, Ronaldo Bordin e Paulo Mayorga*.

Gestão em Assistência Farmacêutica: avaliação dos pontos críticos, organizado por *Paulo Mayorga, Maria Ceci Misoczky e Ronaldo Bordin*.

Gestão em Assistência Farmacêutica: do acesso aos medicamentos à vigilância em saúde, organizado por *Ronaldo Bordin, Paulo Mayorga e Maria Ceci Misoczky*

## CONSELHO EDITORIAL DACASA EDITORA

Carmem Délia Sanches (Porto Rico)

Danu A. Platas Fabre (México)

Edward Dew (EUA)

Jacqueline Oliveira Silva

Jack W. Meek (EUA)

Marcos A Pedlowski

Paul Douglas Fisher

Paulo Eduardo Mayorga Borges

Roger dos Santos Rosa

Ronaldo Bordin

PAULO MAYORGA  
RONALDO BORDIN  
MARIA CECI MISOCZKY  
Organizadores

**GESTÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA  
ACESSO E DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS  
NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

DACASA EDITORA  
2009

Esta Publicação foi financiada pelo Ministério da Saúde através do Convênio MS/FAURGS/50/2006

---

**G393** Gestão em assistência farmacêutica – acesso e disponibilidade de medicamentos no sistema único de saúde / org. por Paulo Mayorga, Ronaldo Bordin e Maria Ceci Misoczky. – Porto Alegre: Dacasa Editora, 2009. 154 p.; 16 x 23 cm. – (Série Políticas e Práticas Sociais)

Inclui bibliografia.

ISBN 978858607274-5

I. Saúde Pública – gestão farmacêutica. 2. Sistema Único de Saúde (SUS) – gestão farmacêutica. 3. Medicamentos – gestão farmacêutica. I. Mayorga, Paulo, org. II. Bordin, Ronaldo, org. III. Misoczky, Maria Ceci, org.,

CDU 35.07:615.014

---

CIP – Catalogação na fonte: Paula Pêgas de Lima CRB 10/1229

Projeto Gráfico, Capa e Diagramação  
Publicato Design Editorial  
[www.publicato.com.br](http://www.publicato.com.br)

© DO AUTOR

Direito de Publicação  
Dacasa Editora  
Caixa Postal 5057  
90041-970 | Porto Alegre | RS  
[www.dacasaeditora.com.br](http://www.dacasaeditora.com.br)  
[dacasa@logic.com.br](mailto:dacasa@logic.com.br)

**A UTILIZAÇÃO DE UM MODELO LÓGICO  
PARA A REORIENTAÇÃO DOS SERVIÇOS  
FARMACÊUTICOS NO ÂMBITO MUNICIPAL**

Flávia Nunes da Rosa Fraga

Paulo Mayorga

## APRESENTAÇÃO

A implantação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), parte essencial da Política de Saúde, promoveu melhorias na atenção à saúde que não têm sido suficientes para garantir o acesso e o uso racional dos medicamentos. O objetivo deste estudo é analisar os serviços farmacêuticos na esfera municipal e propor um modelo lógico de trabalho, visando à construção de uma estratégia voltada à reorganização da Assistência Farmacêutica (AF).

Inicialmente, é definido o cenário em que se desenvolve a PNM no Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente, apresenta-se uma breve reflexão sobre os resultados da implantação dessa Política com base em estudos e na análise das ações governamentais.

Na sequência, debate-se a necessidade de mudança na concepção dos serviços farmacêuticos, não mais centrados no binômio compra/distribuição. Dessa forma, demonstra-se a necessidade de reorientar a AF no país, considerando-se na abordagem a definição de AF, expressa na Política de Medicamentos, e sua concepção sistêmica, tendo como foco principal das ações o usuário do serviço.

Com a apropriação da definição de Assistência Farmacêutica e a discussão sobre os resultados obtidos na implantação da PNM, constata-se a existência de problemas referentes ao gerenciamento dos serviços farmacêuticos, verificando-se a necessidade de uma melhor definição sobre seu modo de funcionamento.

Finalmente, propõe-se um modelo lógico para o Sistema de Assistência Farmacêutica que tem suas atividades desempenhadas em uma estrutura composta por três níveis hierárquicos.

## INTRODUÇÃO

Um dos marcos da Política de Saúde brasileira, nas últimas duas décadas, foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, na qual foi pleiteada a criação de um sistema de saúde universal, igualitário, participativo, com comando único em cada instância federativa, descentralizado e integral. No relatório dessa Conferência, foi expresso o conceito de saúde, adotado pelos integrantes do movimento de reforma sanitária, como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. A saúde foi reconhecida como um direito de todos e dever do estado (BRASIL, 1986).

Essa conferência influenciou fortemente a Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) que incorporou os conceitos, princípios e as diretrizes defendidos pela reforma sanitária.

Consolidou-se na Constituição a universalização da assistência; a partir de então não mais restrita aos trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho e seus dependentes, bem como a integralidade da atenção com ênfase nas atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. O texto constitucional estabeleceu, ainda, a descentralização da gestão do sistema com direção única em cada esfera de governo e a participação da comunidade.

Como decorrência da Constituição Federal, foi publicada a Lei n.º 8.080/90 (BRASIL, 1990a), Lei Orgânica da Saúde, que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços. Essa lei também definiu os princípios do SUS, entre os quais: a universalidade de acesso aos serviços de saúde, a integralidade, a igualdade, a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede de serviços.

A participação da comunidade na gestão do sistema foi regulada pela Lei n.º 8.142/90 (BRASIL, 1990b), que dispôs sobre a instituição em cada esfera de governo, da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo.

A partir de 1991, iniciou-se o processo de descentralização do SUS por meio da emissão pelo Ministério da Saúde (MS) das Normas Operacionais Básicas (NOB) NOB-SUS 01/91 (BRASIL, 1991), NOB-SUS 01/92 (BRASIL, 1992), NOB-SUS 01/93 (BRASIL, 1993) e NOB-SUS 01/96 (BRASIL, 1996). Posteriormente, o MS aprovou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) NOAS-SUS 01/01 (BRASIL, 2001a), que ampliou as responsabilidades dos municípios na atenção básica, definiu o processo de regionalização da assistência, criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios.

No que concerne à Política de Medicamentos, a descentralização das ações somente foi ocorrer após a publicação da Portaria n.º 3.916/98 (BRASIL, 1998c), que instituiu a PNM.

Anteriormente, não havia um documento oficial que norteasse essa Política, causando tensões entre o governo, a comunidade e as instâncias colegiadas do SUS. Os objetivos e responsabilidades não eram definidos, o que gerava dificuldades na condução das questões, especialmente aos gestores municipais que, mais próximos da população, terminavam por arcar com o ônus dessas indefinições.

Até mesmo o conceito de AF não era suficientemente claro, o que pode ser ilustrado pela existência de distintas definições. No estado do Ceará, por exemplo, a AF era entendida como:

*[...] um conjunto de atividades inter-relacionadas, técnicas e cientificamente fundamentadas em critérios de equidade, qualidade, custo e efetividade, integrando suas atividades a ações de saúde para promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, centrada em cuidados farmacêuticos ao paciente e a coletividade. (MARIN, 1999, p. 127).*

No entanto, a Resolução n.º 308/97, do Conselho Federal de Farmácia, definia a AF como:

*[...] um conjunto de ações e serviços com vistas a assegurar a assistência terapêutica integral, a promoção, recuperação da saúde em estabelecimentos públicos e privados que desempenhem atividades de projetos, investigação, manipulação, produção, conservação, dispensação, distribuição, garantia e controle de qualidade, vigilância sanitária e epidemiológica de medicamentos e produtos farmacêuticos. (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 1997, p. 1).*

A primeira definição, por ter sido proposta por uma Secretaria Estadual de Saúde (SES), tentou incluir no conceito alguns dos princípios e diretrizes do SUS, refletindo uma preocupação com a necessidade de integrar as atividades da AF com a Política de Saúde.

A definição apresentada pelo Conselho Federal de Farmácia buscou especificar as atividades de AF no âmbito do serviço público e privado. Apesar de abrangente, caracterizava uma definição de certa forma isolada da Política de Saúde brasileira, ao não referir os princípios do SUS. Nesse sentido, permitia uma interpretação na qual as ações poderiam ser desenvolvidas de modo fragmentado, não fazendo parte de um todo para se promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde.

É necessário salientar, também, entre as incertezas prévias à Portaria n.º 3.916/98, as dúvidas suscitadas pela Lei n.º 8.080/90, que no Artigo 6º inclui como campo de atuação do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica. Nos Artigos 16, 17 e 18, são definidas as competências de cada esfera de governo fazendo menção, no entanto, apenas aos insumos da saúde e aos parâmetros de controle de qualidade dos produtos, não havendo referência explícita na lei sobre a organização dos serviços farmacêuticos (DUPIM, 1999).

Da mesma forma, a NOB-SUS no 01/96 redefiniu os papéis de cada esfera de governo e, no que tange à AF, explicitava que cabia ao gestor federal a sua reorientação e implementação. Porém, ainda persistia a indefinição do termo AF e uma preocupação com o binômio produção/controle de qualidade. Carecendo, assim, de uma visão mais ampla de toda a questão.

Somente com a publicação da Portaria n.º 3.916/98 ficou evidenciado o que o governo federal entendia por uma Política de Medicamentos. O texto legal declarou que a PNM é parte essencial da Política Nacional de Saúde, que contribuiria para a consolidação do SUS e para o desenvolvimento social do país.

Assim, em 1998, após um amplo processo de debate, foi publicada a Portaria n.º 3.916/98, a chamada Política Nacional de Medicamentos, que revelou as intenções do governo com relação ao setor farmacêutico, constituindo-se num guia norteador das ações no campo da AF.



Surgia, então, um novo momento a partir do qual a concepção de AF passou a observar os princípios e diretrizes do SUS.

