

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**Lidiane Arndt Pereira Piacentini**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS MUNICÍPIOS  
PERTENCENTES A 8ª COORDENADORIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO  
GRANDE DO SUL**

**Porto Alegre**

**2019**

Lidiane Arndt Pereira Piacentini

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS MUNICÍPIOS  
PERTENCENTES A 8ª COORDENADORIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO  
GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso de pós-graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em gestão em saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Jacqueline Oliveira  
Silva

Porto Alegre

2019

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Reitor: Prof. Dr. Rui Vicente Oppermann

Vice-reitora: Profa. Dra. Jane Fraga Tutikian

## **ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

## **COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Coordenador: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador substituto: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

### **CIP - Catalogação na Publicação**

Piacentini, Lidianne Arndt Pereira  
Avaliação da assistência farmacêutica nos  
municípios pertencentes a 8ª Coordenadoria Estadual de  
Saúde do Rio Grande do Sul / Lidianne Arndt Pereira  
Piacentini. -- 2019.  
46 f.  
Orientadora: Jacqueline Oliveira Silva.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de  
Administração, Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS,  
2019.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Política Nacional de  
Assistência Farmacêutica. 3. Assistência Farmacêutica.  
4. Indicadores de Avaliação. 5. Gestão em Saúde. I.  
Silva, Jacqueline Oliveira, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## **Escola de Administração da UFRGS**

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: eadadm@ufrgs.br

Lidiane Arndt Pereira Piacentini

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NOS MUNICÍPIOS  
PERTENCENTES A 8ª COORDENADORIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO  
GRANDE DO SUL**

Trabalho de conclusão de curso de pós-graduação apresentado ao Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em gestão em saúde.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

**Banca Examinadora**

---

Examinador(a): Diogo Demarco

---

Examinador(a): Jaqueline Silinske

---

Orientador(a): Jacqueline Oliveira Silva

## RESUMO

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi implantada em 2004 e até hoje seu foco é voltado, principalmente, para a logística do medicamento. Muitos avanços acontecerem, mas a Assistência Farmacêutica (AF) ainda enfrenta muitos problemas devido à falta de estruturação, fato preocupante, pois leva à utilização de mais recursos financeiros. Dessa forma, o presente trabalho realizou uma análise de dados fornecidos através de um formulário de pesquisa relativo ao acompanhamento anual da Assistência Farmacêutica Municipal nos doze municípios pertencentes a 8ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (CRS/RS) no ano 2018 e teve como objetivo descrever os resultados dos indicadores de avaliação obtidos para que fosse conhecida a realidade da AF nestes. Os resultados mostram que a AF ainda está muito aquém do ideal e que o profissional farmacêutico ainda não está totalmente inserido na equipe multiprofissional. A pesquisa reforça a importância do acompanhamento anual de indicadores de qualidade, pois estes contribuem para o planejamento de ações que tornam o serviço eficiente, gerando melhor uso dos recursos públicos e promovendo o cuidado com a saúde da população.

**PALAVRAS CHAVE:** Sistema Único de Saúde; Política Nacional de Assistência Farmacêutica; Assistência Farmacêutica, Indicadores de Avaliação; Gestão em Saúde.

## **ABSTRACT**

The National Pharmaceutical Assistance Policy (PNAF) was implemented in 2004 and to this day its focus is mainly focused on the logistics of the drug. Many advances have been made, but Pharmaceutical Assistance (AF) still faces many problems due to the lack of structuring, a worrying fact, as it leads to the use of more financial resources. Thus, the present work performed an analysis of data provided through a research form regarding the annual monitoring of Municipal Pharmaceutical Assistance in the twelve municipalities belonging to the 8th Regional Health Coordination of Rio Grande do Sul (CRS / RS) in 2018 and the objective was to describe the results of the evaluation indicators obtained to make known the reality of AF in these. The results show that AF is still far from ideal and that the pharmaceutical professional is not yet fully inserted in the multidisciplinary team. The research reinforces the importance of annual monitoring of quality indicators, as they contribute to the planning of actions that make the service efficient, generating better use of public resources and promoting health care for the population.