A nova visão da política farmacêutica contemplava a necessidade de atentar para alterações no perfil demográfico do país, em que se destaca o considerável aumento da expectativa de vida da população. Da mesma maneira, era fundamental considerar o perfil epidemiológico que então se apresentava, caracterizado pela coexistência de doenças típicas de países em desenvolvimento e agravos de países desenvolvidos. Além disso, surgiam novas patologias e percebia-se o recrudescimento de outras como a tuberculose.

Era preciso perceber que todas essas mudanças alteravam a demanda por medicamentos, provocando inclusive um aumento no consumo, que era incrementado também por problemas típicos da sociedade brasileira como a automedicação e o uso irracional dos medicamentos.

A nova concepção apontava, ainda, para o necessário estabelecimento de diretrizes voltadas à regulamentação sanitária de medicamentos. Tornava-se indispensável uma maior integração com o trabalho desenvolvido pela Vigilância Sanitária.

A importância dessa integração foi em muito reforçada pela crise que o país enfrentava, diante de denúncias envolvendo descobertas de medicamentos falsificados, laboratórios farmacêuticos legalizados, mas sem condições de funcionamento, laboratórios de “fundo de quintal”, distribuidoras de medicamentos clandestinas e roubo de cargas de medicamentos.

A PNM dispôs sobre as diretrizes, prioridades e responsabilidades das esferas de governo no âmbito do SUS, propondo o acompanhamento e a avaliação da implantação da política. Estabeleceu, portanto, uma estrutura básica à coordenação das atividades em AF, incluindo o setor público, o setor privado e os demais atores do campo farmacêutico.

Outro ponto a ser comentado é que a PNM manifesta, já em suas primeiras linhas, que o texto passou por uma ampla discussão junto com diversos segmentos ligados direta e indiretamente ao assunto. O documento foi aprovado pela Comissão Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Denota, portanto, uma preocupação do legislador em expressar que teria ocorrido uma negociação e um consenso entre as três esferas de governo.

Também o fato de a discussão ter sido realizada no CNS garantiu a ocorrência de um debate com a comunidade conforme determinação da Lei n.º 8.142/90. O CNS exerceu seu papel de formulador de estratégias e controlador da execução da política de saúde.

A PNM tem como propósito primeiro garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

São oito as diretrizes explicitadas na Política Brasileira de Medicamentos:

- Adoção de Relação de Medicamentos Essenciais.
- Regulamentação 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 diretriz, adoção de uma Relação de Medicamentos Essenciais, citada como uma das prioridades no documento, é de suma importância, pois é um instrumento essencial na orientação das atividades de seleção, programação, aquisição, prescrição e dispensação. Além disso, promove o uso racional, pois é o resultado da seleção de medicamentos eficazes e seguros, voltados a atender às reais necessidades da população.

A segunda diretriz, Regulamentação Sanitária de Medicamentos, vincula pela primeira vez no discurso institucional a indissociabilidade das ações da Política de Medicamentos com as ações da Vigilância Sanitária, colaborando, portanto, para o avanço da legislação sanitária (COSTA, 1999). A afirmativa anterior pode ser confirmada considerando-se que no ano seguinte da publicação da PNM foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Pode-se citar ainda a Lei n.º 9.787/99 (BRASIL, 1999a) que, ao aprovar os medicamentos genéricos, representou um marco histórico na evolução legislativa e nas demais resoluções e portarias emitidas pela própria ANVISA.

A diretriz de Reorientação da Assistência Farmacêutica, também escolhida como prioritária, promoveu o início de mudanças em todo o país, em particular no que se refere à forma de entender e gerenciar a AF. A ideia anterior, apenas centrada na aquisição e distribuição dos medicamentos pelos governos federal e estadual, começa gradativamente a se desfazer, motivada, sobretudo, por sua própria falência.

Além disso, o governo federal passou a enviar recursos financeiros destinados para compra de medicamentos, obrigando gestores estaduais e municipais reorganizarem seu gerenciamento no que concerne à AF. Incentivos de financiamento foram criados, entre os quais: o Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB), que define os valores a serem financiados pelas três esferas de governo, regulamentado pela Portaria GM n.º 176/99 (BRASIL, 1999b) e o incentivo destinado ao Programa da Aquisição de Medicamentos Essenciais para a área Saúde Mental, implantado pela Portaria GM n.º 1.077/99 (BRASIL, 1999d).

Para se qualificarem ao recebimento do IAFB, os municípios deveriam assinar um Termo de Adesão ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica (PEAFB). Nesse Plano, deveriam ser definidas e aprovadas pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as contrapartidas dos estados e municípios e o elenco de medicamentos para assistência básica. O PEAFB deveria conter, também, a sistemática de programação, acompanhamento, controle e avaliação da sua implementação no estado.

No que tange à Promoção do Uso Racional de Medicamentos, percebe-se um esforço no sentido de capacitar recursos humanos dentro da proposta dessa diretriz. A capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Prescritores são bons exemplos.

Quanto à diretriz da Garantia da Segurança, Eficácia e Qualidade dos Medicamentos observa-se que está em implantação, devendo ser entendida como parte de um processo fundamentado na regulamentação sanitária, sendo garantida pelas atividades da Vigilância Sanitária.

Um elemento imprescindível que a política de medicamentos brasileira explicitou é a necessidade de articulação intersetorial e a definição de competências das três esferas de governo. De maneira especial, a divisão de responsabilidades trouxe ganhos ao processo, valendo salientar, no entanto, que esta ainda não é completa, propiciando espaço para tensões e questionamentos.

Diante do exposto, é mister reconhecer que ocorreram avanços importantes na Política de Medicamentos Brasileira nos últimos anos. Ademais, verifica-se uma crescente valorização das atividades relacionadas à Assistência Farmacêutica como atesta a realização da 1ª Conferência Nacional de Política de Medicamentos e Assistência Farmacêutica em 2003.

#### BREVE REFLEXÃO SOBRE OS RESULTADOS DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Considerando-se a trajetória histórica da Política de Medicamentos no Brasil, seus avanços e retrocessos, seus princípios e diretrizes, bem como os novos conceitos, seria pertinente o questionamento de quais foram efetivamente os resultados de sua implantação.

Uma análise imediata dessa indagação permite constatar a continuidade da centralização das ações do setor farmacêutico na disponibilização do produto, haja vista:

- A criação de todos os incentivos financeiros destinados à aquisição de medicamentos.
- O suprimento por meio de *kits*.
- A Política de Medicamentos Genéricos, que tem o intuito de aumentar a competitividade, reduzindo os preços.
- O Registro Nacional de Preços que visa, em última análise, facilitar o processo de compras de medicamentos dos estados e municípios.
- A atualização da legislação sanitária.
- A revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).
- As Farmácias Populares como estratégia de fornecimento de medicamentos a preços reduzidos.

Analisando-se a criação dos incentivos financeiros à Assistência Farmacêutica Básica e ao Programa de Aquisição de Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, pode-se dizer que foram um avanço. Os gestores de estados e municípios passaram a assumir a responsabilidade de programar as aquisições de medicamentos para suprir as necessidades da população, aumentando, assim, a sua autonomia.

Entretanto, os recursos financeiros do Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (IAFB) somente podem ser utilizados para aquisição de medicamentos do elenco pertencente ao Plano Estadual de Assistência Farmacêutica Básica (PEAFB), pactuado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), não sendo possível então destiná-los a melhorias na infraestrutura da Assistência Farmacêutica.

Ao mesmo tempo em que a União descentralizou recursos financeiros para a aquisição de medicamentos, em alguns programas tornou a centralizar, como é o caso do *kit* do Programa Saúde da Família (PSF) do Programa da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, HiperDia, (BRASIL, 2002b) e da Farmácia da Mulher, o que parece ser uma ação contraditória do governo federal, diante da intenção de descentralização da AF.

O elenco de medicamentos do chamado *kit* do PSF foi instituído por meio da Portaria GM n.º 343/01 (BRASIL, 2001b) e era composto, inicialmente, por 31 medicamentos com entrega trimestral aos municípios que tivessem equipes do PSF ou o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS). Esse elenco foi alterado pela Portaria GM n.º 786/02 (BRASIL, 2002c) que incluiu mais dois medicamentos no elenco. Em 2003, novas alterações foram realizadas, mediante a Portaria GM n.º 1.397/03 (BRASIL, 2003), reduzindo para 23 o elenco de medicamentos.

Como resultado da diretriz adoção da Relação de Medicamentos Essenciais, o Ministério da Saúde publicou, em 1999, a revisão da Rename. Em 2002, o MS procedeu à atualização da Rename, que tinha 327 fármacos com 520 apresentações.

Cabe lembrar que a Rename deve ser utilizada como um guia básico para a elaboração de listas estaduais e municipais de medicamentos de acordo com o perfil epidemiológico do local. No entanto, ao mesmo tempo em que o governo federal se preocupa em revisar periodicamente a Rename, lança um Elenco Mínimo e Obrigatório. Esse elenco foi instituído pela Portaria SPS n.º 16/00 (BRASIL, 2000), composto por 19 medicamentos, que visava atender ao quadro de doenças prevalentes no âmbito regional e nacional. Os Planos Estaduais de Assistência Farmacêutica Básica deveriam contemplar o Elenco Mínimo e Obrigatório.

Observa-se, nessa situação, uma indefinição de qual elenco deve ser utilizado como instrumento norteador das ações de suprimento de medicamentos, se a Rename, o Elenco Mínimo e Obrigatório ou o *kit* PSF. Tal situação no âmbito do município causa problemas que fazem lembrar o período da Central de Medicamentos (CEME).

Outro ponto importante a ser analisado refere-se aos gastos com medicamentos. No ano de 2003, o MS despendeu R\$ 1.787.044.059,41 para a aquisição de medicamentos e destinou para o IAFB R\$ 178.643.696,00<sup>1</sup>, sem, contudo, avaliar o impacto causado em termos de atendimento da demanda populacional. Verifica-se, também, que não há uma avaliação ou acompanhamento do cumprimento das normas pactuadas.

<sup>1</sup> Ministério da Saúde/Sub-Secretaria de Assuntos Administrativos apud PEREIRA (2005, p.34).

Para ilustrar, pode-se citar um estudo que analisou os programas e as ações em AF (PEREIRA, 2005), cujos resultados afirmam que em 2001 a obrigatoriedade da inclusão, para a liberação do IAFB, de todos os medicamentos do elenco mínimo nas relações estaduais de medicamentos somente ocorreu nos estados de Alagoas e do Paraná.

Diagnósticos efetuados em alguns municípios e estados da AF apontam problemas relacionados à qualidade dos serviços prestados tanto pela debilidade de sua infraestrutura quanto por sua operacionalidade. Da mesma forma, são consideráveis as dificuldades de atendimento da demanda populacional por medicamentos.

Os motivos que explicam a falta de medicamentos na rede pública são múltiplos e complexos. Os problemas existentes não se limitam às questões financeiras, orçamentárias ou à falta de infraestrutura e recursos humanos; dependem também da conduta dos gestores, prescritores, dispensadores, consumidores e da indústria farmacêutica.

Alguns estudos têm explicitado e caracterizado as principais dificuldades do processo de implantação da PNM nos estados e municípios.

Uma avaliação da AF prestada pelo município de Porto Alegre (FRAGA, 2005) concluiu que a programação da aquisição de medicamentos era realizada de acordo com a quantidade distribuída, considerando uma relação de medicamentos desatualizada. Da mesma forma, a inexistência de normas e rotinas de dispensação comprometia a qualidade do atendimento aos usuários. A aquisição era desempenhada de maneira qualificada, levando em conta critérios técnicos. O trabalho demonstrou também, que o número de funcionários era insuficiente, não havendo rotina de trabalho definida, ausência de capacitação e de supervisão. Constatou, ainda, que as áreas físicas das farmácias da Gerência Distrital de Saúde Norte/Eixo Baltazar eram inadequadas, o que dificultava o desenvolvimento do trabalho.

Uma análise sobre a disponibilidade e acessibilidade econômica realizada no norte de Minas Gerais e no Vale do Jequitinhonha, englobando 19 municípios (GUERRA JUNIOR, 2002), demonstrou a baixa disponibilidade dos medicamentos essenciais nos almoxarifados municipais (52%); unidades públicas de saúde (46,9%); unidades filantrópicas e privadas (41,0% e 38,1%). Nas farmácias privadas, a disponibilidade dos medicamentos essenciais foi de 81,2%. Quanto ao perfil das prescrições, a maioria dos medicamentos (69,7%) não estava disponível nas unidades públicas de saúde e 23,4% não pertenciam à Renam.

O estudo concluiu que o setor público não adotou o conceito de medicamento essencial, havendo baixa disponibilidade e ausência de continuidade na oferta, além da prescrição de medicamentos de marcas de referência no SUS. A disponibilidade dos medicamentos essenciais foi maior nas farmácias privadas, mas foi verificado que marcas de referência estavam com valor superior ao tabelado, comprometendo a acessibilidade econômica. Os resultados deste trabalho sinalizaram a urgência da adoção de estratégias para divulgar e implementar o conceito de medicamento essencial nos setores público e privado.

Um diagnóstico da AF do estado da Bahia, realizado pela Secretaria da Saúde em parceria com o Instituto de Saúde Coletiva em 43 municípios, demonstrou que em 47,7% dos municípios não havia uma relação de medicamentos e 52,3% contava com uma lista de medicamentos que estavam disponíveis no estoque do serviço de saúde, não se referindo, portanto, a um elenco padronizado (BAHIA, 1998).

Uma avaliação da AF do Distrito Federal (NAVES; SILVER, 2005) apontou que foram efetivamente dispensados 61,2% dos medicamentos prescritos e o tempo médio de dispensação foi de 53,2 segundos. O mesmo estudo verificou que apenas 18,7% dos pacientes compreendiam integralmente a prescrição, sendo que 56,3% conseguiam ler a receita. Os resultados do trabalho demonstram que a eficiência das ações da AF está seriamente comprometida pelos baixos níveis de compreensão dos pacientes e pela dificuldade de acesso.

Um estudo realizado por Acúrcio (2004) avaliou as informações contidas nas prescrições médicas em 63 Unidades de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, sendo que os principais resultados foram: ausência de recomendação de uso em 84,3%, presença de dados posológicos variando de 51,2% a 97,6% e a utilização do nome genérico para todos os medicamentos prescritos de 51,9%. Os resultados da pesquisa apontaram para a necessidade de educação continuada dos prescritores e para a adoção de outras medidas de melhoria da qualidade das prescrições.

Uma avaliação realizada por Pereira (2005), sobre a disponibilidade de 13 medicamentos em 13.973 equipes do Programa Saúde da Família, no período de 2001 e 2002, apontou que 3,8% das equipes foram classificadas como tendo desempenho muito ruim, 19,50% ruim, 47,6% bom e 29% muito bom. O trabalho conclui que a disponibilidade de medicamentos essenciais nas equipes do PSF está sujeita não só a uma política de oferta de medicamentos, mas também à reorientação da AF.

No entanto, um estudo realizado em 413 municípios, que objetivava avaliar o estágio de organização da AF, após a adoção do IAFB, nos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, concluiu que:

*[...] embora persistam problemas importantes a serem enfrentados no processo de organização da Assistência Farmacêutica nos municípios brasileiros, existe um movimento institucional na direção de uma maior racionalidade político-administrativa, da melhoria das condições estruturais e de um incremento progressivo da qualificação da gestão e dos serviços de Assistência Farmacêutica. (BRASIL, UFMG, 2002e, p. 70).*

As pesquisas apresentadas demonstram que a política de medicamentos encontra-se em um estágio inicial de sua implantação, não garantindo ainda à maioria da população o acesso e o uso racional dos medicamentos. Observa-se, também que é urgente a adoção de mecanismos que propiciem a avaliação e o acompanhamento da política de medicamentos que está sendo implantada nas três esferas governamentais.

Por fim, verifica-se que para uma maior aproximação do propósito da PNM, expresso na Portaria n.º 3.916/98, implicaria reconhecer a importância do usuário nos serviços de saúde, a necessidade do provimento de um serviço farmacêutico estruturado adequadamente, em uma área física que permitisse o atendimento humanizado por profissionais capacitados e motivados ao encaminhamento das questões do usuário.

### A MUDANÇA DE PARADIGMA NA CONCEPÇÃO DOS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

A Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (Sobravime) enfatiza que o acesso e o uso racional de medicamentos devem se apoiar em legislações e regulamentações que tenham impacto sobre áreas críticas do campo farmacêutico:

*[...] seleção e registro de medicamentos; regulamentação da promoção comercial de produtos farmacêuticos; regulamentação de preços; adaptação dos novos acordos internacionais de comércio às necessidades dos países e seus problemas de saúde pública; melhoria da formação de profissionais de saúde; educação de consumidores; disponibilidade de informação independente e completa. (Sobravime, AIS LAC, 2001, p. 14).*

Assim, destaca-se o entendimento de que para melhorar o gerenciamento do setor farmacêutico é necessário implementar a regulamentação, aprimorar a troca de informações sobre o uso de medicamentos, dispor de informações independentes a fim de embasar a seleção e a prescrição racional.

Entende-se, portanto, que a melhoria da AF prestada à população depende da articulação de vários fatores e em diferentes instâncias.

De acordo com a Sobravime, os envolvidos na tarefa de garantir o acesso e o uso racional de medicamentos são:

- os governos que devem mostrar vontade política para estabelecer políticas farmacêuticas apropriadas e as conseqüentes legislações;
- os produtores e distribuidores de medicamentos que devem assumir não somente o compromisso de oferecer medicamentos com qualidade, os quais respondam às necessidades de saúde pública, mas oferecer informação completa com qualidade e melhorar suas práticas de mercadização;
- as universidades e outras instituições devem melhorar a formação de profissionais para assegurar sua independência em relação aos interesses comerciais;
- os profissionais de saúde (dispensadores e prescritores) devem manifestar seu próprio papel individual e o de sua categoria profissional para atuar a favor do uso racional de medicamentos na sociedade;

- *os organismos internacionais devem decididamente apoiar os governos para formular suas políticas farmacêuticas, as legislações apropriadas e sua aplicação;*
- *as organizações não-governamentais devem apoiar todas as iniciativas que estejam orientadas a ter repercussão positiva sobre qualquer elemento do campo farmacêutico;*
- *os consumidores devem participar ativamente na formulação de políticas e no processo educativo que os leve a um uso responsável dos medicamentos. (Sobravime, AIS LAC, 2001, p. 14).*

O envolvimento dos vários atores é fundamental para a garantia do acesso, do uso racional e da qualidade. O acesso é entendido como a capacidade de prover medicamentos essenciais à população no momento e no local em que são necessários, sendo adquiridos a preços compatíveis que permitam o devido financiamento.

O uso racional caracteriza-se pela adoção de atitudes alicerçadas em informações técnico-científicas e operacionais durante o diagnóstico, a prescrição, a dispensação e a utilização dos medicamentos. A qualidade é compreendida tanto como do produto fornecido quanto do serviço prestado. Centralizar a atenção em um ou outro aspecto da Política de Medicamentos não possibilitaria melhores condições à sua implementação.

Apesar da garantia do acesso aos medicamentos essenciais ter maior evidência como problema, inclusive no exterior, visto que aproximadamente um terço da população mundial e mais de 50% no caso da população da África e Ásia não têm acesso aos medicamentos essenciais (OMS, 2000; 2003), é necessário preocupar-se também com a organização e a estruturação do serviço de AF, pois os medicamentos são apenas instrumentos para a prestação do serviço.

A experiência tem mostrado que as políticas de financiamento e de provimento de medicamentos, no Brasil, não têm sido suficientes para garantir o acesso, provavelmente devido à ausência de um serviço que gerencie apropriadamente esses recursos.

A atual estrutura organizacional da AF, em nível municipal, tem apresentado uma certa desorganização das etapas do ciclo da AF; ausência de recursos humanos em número suficiente e capacitados; áreas físicas inadequadas e a inexistência de procedimentos operacionais padronizados. Observa-se, ainda, que os municípios enfatizam a atividade de aquisição dos medicamentos.