**KEY WORDS:** Unified Health System; National Policy on Pharmaceutical Assistance; Pharmaceutical Assistance, Evaluation Indicators; Health Management.

## LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Ciclo da Assistência Farmacêutica .....	19
--	----

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Municípios que compõem a 8ª CRS/RS e seus respectivos números de habitantes segundo censo demográfico de 2010.....	15
Quadro 2 - Questionamentos e resposta sobre o eixo estruturas formais da AF.....	30
Quadro 3 - Questionamentos e respostas sobre o eixo financiamentos.....	31
Quadro 4 - Questionamentos e respostas sobre o eixo ferramentas de gestão.....	31

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
CEME	Central de Medicamentos
COF	Conselho Federal de Farmácia
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CRS/RS	Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul
GCAF	Grupo Condutor de Assistência Farmacêutica
IAPAF	Instrumento de Auto-Avaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica
NEPAF	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNS	Política Nacional de Saúde
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSF	Programa Saúde da Família
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
1.1	Objetivos.....	13
1.1.1	Objetivo geral.....	13
1.1.2	Objetivos específicos.....	13
2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	14
2.1	Estratégia de pesquisa.....	14
2.2	Local de estudo.....	14
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1	Sistema Único De Saúde (SUS).....	16
3.2	Políticas Públicas relacionadas à AF.....	17
3.2.1	Central de Medicamentos (CEME).....	17
3.2.2	Política Nacional de Medicamentos (PNM).....	17
3.2.3	Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF).....	18
3.3	Ciclo da AF.....	19
3.3.1	Seleção.....	20
3.3.2	Programação.....	20
3.3.3	Aquisição.....	21
3.3.4	Armazenamento.....	22
3.3.5	Distribuição.....	22
3.3.6	Dispensação.....	22
3.4	Financiamento da AF no SUS.....	23
3.4.1	Componente básico da AF.....	24
3.4.2	Componente estratégico da AF.....	24
3.4.3	Componente Especializado da AF.....	25
3.5	Planejamento na AF.....	25
3.6	AF no SUS.....	26
3.7	Judicialização do medicamento.....	27
4	RESULTADOS.....	30
5	DISCUSSÃO.....	33
6	CONCLUSÃO.....	36
	REFERÊNCIAS.....	37
	ANEXO A.....	42

## 1 INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), de acordo com a Resolução 338 de 06 de maio de 2004, é parte integrante da Política Nacional de Saúde (PNS), envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade. Deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais se destacam as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, garantindo a intersectorialidade inerente ao Sistema Único de Saúde (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde (BRASIL, 2004).

Conforme as diretrizes da PNAF e da Política Nacional de Medicamentos (PNM), a assistência farmacêutica (AF) compreende um grupo de atividades relacionadas ao medicamento que são destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, envolvendo o abastecimento de medicamentos que inclui: seleção, programação, aquisição, conservação, controle de qualidade, segurança e eficácia terapêutica. Além disso, realiza o acompanhamento e a avaliação da utilização da terapia medicamentosa, a obtenção, a difusão de informação e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2007).

A publicação da PNM ocorreu apenas em 1998, 10 anos após a implantação do Sistema Único de Saúde, e só a partir de então começaram efetivamente as ações voltadas à AF e ao seu estabelecimento no SUS, até então as demandas para a estruturação da assistência farmacêutica mantiveram-se reprimidas. Desde então, a estruturação da AF é um dos grandes desafios que se apresentam aos gestores e profissionais do SUS que, apesar de alguns avanços, ainda se mantém direcionada apenas ao ciclo logístico do medicamento, predominando nas três esferas de gestão um viés econômico focado principalmente para subsidiar a programação de recursos destinados às ações de aquisição e distribuição de medicamentos. (BRASIL, 2007; VIEIRA, 2008).