De um modo geral, verifica-se que os municípios têm adotado a implantação de pequenas farmácias na maioria das unidades de saúde, o que, agregado a uma estrutura organizacional deficiente, gera problemas como: desorganização do serviço, falta de medicamentos, ausência de controle dos medicamentos, inexistência de acompanhamento dos usuários e falta de profissionais farmacêuticos responsáveis por cada um desses pontos de “entrega”. Essa situação provoca, principalmente, a diminuição da resolutividade dos serviços de saúde.



É possível concluir, finalmente, que qualquer discussão sobre a Assistência Farmacêutica parte, na verdade, de sua definição expressa na própria PNM:

*[...] como um grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve também 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, 1998c, p. 34).*

Segundo Perini (2003), a AF pode ser entendida como um sistema complexo de atividades técnicas, decisões políticas, comportamentos, ações, processos e produtos mais ou menos característicos, organizados em “etapas” ou “subsistemas” definidores de sua existência. Assim, em função dessa abordagem sistêmica, a AF passa a ser concebida como um conjunto de elementos que interagem com uma finalidade determinada e que constituem um sistema.

Dessa forma, a AF também é parte de um sistema mais amplo, que é o sistema de saúde, bem como do sistema do setor farmacêutico, o qual é complexo e muito heterogêneo em sua composição e interesses. Por sua vez, esse setor é composto pelo sistema de produção e de vigilância sanitária.

Cada um desses sistemas tem finalidades e objetivos definidos, relacionados com um sistema de maior envergadura, constituindo-se assim subsistemas do mesmo. Dessa maneira, é possível compreender as interações entre os subsistemas, que atuam como determinantes e condicionantes que explicam os comportamentos e os resultados esperados de cada um deles (SANTICH; GALLI, 1995).

Portanto, ao propor um modelo de estruturação e organização da AF, é preciso considerar a política de saúde e a política de medicamentos do país.

A AF engloba um conjunto de atividades ou de elementos que tem objetivos comuns que apontam para um sistema global, em que existem também objetivos. Cada atividade constitui um conjunto de tarefas que formam uma estratégia à obtenção de objetivos específicos. Um conjunto de elementos forma um componente.

No entanto, é necessário considerar que o Sistema de Assistência Farmacêutica desenvolve-se na sociedade, onde são esperados conflitos, uma vez que as pessoas são movidas por seus interesses, ideologias e valores.

Um sistema social, então, não segue os rígidos padrões de determinação e o alto grau de previsibilidade dos sistemas naturais. A utilização da Teoria de Sistemas aplicada à AF, neste trabalho, tem o intuito de facilitar a sua compreensão, para propiciar a elaboração

de um modelo didático que ajude a explicar como deve ocorrer o desenvolvimento de suas atividades, sem esquecer, todavia, as limitações desse modelo quando for transposto para a realidade.

A análise da Assistência Farmacêutica Básica com enfoque sistêmico conduz à proposição de um sistema composto por quatro componentes (SANTICH; GALLI, 1995):

- Técnico-científico
- Operacional
- Informação
- Qualidade

O componente Técnico-científico é composto pelos elementos de seleção de medicamentos, protocolos terapêuticos, formulário terapêutico, farmacoepidemiologia, farmacoeconomia e farmacovigilância (modificado SANTICH; GALLI, 1995).

O componente Operacional tem em sua composição os elementos: programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação, capacitação de profissionais, educação dos usuários dos serviços e seguimento farmacoterapêutico (modificado SANTICH; GALLI, 1995).

O terceiro componente é constituído pelos elementos: informação técnico-científica e informação operacional.

Os elementos do componente Qualidade são a qualidade do produto e do serviço.

Cada componente tem um objetivo, necessitando para alcançá-lo ter seus elementos definidos e organizados para cumprir as suas tarefas dentro de uma estrutura organizacional com a requerida infraestrutura.

Os resultados obtidos em cada componente da AF influenciarão os demais componentes e, por conseguinte, todo o Sistema de Assistência Farmacêutica.

Um ponto importante a considerar é que a AF, por ser um conjunto de atividades complexas que requerem um trabalho multidisciplinar, exige articulações permanentes com outras áreas, como Vigilância Sanitária, Epidemiologia, Programa de Saúde da Família, demais Políticas de Saúde, Setor de Planejamento, Setor Financeiro, Material e Patrimônio, Licitação e Setor Jurídico (BRASIL, 2001c).

Nesse contexto, a mudança de paradigma em relação à concepção dos serviços farmacêuticos reflete a necessidade de reorientar, efetivamente, a AF no país. Para isso, é necessário que o conjunto de atividades relacionadas modifique o foco de interesse, tendo o usuário, e não mais o medicamento, como elemento central.

O aparente colapso financeiro que assombra os gestores públicos em relação à aquisição de medicamentos deverá ser objeto de profundas transformações no âmbito da AF.

Nesse sentido, se o copagamento vem a ser uma estratégia de viabilidade na promoção do acesso, o mesmo grau de prioridade deveria ser atribuído a outras estratégias como aquelas destinadas ao combate à medicalização do sistema e à qualificação da gestão farmacêutica.

Entretanto, qualquer medida destinada à qualificação dos serviços farmacêuticos deve, necessariamente, estar fundamentada em uma concepção clara e consistente do papel a ser executado pelos serviços farmacêuticos na atenção à saúde.

Observa-se, porém, que, de um modo geral, a prática do serviço farmacêutico continua vinculada ao simples fornecimento do insumo, sendo que, muitas vezes, isso é feito dentro de estruturas deficientes e tecnicamente questionáveis.

Embora o ciclo da AF esteja amplamente disseminado no país, é preciso avançar e romper com a concepção meramente logística do fornecimento de medicamentos.

Talvez esse desafio possa ser melhor enfrentado à luz de uma estrutura organizacional institucionalizada, ou seja, reconhecida e regulamentada, capaz de agregar valor ao serviço farmacêutico, na busca da integralidade do conjunto das ações em saúde.

Finalmente, entende-se que é necessário analisar os aspectos funcionais da AF, nos diferentes níveis de gestão, o que uma vez acordado deverá permitir identificar outras estratégias na operacionalização do serviço farmacêutico no SUS.

Assim, buscou-se no presente trabalho sistematizar as funcionalidades, os componentes e elementos que integram o serviço farmacêutico.

#### UM MODELO LÓGICO PARA OS SERVIÇOS FARMACÊUTICOS

Diante do exposto, propõe-se um modelo lógico para o Sistema de Assistência Farmacêutica em nível municipal, com base na definição de Assistência Farmacêutica expressa na Política Nacional de Medicamentos e na sua concepção sistêmica (SANTICH; GALLI, 1995). Um modelo lógico descreve a sequência de eventos, por meio de uma síntese dos principais componentes do programa inseridos em um quadro, a fim de demonstrar como o programa teoricamente funciona.

Definindo-se a Assistência Farmacêutica pelo enfoque sistêmico, pode-se entender a sua totalidade, unidade, organização e complexidade. Da mesma forma, pode-se decompor o sistema e entender os seus componentes, tendo a preocupação, no entanto de não desarticulá-lo, desorganizá-lo ou simplificá-lo.

Além disso, a Figura 1 apresenta o Modelo Lógico do Sistema de Assistência Farmacêutica, identificando em cada um de seus componentes objetivos, produtos, resultado e impacto produzido.

A Figura 1 permite compreender as interações entre os componentes do sistema como um ciclo contínuo e permanente de transformações e de determinações mútuas. Cada componente com o seu objetivo e produto devem ser articulados para produzir o resultado esperado: garantia de medicamentos seguros, eficazes e de qualidade, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais.

A partir dessa representação, torna-se possível propor a definição de indicadores que permitam avaliar a AF de forma realmente sistemática, visto que os indicadores comumente utilizados restringem-se a aspectos isolados do conjunto de atividades relacionadas ao ciclo da AF. Assim, seria necessário estabelecer indicadores de eficiência na utilização

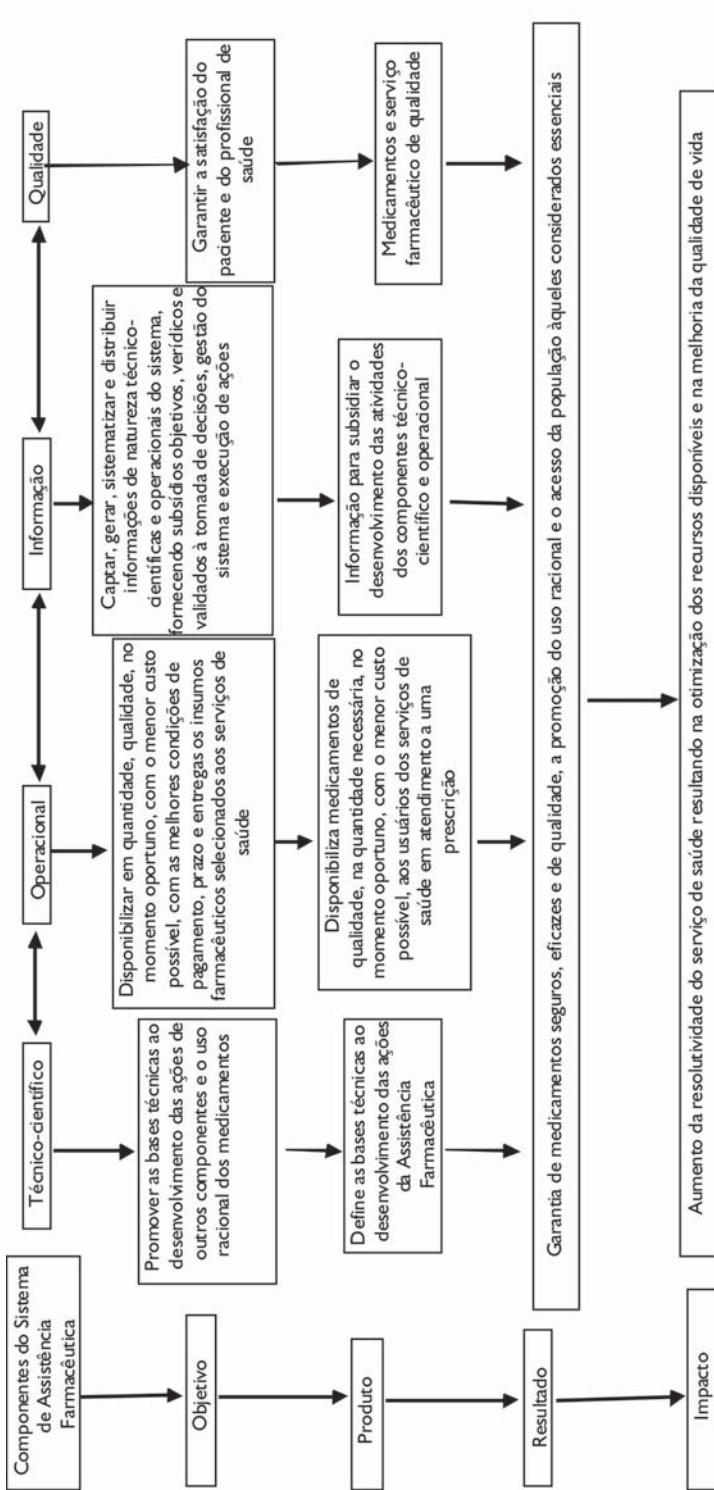


Figura 1: Modelo Lógico do Sistema de Assistência Farmacêutica  
 Fonte: FRAGA, Flávia N.R., 2005, p.87

dos recursos disponíveis para a obtenção de um dado produto, bem como indicadores de eficácia no alcance dos resultados esperados pelos produtos obtidos. Todavia, não é objetivo deste trabalho apontar quais seriam esses indicadores, podendo esse tema se tornar objeto de trabalhos futuros.

Entretanto, cada componente é constituído por vários elementos ou atividades, cujo conjunto compõe uma estratégia para atingir o seu propósito. Cada elemento também tem um objetivo, um produto e um resultado que produzirá um impacto.

A Figura 2 apresenta o Modelo Lógico do Componente Técnico-científico do Sistema de Assistência Farmacêutica, cujo objetivo é promover as bases técnicas ao desenvolvimento das ações de outros componentes e o uso racional dos medicamentos. Em outras palavras, os elementos do componente Técnico-científico geram, a partir das informações técnico-científicas e operacionais, produtos que norteiam o trabalho que deve ser desenvolvido pelo Sistema de Assistência Farmacêutica.

Observa-se que os produtos dos elementos do componente Técnico-científico são os mais difíceis de serem obtidos, uma vez que requerem profissionais com conhecimento atualizado sobre medicamentos e acesso permanente a informações imparciais, livres da influência da propaganda da indústria farmacêutica. Entretanto, é possível estabelecer mecanismos que facilitem a obtenção dos produtos esperados, a parceria com centros de informação de medicamentos, universidades, associações e sociedades de profissionais da área da saúde pode ser uma alternativa. Outra opção é a formação de consórcios com outros municípios.

A nomeação de uma comissão de padronização de medicamentos ou de farmácia e terapêutica já tem ocorrido em vários municípios e é bastante frequente no âmbito hospitalar. Centros de informação de medicamentos e universidades poderiam auxiliar por meio da qualificação de membros de comissões de padronização em alguns conceitos

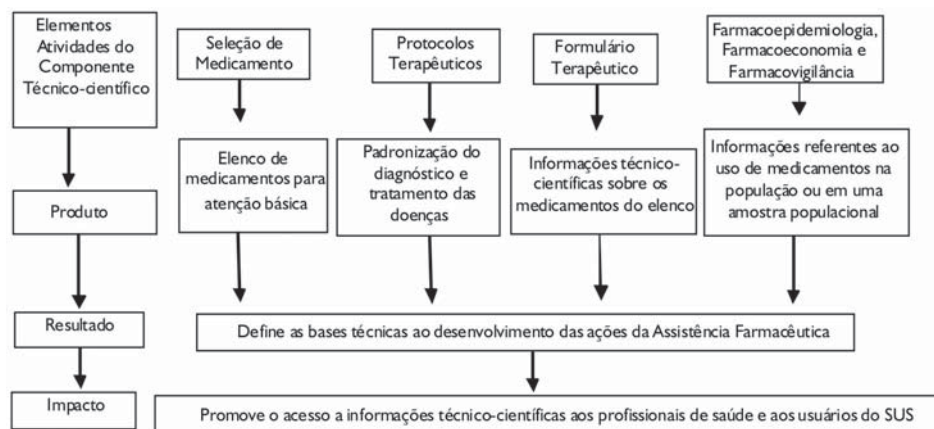


Figura 2: Modelo Lógico do Componente Técnico-científico do Sistema de Assistência Farmacêutica

Fonte: FRAGA, Flávia N.R., 2005,p.90

relacionados, por exemplo, a medicamentos essenciais e critérios para sua seleção. A Rename, e o elenco mínimo são subsídios à elaboração dos protocolos terapêuticos e à seleção de medicamentos.

Porém, certamente que a obtenção dos produtos dos elementos do componente Técnico-científico se tornariam mais viáveis, se o Ministério da Saúde definisse os protocolos terapêuticos das patologias mais prevalentes, o formulário terapêutico e a Rename, compatíveis com essas definições. Ao município caberia proceder as devidas adaptações a sua realidade.

Quanto a farmacovigilância é possível vislumbrar a possibilidade do município desenvolver ações nessa área, já que a ANVISA lançou o “Projeto Farmácias Notificadoras” com a intenção de ampliar as fontes de notificação de casos suspeitos de efeitos adversos e de queixas técnicas de medicamentos. O projeto-piloto nos estados de São Paulo e Santa Catarina vem se desenvolvendo por meio de uma parceria do Centro de Vigilância Sanitária e o Conselho Regional de Farmácia de cada estado. Esse projeto poderá estimular o desenvolvimento de ações de saúde em farmácias e drogarias.

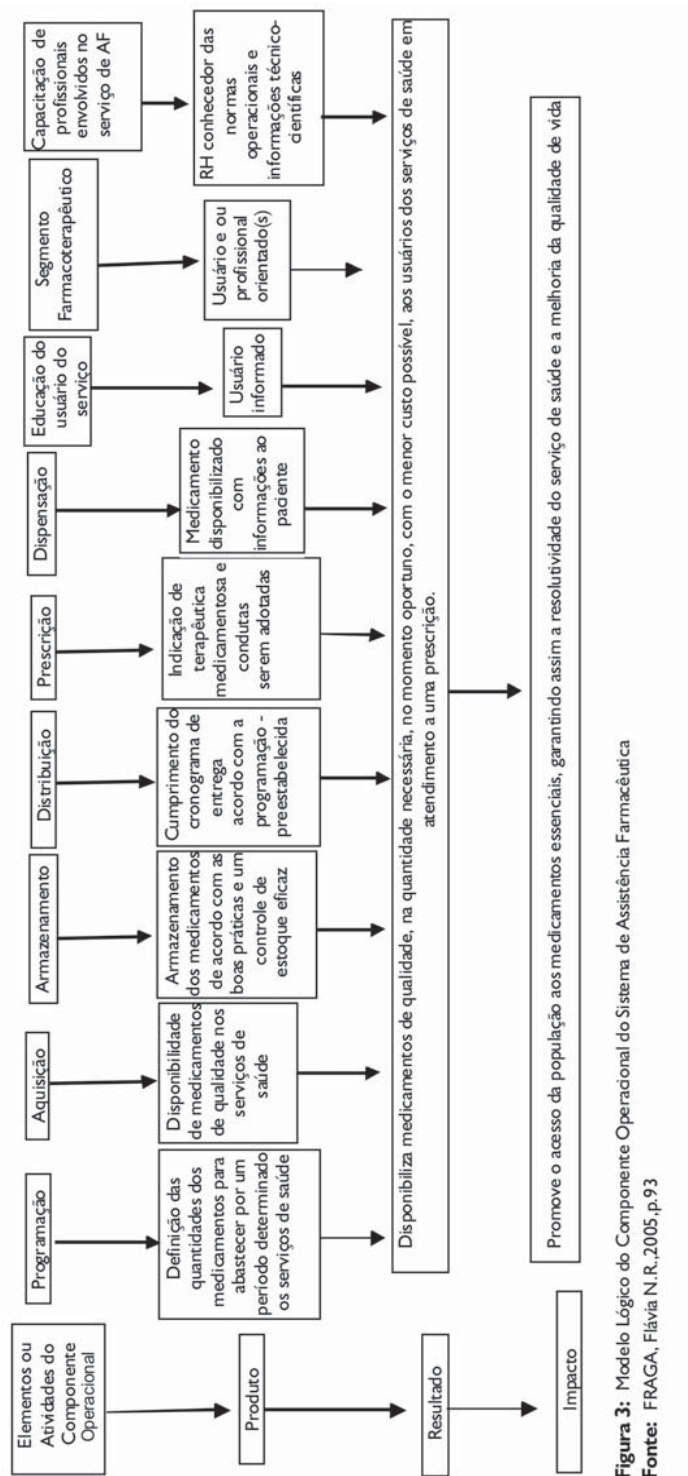
A Figura 3 apresenta o Modelo Lógico do Componente Operacional do Sistema de Assistência Farmacêutica, cujo objetivo é disponibilizar medicamentos de qualidade, na quantidade necessária, no momento oportuno, com o menor custo possível, aos usuários dos serviços de saúde em atendimento a uma prescrição.