O Conselho Federal de Farmácia (CFF) afirma que a AF realizada de maneira efetiva melhora a resolutividade das intervenções sobre o processo saúde-doença, com redução do agravamento de quadros clínicos e de custos para os sistemas de saúde e, segundo Machado-dos-Santos (2001, p. 06):

[...] mais do que proporcionar acesso aos medicamentos, é fundamental que o mesmo esteja inserido num contexto e numa lógica mais ampliada: a de uma assistência farmacêutica. Esta, por sua vez, além de contribuir para a melhoria da equidade no acesso, busca proporcionar uma maior adesão aos tratamentos e uma utilização adequada dos fármacos, em conformidade com as reais necessidades sanitárias da população. Com isso tem-se uma melhoria na resolutividade do próprio Sistema de Saúde, dos indicadores de morbimortalidade e da qualidade de vida das pessoas.

Devido a AF ser um setor de grande impacto financeiro no SUS e, na prática, suas políticas de saúde pública serem focadas, na maioria das vezes, apenas na logística do medicamento, é importante conhecer a realidade da AF no SUS para que se compreenda como sua estruturação ocorre e para que se consiga apontar os entraves que acabam colaborando para a má gestão da AF, fatos que, conseqüentemente, levam ao descumprimento dos princípios do SUS e ao desperdício de dinheiro público. Dessa forma, é necessária a avaliação de indicadores que meçam a qualidade da AF prestada permitindo a visualização da organização, sua capacidade operacional e sua importância para o gestor da saúde pública, com a finalidade de buscar novas estratégias de gestão para promover o acesso, o uso racional dos medicamentos, a economia de recursos financeiros e a inserção efetiva da AF como uma ação de saúde, fazendo parte da promoção integral, uma vez que é um importante instrumento para o aumento da resolubilidade do atendimento ao paciente. A avaliação da qualidade da AF desenvolvida em nível municipal, segundo Castro (2000) e Freitas (2011), pode ser realizada por meio de indicadores que possibilitam comparar o desempenho de programas, atividades e serviços entre regiões ao longo de períodos de tempo.

Tendo conhecimento das dificuldades enfrentadas pela AF e o impacto causado pela sua desestruturação tanto na saúde da população quanto no SUS, o presente trabalho utilizou indicadores elaborados pela 8ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (CRS/RS) para avaliar a AF nos municípios a ela pertencentes. Nesses municípios já existe uma preocupação dos gestores em relação à AF, tanto que no ano de 2016 a Comissão Intergestores Regional (CIR), através das Deliberações CIR nº04/16 e nº08/16, constituiu o Grupo Condutor de Assistência Farmacêutica (GCAF) da 8ª CRS. Formado por farmacêuticos atuantes na CRS e nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios e possuindo caráter permanente e consultivo, o GCAF tem como finalidade qualificar os serviços para promover o uso racional de medicamentos na rede de saúde regional através de compartilhamento de experiências relativas à seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, prescrição e uso racional de medicamentos nos municípios pertencentes à 8ª CRS.

## **1.1 Objetivos**

### 1.1.1 Objetivo geral

Descrever a estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios pertencentes à 8ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (CRS/RS).

### 1.1.2 Objetivos específicos

- Descrever a Assistência Farmacêutica no SUS;
- Conhecer a realidade da Assistência Farmacêutica regional;
- Avaliar a Assistência Farmacêutica regional.

## **2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **2.1 Estratégia de pesquisa**

Foram empregados dados fornecidos através de um formulário de pesquisa relativo ao acompanhamento anual da Assistência Farmacêutica Municipal (Anexo A) elaborado pela divisão de AF da 8ª CRS/RS.

Este formulário foi preenchido de maneira eletrônica pelos farmacêuticos responsáveis pela AF dos municípios pertencentes à regional de saúde no mês de dezembro de 2018 e foi composto por perguntas contemplando os eixos: estrutura formal da AF, financiamento, ferramentas de gestão, recursos humanos e atuação dos farmacêuticos.

### **2.2 Local de estudo**

O processo de regionalização do SUS instituiu no Rio Grande do Sul, em 2012, 30 Regiões de Saúde com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução das ações e dos serviços de saúde. A 27ª região de saúde pertence à 8ª CRS, abrangendo um total de 187.616 habitantes distribuídos nos municípios de Arroio do Tigre, Caçapava do Sul, Cachoeira do Sul, Cerro Branco, Encruzilhada do Sul, Estrela Velha, Ibarama, Lagoa Bonita do Sul, Novo Cabrais, Passa Sete, Segredo e Sobradinho. O quadro abaixo informa o número de habitantes de cada cidade que compõe a coordenadoria, segundo o censo demográfico de 2010.