Dos componentes do Sistema de Assistência Farmacêutica a maior experiência governamental, muito provavelmente, é relacionada ao desenvolvimento das atividades do componente Operacional. Na esfera federal, essa experiência foi adquirida nas aquisições da Central de Medicamentos, do Programa Farmácia Básica e dos diversos kits atualmente existentes. Em termos estaduais, podem ser citados os Programas: Farmácia Básica (Paraná), Dose Certa (São Paulo) e o Projeto Farmácia Essencial (Minas Gerais), que tinham um elenco de medicamentos destinados a atender à atenção primária, geralmente eram adquiridos nos laboratórios oficiais de seus estados e distribuídos trimestralmente aos municípios. Nestes, após o início dos repasses financeiros, determinados pelas Portarias GM n.ºs 176/99 e 1.077/99, principalmente as atividades de aquisição e distribuição tornaram-se uma realidade.

No campo teórico, o Ministério da Saúde emitiu uma série de manuais que tratam sobre programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. No campo legal, o governo federal já publicou legislações que abordam aspectos relacionados à aquisição de medicamentos, tais como as Portarias n.ºs 1.818/97 (BRASIL, 1997) e 2.814/98 (BRASIL, 1998a), a distribuição Portaria n.º 802/98 (BRASIL, 1998b), a prescrição Lei n.º 9.787/99 (BRASIL, 1999a) e Portaria n.º 507/99 (BRASIL, 1999c) e a dispensação Resolução n.º 328/99 (BRASIL, 1999e).

Entretanto, apesar da experiência, do conhecimento teórico e da legislação, ainda não foi possível atingir em sua plenitude o resultado esperado do componente Operacional.

Talvez, o que justifique parte dessa dificuldade seja o que foi observado em um estudo que avaliou o serviço farmacêutico prestado pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (FRAGA, 2005, p.83), o qual demonstrou que as causas do problema da falta de medicamentos eram centradas no gerenciamento inadequado das informações operacio-



**Figura 3:** Modelo Lógico do Componente Operacional do Sistema de Assistência Farmacêutica  
**Fonte:** FRAGA, Flávia N.R., 2005, p.93

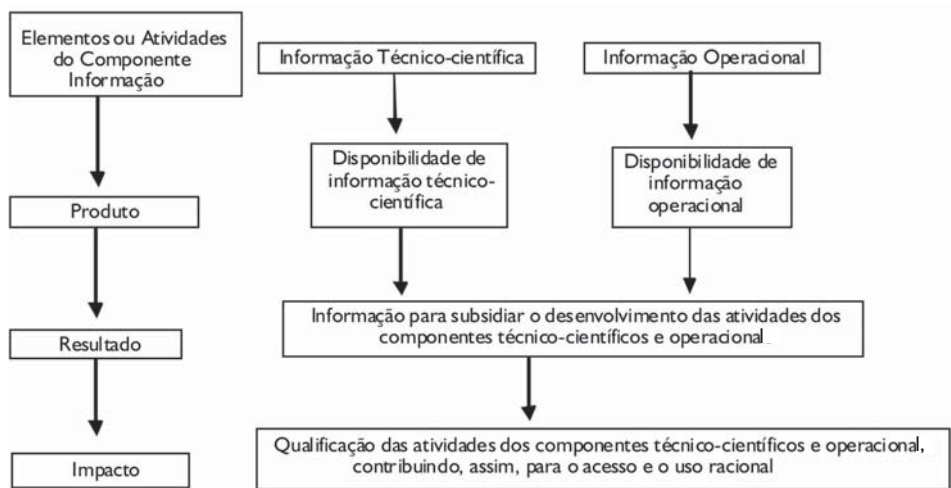
nais, das informações técnico-científicas, dos recursos humanos e da inadequação de área física. Identificou, portanto, a necessidade de trabalhar de forma sistêmica, reconhecendo a importância dos demais componentes (Técnico-científico, Informação e de Qualidade), aliado à promoção do uso racional e o atendimento humanizado do usuário do serviço, provavelmente colaborariam com relevância para garantia do acesso aos medicamentos essenciais.

Uma contribuição indispensável para a reorientação da AF é a capacitação dos profissionais de saúde que, conhecedores dos procedimentos operacionais padrão e das informações técnico-científicas são agentes importantes nessa mudança. Não basta, entretanto, apenas capacitar; é preciso implantar uma política de recursos humanos que reconheça as atividades que devem ser desenvolvidas e que defina o número suficiente de profissionais para desempenhar o trabalho com uma supervisão constante. Além disso, é necessário prover uma infraestrutura adequada à realização desse trabalho.

O usuário também pode colaborar com essa mudança. Para tanto, precisa ser informado sobre o uso adequado dos medicamentos, seja no momento da dispensação, durante a consulta farmacêutica (segmento farmacoterapêutico), seja em trabalhos de grupo de educação à saúde.

A Figura 4 demonstra o Modelo Lógico do Componente Informação, cujo objetivo é captar, gerar, sistematizar e distribuir informações de natureza técnico-científicas e operacionais do sistema, fornecendo subsídios objetivos, verídicos e validados à tomada de decisões, gestão do sistema e execução das ações.

Conforme já referido, a obtenção de informações técnico-científicas é essencial para a elaboração dos produtos dos elementos do componente técnico-científico. As



**Figura 4:** Modelo Lógico do Componente Informação do Sistema de Assistência Farmacêutica  
**Fonte:** FRAGA, Flávia N.R.,2005, p.94



informações operacionais podem advir das atividades do componente operacional e da qualidade. Para isso, basta estabelecer formulários de captação e sistematização dos dados. Entretanto, é preciso definir a utilidade do dado a ser coletado, visando, dessa forma à racionalização do trabalho.

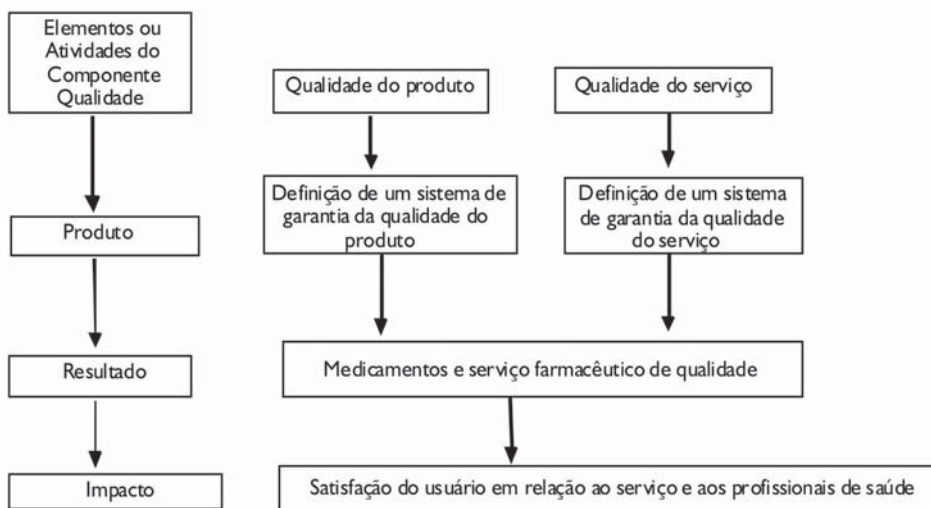
Os dados relativos à movimentação de estoque na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) e aos preços dos medicamentos geralmente estão disponíveis, em função do enfoque na aquisição. A informatização da farmácia seria um acréscimo importante à estratégia de reorientação da AF, pois pode contribuir agilizando a coleta de dados referentes ao paciente, à prescrição e ao medicamento dispensado.

Após a coleta dos dados, é necessário providenciar a sua sistematização e divulgação aos diversos profissionais, buscando, assim, promover a sua utilização.

A Figura 5 demonstra o Modelo Lógico do Componente Qualidade, cujo objetivo é garantir a satisfação do paciente e do profissional de saúde.

A partir da representação do componente Qualidade cabe a observação de que o elemento qualidade do produto predomina na relação da AF com a regulação sanitária. Isso acontece porque o elemento qualidade do serviço é vinculado apenas à disponibilidade do produto no serviço de saúde.

Após a apresentação dos componentes do Sistema de Assistência Farmacêutica, verifica-se que este funciona captando e processando dados de forma circular, sendo que os resultados gerados em um determinado componente influenciam o outro. É como se fosse a engrenagem de uma máquina. Essa “engrenagem” pode ser traduzida como os diversos componentes da Assistência Farmacêutica, trabalhando articuladamente, em que se necessita de recursos humanos em quantidades suficientes, motivados e capacitados; uma área física e equipamentos adequados, além de informações técnico-científicas e operacionais.



**Figura 5:** Modelo Lógico do Componente Qualidade do Sistema de Assistência Farmacêutica

**Fonte:** FRAGA, Flávia N.R., 2005, p.95

Assim, o serviço de AF pode ser definido como o conjunto de atividades em Assistência Farmacêutica desempenhadas não só pelo farmacêutico, mas também por uma equipe multidisciplinar, que busca a promoção, proteção e recuperação da saúde de um indivíduo ou de uma coletividade por meio de ações relacionadas aos medicamentos. A atenção Farmacêutica, que é uma prática exclusiva do profissional farmacêutico, também está incluída nessa definição.

Espera-se que o serviço de AF municipal busque garantir:

- O acesso aos medicamentos essenciais, seguros, eficazes e de qualidade.
- O uso racional dos medicamentos, desde o diagnóstico, prescrição, dispensação e utilização pelo paciente.
- A disponibilidade de informações técnico-científicas e operacionais para apoiar as decisões.
- A qualidade nos processos de trabalho e do produto oferecido.
- Um custo compatível com o resultado obtido.
- Um atendimento humanizado dos usuários.
- O aprimoramento da formação dos profissionais envolvidos nas atividades de AF.
- O fornecimento de orientações aos usuários do serviço de AF para a obtenção dos resultados previstos na terapêutica indicada.
- A integração da Assistência Farmacêutica com as demais áreas da assistência à saúde.
- A participação no desenvolvimento de programas de promoção à saúde e de prevenção das doenças.

O serviço de Assistência Farmacêutica municipal, em uma perspectiva mais ampla, pode ser estruturado de acordo com a capacidade instalada dos serviços de saúde, dos serviços de apoio gerencial, dos recursos humanos disponíveis e suas capacitações, assim como dos recursos materiais e financeiros.

Todavia, a sensibilização e o apoio do gestor, reconhecendo a importância do serviço de Assistência Farmacêutica, é imprescindível para a sua organização e estruturação.

Pretende-se que o modelo proposto dê conta dos quatro componentes da Assistência Farmacêutica de forma concatenada, tendo a racionalidade do uso dos medicamentos garantida, principalmente, por meio da formulação e implantação de protocolos terapêuticos, formulário terapêutico, relação municipal de medicamentos essenciais; orientação de pacientes e das atividades operacionais planejadas e executadas de acordo com o perfil epidemiológico da população.

Os elementos do componente Informação obtêm as informações de várias fontes, sendo que entre essas estão os indicadores de avaliação da Assistência Farmacêutica, contemplados no componente da Qualidade.

O modelo de funcionamento do Sistema de Assistência Farmacêutica Básica, proposto

por este trabalho, tem suas atividades efetuadas em uma estrutura composta por três níveis hierárquicos, contemplando os quatro componentes. O nível central, que corresponde à Coordenação da Política Municipal de Medicamentos que se localizaria na Secretaria Municipal de Saúde; o nível distrital, responsável pela Unidade Distrital da Assistência Farmacêutica no distrito sanitário e o nível local, que corresponde à Farmácia propriamente dita.

Quanto às atribuições da Coordenação da Política Municipal de Medicamentos propõe-se:

- Formular e implantar a Política Municipal de Medicamentos, integrada com as demais áreas da assistência à saúde.
- Coordenar, acompanhar e avaliar a implantação da Política Municipal de Medicamentos.
- Acompanhar e avaliar as atividades das Unidades Distritais de Assistência Farmacêutica e das Farmácias.
- Coordenar e estabelecer normas de funcionamento para a Comissão de Farmácia e Terapêutica.
- Selecionar, por meio da Comissão de Farmácia e Terapêutica os medicamentos essenciais que comporão a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.
- Elaborar, por meio da Comissão de Farmácia e Terapêutica o Formulário Terapêutico, responsabilizando-se pela sua divulgação.
- Participar e apoiar o trabalho desenvolvido pela Comissão de Protocolo Terapêutico.
- Coordenar estudos de farmacoepidemiologia.
- Coordenar estudos de farmacoconomia.
- Incentivar a notificação de suspeita de reações adversas a medicamentos e a queixa técnica pelos profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde à Vigilância Sanitária Municipal.
- Apoiar as ações desenvolvidas pela Vigilância Sanitária Municipal.
- Planejar e executar capacitações para os profissionais envolvidos nas atividades de Assistência Farmacêutica.
- Definir procedimentos operacionais padrão para todas as atividades da Assistência Farmacêutica.
- Elaborar, implantar e avaliar a programação de medicamentos.
- Produzir relatórios que permitam conhecer as demandas atendida e não atendida, o consumo histórico, as entradas e saídas dos medicamentos da Central de Abastecimento Farmacêutico e nos níveis distrital e local.
- Solicitar e acompanhar a aquisição de medicamentos.
- Coordenar a Comissão Municipal de Compras de Medicamentos que tem caráter técnico.
- Estabelecer mecanismos que permitam a aquisição de medicamentos de

fornecedores com comprovada qualidade.

- Supervisionar o trabalho desenvolvido pelo farmacêutico da Central de Abastecimento Farmacêutico nas atividades de armazenamento, distribuição e transporte dos medicamentos.
- Fomentar um trabalho de parceria com as Universidades, Centro de Informações de Medicamentos para compartilhar recursos de informação técnico-científica para subsidiar as atividades dos componentes técnico-científicos, operacionais, de informação e qualidade.
- Captar, sistematizar e divulgar as informações técnico-científicas de interesse do cotidiano de trabalho da Secretaria Municipal de Saúde.
- Captar, sistematizar e divulgar as informações operacionais geradas nas atividades de Assistência Farmacêutica.
- Planejar, coordenar e implantar ações de educação dos usuários do serviço de Assistência Farmacêutica municipal.
- Elaborar material informativo sobre medicamentos para usuários e profissionais de saúde.
- Implantar o Segmento Farmacoterapêutico.
- Definir e implantar um Sistema de Garantia da Qualidade do Serviço de Assistência Farmacêutica prestado.
- Definir e implantar um Sistema de Garantia da Qualidade do Produto Farmacêutico disponibilizado à população municipal.
- Implantar a coleta de dados de indicadores de avaliação de estrutura, processo e resultado da Assistência Farmacêutica Municipal.
- Prestar contas ao gestor, por meio de relatórios do andamento do serviço de Assistência Farmacêutica Municipal.

As atribuições da Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica são:

- Implantar a Política Municipal de Medicamentos definida pelo nível central da Secretaria Municipal de Saúde.
- Coordenar, acompanhar, avaliar e supervisionar as atividades de Assistência Farmacêutica nas farmácias de seu distrito sanitário.
- Promover o desenvolvimento de um trabalho integrado entre as farmácias do seu território, Central de Abastecimento Farmacêutico e a Coordenação da Política Municipal de Medicamentos.
- Sistematizar e emitir relatórios sobre as demandas atendida e não atendida, consumo histórico, entradas e saídas dos medicamentos das farmácias do seu distrito sanitário.
- Sistematizar e elaborar relatórios dos dados dos indicadores de avaliação da Assistência Farmacêutica das farmácias do distrito sanitário sob sua responsabilidade.

- Remanejar medicamentos entre as farmácias sob sua responsabilidade.
- Participar da Comissão de Farmácia e Terapêutica e de Compras de Medicamentos.
- Encaminhar pedidos de inclusão e exclusão de medicamentos à Comissão de Farmácia e Terapêutica.
- Divulgar os Protocolos Terapêuticos, o Formulário Terapêutico, a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais e os Procedimentos Operacionais Padrão.
- Participar dos estudos de farmacoepidemiologia e farmacoeconomia.
- Encaminhar à Coordenação da Política Municipal de Medicamentos notificações de suspeita de reações adversas e queixa técnica advindas dos profissionais e usuários dos serviços de saúde sob sua jurisdição.
- Colaborar com a realização de capacitações para os profissionais envolvidos em atividades de Assistência Farmacêutica no seu território.
- Participar das ações de educação dos usuários das farmácias do seu território.
- Apoiar as ações que visem à implantação do segmento farmacoterapêutico em seu território.
- Participar na elaboração de material informativo sobre medicamentos para usuários e profissionais de saúde.
- Divulgar informações técnico-científicas e operacionais aos serviços sob sua responsabilidade.
- Implantar o Sistema de Garantia da Qualidade do Serviço de Assistência Farmacêutica definido pela Política Municipal de Medicamentos.
- Implantar o Sistema de Garantia da Qualidade do Produto Farmacêutico disponibilizado à população municipal, definido pela Política Municipal de Medicamentos.
- Emitir relatórios de prestação de contas à Coordenação da Política Municipal de Medicamentos das atividades das farmácias sob sua jurisdição.

As atribuições do nível local são:

- Implantar a Política Municipal de Medicamentos, definida pelo nível central da Secretaria Municipal de Saúde.
- Coordenar, acompanhar, avaliar e supervisionar as atividades desenvolvidas na farmácia.
- Promover o desenvolvimento de um trabalho integrado entre a farmácia e a Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica do seu território.
- Requisitar medicamentos à Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) para suprimento da Farmácia.
- Realizar o controle quantitativo e qualitativo dos medicamentos recebidos do CAF.
- Armazenar os medicamentos de acordo com os critérios técnicos, sanitários e administrativos.

- Avaliar as prescrições sob o ponto de vista legal e farmacológico.
- Dispensar medicamentos mediante apresentação de receita, orientando e educando o paciente sobre o seu uso racional e sua armazenagem.
- Remanejar medicamentos quando necessário.
- Controlar a movimentação de estoques de medicamentos, inventariando periodicamente.
- Sistematizar e emitir relatórios sobre as demandas atendida e não atendida, consumo histórico, entradas e saídas dos medicamentos da farmácia encaminhando à Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica.
- Sistematizar e elaborar relatórios dos dados dos indicadores de avaliação da Assistência Farmacêutica da farmácia encaminhando à Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica.
- Participar da Comissão de Farmácia e Terapêutica e de Compras de Medicamentos.
- Encaminhar pedidos de inclusão e exclusão de medicamentos à Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica.
- Divulgar os Protocolos Terapêuticos, o Formulário Terapêutico e a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.
- Aplicar os Procedimentos Operacionais Padrão.
- Participar dos estudos de farmacoepidemiologia e farmacoeconomia.
- Encaminhar à Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica notificações de suspeita de reações adversas e queixa técnica advindas dos profissionais e usuários do seu serviço de saúde.
- Colaborar com a realização de capacitações para os profissionais envolvidos em atividades de Assistência Farmacêutica no seu território.
- Capacitar e supervisionar seus auxiliares na execução de suas atividades.
- Participar das ações de educação dos usuários da farmácia.
- Participar na elaboração de material informativo sobre medicamentos para usuários e profissionais de saúde.
- Desenvolver o Segmento Farmacoterapêutico.
- Participar de trabalhos com grupos de pacientes de programas especiais (diabéticos, hipertensos, etc.).
- Divulgar informações técnico-científicas e operacionais aos profissionais de saúde e usuários da farmácia.
- Implantar o Sistema de Garantia da Qualidade do Serviço de Assistência Farmacêutica, definido pela Política Municipal de Medicamentos.
- Implantar o Sistema de Garantia da Qualidade do Produto Farmacêutico disponibilizado à população municipal, definido pela Política Municipal de Medicamentos.
- Emitir relatórios de prestação de contas à Unidade Distrital de Assistência Farmacêutica das atividades da farmácia.

A implantação do modelo pode ser iniciada por meio da nomeação de um farmacêutico para cada gerência distrital de saúde, que ficaria responsável por reorganizar as farmácias do distrito, atuando em consonância com a coordenação da Política de Medicamentos.