**Quadro 5** - Municípios que compõem a 8ª CRS/RS e seus respectivos números de habitantes segundo censo demográfico de 2010

<b>Cidade</b>	<b>Nº Habitantes</b>
Arroio do Tigre	12.648
Caçapava do Sul	33.690
Cachoeira do Sul	83.827
Cerro Branco	4.454
Encruzilhada do Sul	24.534
Estrela Velha	3.628
Ibarama	4.371
Lagoa Bonita do Sul	2.662
Novo Cabrais	3.855
Passa Sete	5.154
Segredo	7.158
Sobradinho	14.283
<b>Total Habitantes</b>	<b>187.616</b>

Fonte: Autor, 2019

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Sistema Único De Saúde (SUS)

A constituição de 1988, conhecida como "Constituição Cidadã" por ter sido concebida no processo de redemocratização iniciado com o encerramento da ditadura militar no Brasil, é considerada a mais abrangente e extensa de todas as anteriores no que se trata de direitos e garantias fundamentais. Foi um marco na saúde pública brasileira, uma vez que estabeleceu que a saúde é "direito de todos e dever do Estado" (antes da constituição a saúde era responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, o Inamps, que era ligado ao Ministério da Previdência e Assistência Social e fornecia atendimento para os cidadãos que trabalhavam em empregos formais e contribuía com a Previdência Social) e deve ser garantida por políticas sociais e econômicas, reduzindo o risco de doença e promovendo acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, nesse sentido, a saúde deve ser compreendida como qualidade de vida e não apenas como ausência de doenças. Desde então o SUS foi construído, sendo de fato instituído em 1990 com a Lei 8.080 tendo como princípios principais a integralidade, a equidade e a universalidade. A partir de então começaram a surgir demandas por políticas promotoras, preventivas e assistenciais em saúde e a institucionalização de novas práticas (BRASIL, 2016).

Tendo em vista que a integralidade da assistência é um dos princípios do SUS, o medicamento se enquadra com um dos componentes do tratamento e sua disponibilidade necessita ser garantida, o que é previsto no artigo 6º da Lei 8080 (MACHADO, 2010):

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

- 1- a execução de ações:
  - a) de vigilância sanitária;
  - b) de vigilância epidemiológica;
  - c) de saúde do trabalhador; e
  - d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

## 3.2 Políticas Públicas relacionadas à Assistência Farmacêutica

### 3.2.1 Central de Medicamentos (CEME)

AF, como política pública no Brasil, teve início em 1971 com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), que tinha como objetivos principais a promoção e a organização das atividades de AF à população com reduzido poder aquisitivo, o incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico farmacêutico, e o incentivo às instalações de fábricas de matérias primas e de laboratórios pilotos. A CEME, por ser um órgão ligado diretamente à Presidência da República, esteve sujeita às influências de várias ideologias e interesses políticos, desviando-se dos seus objetivos propostos (COSENDEY, 2000).

Em 1975, foi instituída a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (Portaria nº 223/75) do Ministério da Previdência e Assistência Social e embora fosse uma lista de medicamentos prioritários, o seu fornecimento por parte do governo para as unidades de saúde foi deficiente durante um grande período da existência da CEME. Mesmo tendo apresentado várias deficiências, a RENAME simbolizou um esforço em conduzir a AF em uma direção mais eficaz e de melhor qualidade. Em 1997, a CEME foi desativada sendo necessária uma nova postura em relação às competências, planos e projetos que estavam a cargo da mesma (BERMUDEZ, 1995; PEPE, 1995).

Devido à desarticulação da AF e para atender aos princípios do SUS, em especial aos processos de descentralização das ações e a dificuldade de acesso devido a irregularidades no abastecimento de medicamentos destinados à rede ambulatorial, entre eles, os medicamentos para atenção básica, foi publicada a Política Nacional de Medicamento (BRASIL, 1998).