Para propor a reorientação da AF, considerando o modelo apresentado, seria importante, por exemplo, repactuar o IAFB ou criar um novo incentivo que permitisse não apenas a compra de medicamentos, mas também reformas na infraestrutura, aquisição de sistemas informatizados de controle de estoque, qualificação de pessoal, etc. A habilitação para o recebimento desse incentivo deveria exigir um plano de investimentos com os objetivos, as metas, ações e um cronograma de execução. O controle da execução do plano seria de competência do controle social e da Secretaria Estadual da Saúde.

A inclusão de determinados procedimentos na tabela de pagamento do SUS, entre os quais o segmento farmacoterapêutico, a notificação de reações adversas, bem como de queixas técnicas de medicamentos e trabalhos com grupos de pacientes, serviriam de incentivo ao gestor para qualificar a Assistência Farmacêutica. Além disso, a medida produziria maior acesso às informações sobre medicamentos aos usuários do serviço farmacêutico, o que contribuiria para o sucesso da terapêutica medicamentosa em curso.

De acordo com o objetivo deste estudo, analisar os serviços farmacêuticos na esfera municipal e propor um modelo lógico de trabalho para os níveis central, distrital e local, visando à construção de uma estratégia voltada à reorganização da AF, conclui-se que:

O funcionamento adequado do modelo exige recursos humanos em quantidades suficientes para o desempenho do trabalho, motivados e capacitados, uma área física e equipamentos apropriados, bem como informações técnico-científicas e operacionais atualizadas.

O apoio do gestor, reconhecendo a importância dos serviços de Assistência Farmacêutica, é fundamental para sua organização e estruturação, acrescido de técnicos capacitados e motivados.

É preciso enfatizar que a Política de Medicamentos é desenvolvida pelas três esferas de governo. Assim, os estados e a União devem avaliar suas ações e, dessa forma, proceder as devidas correções de rumo.

Ao definir as atribuições e atividades da AF, é possível perceber que o foco das ações pode ser reorientado à prestação de serviços farmacêuticos, tendo como prioridade a satisfação do usuário.

## REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco A. et al. Analysis of Medical Prescriptions Dispensed at Health Centers In Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.º 1, p. 72-79, jan./fev.2004.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Coordenação Estadual de Assistência Farmacêutica. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Diagnóstico da Assistência Farmacêutica do Estado da Bahia. Salvador, 1998. 54 p.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988. Diário Oficial da União, Brasília. 1988. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 11/12/2004.

BRASIL. Lei n.º 8.080 (Lei Orgânica de Saúde), 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. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990a. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=16619&word=>>. Acesso em: 14/12/2004.

BRASIL. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre transferências governamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990b. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=254&word=>>. Acesso em 14/12/2004.

BRASIL. Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei n.º 6360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 11 fev. 1999a. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=16622&word=>>. Acesso em: 29/11/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/01) de 26 de janeiro de 2001. Portaria GM/MS n.º 95. Amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União, Brasília, 29 jan. 2001a. Disponível em: <[http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01\\_PT95.htm](http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01_PT95.htm)>. Acesso em: 29/11/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02) de 27 de fevereiro de 2002. Revoga a NOAS-SUS 01/01. Portaria n.º 373. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.º 40, 28 fev. 2002a. Seção I.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/91) de 07 de janeiro de 1991. Nova Política de Financiamento do SUS. Resolução n.º 258 do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 jan. 1991. Seção I, p. 641-44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/92) de 07 de fevereiro de 1992. Portaria n.º 234. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 fev. 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/93) de 20 de maio de 1993. Portaria n.º 545. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.º 96, 24 maio 1993, p. 6.961-65.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 01/96) de 06 de novembro de 1996. Redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União. Diário Oficial da União, Brasília: 1996. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/Legislacaosus/nob.pdf>>. Acesso em: 10/05/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.818, de 02 de dezembro de 1997. Recomenda que nas compras e licitações públicas de produtos farmacêuticos realizados nos níveis federal,



estadual e municipal pelos serviços governamentais, conveniados e contratados pelo SUS, sejam incluídas exigências sobre requisitos de qualidade a serem cumpridas pelos fabricantes e fornecedores desses produtos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.º 234, 03 dez. 1997. Seção I, p. 28.467.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.814, de 29 de maio de 1998. Estabelece procedimentos a serem observados pelas empresas produtoras, importadoras, distribuidoras e do comércio farmacêutico, objetivando a comprovação, em caráter de urgência, da identidade e qualidade de medicamento, objeto de denúncia sobre possível falsificação, adulteração e fraude. Diário Oficial da União, Brasília, jun 1998a. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=>13593&word=>>>. Acesso em: 12/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 802, de 08 de outubro de 1998. Institui o Sistema de Controle e Fiscalização em toda a cadeia dos produtos farmacêuticos. Diário Oficial da União, Brasília, dez 1998b. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=851&word=>>>. Acesso em: 12/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998 do Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, out. 1998c. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=751&word=>>>. Acesso em: 12/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 176, de 08 de março de 1999. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. Diário Oficial da União, Brasília, 1999b. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=12062&word=>>>. Acesso em: 15/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 507, de 23 de abril de 1999. Publica a revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename, que acompanha essa Portaria. Diário Oficial da União, Brasília, 4 maio 1999c. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=827&word=portaria=>>>. Acesso em: 15/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.077, de 24 de agosto de 1999. Implanta o Programa para Aquisição de Medicamentos Essenciais para a área de Saúde Mental, financiado pelos gestores federal e estadual do SUS, definindo que as transferências dos recursos federais estará condicionada à contrapartida dos Estados e do Distrito Federal. Diário Oficial da União, Brasília, 25 ago. 1999d Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=3953&word=>>>. Acesso em: 15/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SPS n.º 16/GM, de 14 de dezembro de 2000. Define o Elenco Mínimo e Obrigatório de medicamentos para a pactuação na Atenção Básica. Diário Oficial da União, Brasília, 2000. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/psfinfo5.pdf=>>> Acesso em: 15/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 343/GM, de 21 de março de 2001. Define o elenco de medicamentos que compõe o incentivo à Assistência Farmacêutica, vinculado ao Programa da Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, 2001b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/portarias/2001.htm=>>> Acesso em: 15/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 371/GM, de 4 de março de 2002. Institui o Programa Nacional de Assistência Farmacêutica para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, parte integrante do Plano Nacional de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes

Mellitus. Diário Oficial da União, Brasília, Versão Republicada – 08 mar. 2002b. Disponível em: <<http://elegis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=19939&word=>>. Acesso em: 12/01/2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 786/GM, de 19 de abril de 2002. Altera Anexo da Portaria n.º 343/GM de 21 de março de 2001 que define o elenco de medicamentos que compõe o incentivo à Assistência Farmacêutica, vinculado ao Programa da Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.º 76, 22 abr. 2002c. Seção 1, p. 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.397/GM, de 22 de julho de 2003. Altera o Anexo da Portaria n.º 786/GM de 19 de abril de 2002 que define o elenco de medicamentos que compõe o incentivo à Assistência Farmacêutica, vinculado ao Programa da Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, DF, n.º 140, 23 jul. 2003. Seção 1, p. 45.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1986. 8p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução n.º 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 União, Brasília, 26 jul. 1999e. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=1249&word=>>. Acesso em: 12/12/2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília, DF, 2001c. 114 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal de Minas Gerais. Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Organização da Assistência Farmacêutica nos Municípios Brasileiros: disponibilidade e utilização de medicamentos no SUS. Brasília, DF, 2002d. 160 p.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Resolução n.º 308, de 02 de maio de 1997. Dispõe sobre a Assistência Farmacêutica em farmácias e drogarias. Brasília, 02 maio 1997. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/pag800x600.html>>. Acesso em: 12/12/2004.

COSTA, Ediná Alves. Vigilância Sanitária: proteção e defesa da saúde. São Paulo: Hucitec, 1999. 461 p.  
DUPIM, J.A. Assistência Farmacêutica: um modelo de organização. Belo Horizonte: SEGRAC, 1999. 79 p.

FRAGA, Flávia Nunes da Rosa. A Utilização de um Modelo Lógico para a Reorientação dos Serviços Farmacêuticos no Âmbito Municipal. 2005. 157p. Dissertação (Mestrado) Curso de Mestrado em Gestão da Assistência Farmacêutica do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da UFRGS, Porto Alegre, 2005.

GUERRA JÚNIOR, A. A. Medicamentos Essenciais: estudo sobre a disponibilidade e acessibilidade econômica em duas regiões do Estado de Minas Gerais: o Norte de Minas e o Vale do Jequitinhonha. 2002. 210 p. Dissertação (Mestrado) – Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Farmácia da UFMG, Belo Horizonte, 2002.

NAVES, Janeth de Oliveira Silva; SILVER, Lynn Dee. Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no Distrito Federal. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 39, n.º 2, p. 223-230, abr. 2005.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia sobre medicamentos de la OMS: 2000–2003. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Ginebra: OMS, 2000. 6 p.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Como desarrollar y aplicar una política farmacêutica nacional: perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Ginebra: OMS, 2003. 6 p.

PEREIRA, Luiz Antônio Marinho. Análise de programas e ações em Assistência Farmacêutica para a disponibilidade de medicamentos essenciais no Programa Saúde da Família. 2005. 102p. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Gestão da Assistência Farmacêutica do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas/UFRGS, Porto Alegre, 2005.

PERINI, Edson. Assistência Farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais. In: ACURCIO, F.A. (Org.). Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Belo Horizonte: COOPMED, 2003. p. 9-30.

SANTICH, Ilena; GALLI, Amanda. La Asistencia farmacêutica em el Sistema Único de Salud de Ceará: elementos para su transformación. Fortaleza: Escola de Saúde Pública e Departamento de Assistência Farmacêutica, SESA, Ceará. 1995. 192 p.

Sobravime. Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. Acción Internacional para La Salud – América Latina y El Caribe. O que é o uso racional dos medicamentos. São Paulo: Sobravime, 2001. 128 p.