### 3.2.2 Política Nacional de Medicamentos (PNM)

Instituída no ano de 1998, por meio da Portaria GM/MS nº 3916, tem como finalidades principais garantir a necessária segurança, a eficácia e a qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional dos medicamentos e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais. Apresenta um conjunto de diretrizes para alcançar os objetivos propostos como adoção da RENAME, a regulação sanitária de medicamentos, a reorientação da AF, a promoção do uso racional de medicamentos, o desenvolvimento científico e tecnológico, a promoção da produção de medicamentos, a

garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998<sub>a</sub>).

A AF está fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional dos medicamentos, na otimização e eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, sendo definida na PNM como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e o 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<sub>a</sub>).

A PNM preza a excelência do gerenciamento da Assistência Farmacêutica e avançou na definição de recursos financeiros e na proposição de infraestrutura relativa às três esferas de governo. Com finalidade de conferir à AF uma abordagem mais abrangente, com ações como intensificar a pesquisa, expandir a produção, reorganizar a prescrição e a dispensação farmacêutica, garantindo qualidade de produtos e serviços, tendo o medicamento como insumo essencial, garantindo o acesso e seu consumo de forma racional, foi criada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (KORNIS, 2008).

### 3.2.3 Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF)

Após a I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica realizada em 2003, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou em 2004 a PNAF, através da Resolução nº. 338, que a define como:

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

Segundo a PNAF, a AF deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como alguns dos seus eixos estratégicos a manutenção, a qualificação dos serviços de AF na rede pública de saúde e a qualificação de recursos humanos, bem como a descentralização das ações através de atividades multidisciplinares, exigindo articulação permanente com áreas técnicas, administrativas,

coordenações de programas estratégicos de saúde (hanseníase, tuberculose, saúde mental), programa saúde da família (PSF), programa de agentes comunitários de saúde (PACS), vigilância sanitária, epidemiológica, área administrativa-financeira, planejamento, material e patrimônio, licitação, auditoria, Ministério Público, órgãos de controle, Conselhos de Saúde, profissionais de saúde, entidades de classe, universidades, fornecedores, entre outros (BRASIL, 1998<sub>b</sub>; QUEIROZ, 2018).

### 3.3 Ciclo da Assistência Farmacêutica

No ciclo da AF, o resultado de uma atividade é o ponto de partida para outra e a ausência ou a execução de forma inadequada de uma delas acaba impedindo o correto funcionamento de todo o ciclo (SILVA, 2012).

As etapas que compõem o ciclo da AF são: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação (Figura 1).

Figura 1 - Ciclo da Assistência Farmacêutica



Fonte: WHO, 2004

As atividades que fazem parte do ciclo da AF apresentam grande fragmentação devido à falta de planejamento, acompanhamento e avaliação que, muitas vezes, implicam em falhas na sua operacionalização. Além disso, dificuldades técnicas, administrativas e operacionais no gerenciamento dos recursos financeiros, fragilidades nas pactuações entre as esferas de governo e impasses políticos e burocráticos constituem verdadeiros entraves no processo da AF (GOMES, 2012).

### 3.3.1 Seleção

A seleção é um processo de escolha de medicamentos baseado em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos estabelecidos por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), visando assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos com a finalidade de racionalizar seu uso, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas. A seleção de medicamentos é o eixo do ciclo da AF, pois todas as outras atividades lhe são decorrentes (MARIN et al., 2003).

A RENAME, que é uma lista de medicamentos essenciais elaborada pela União, Estado e Município possui a prerrogativa de determinar quais medicamentos serão selecionados para compor o seu elenco, com base no perfil de morbi-mortalidade e nas prioridades estabelecidas, de modo a contribuir na resolubilidade terapêutica, no custo-benefício dos tratamentos, na racionalidade da prescrição, na correta utilização dos medicamentos, além de propiciar maior eficiência administrativa e financeira. Essa seleção de medicamentos deve ser formalizada por meio de portaria ou resolução específica, com a divulgação dos critérios técnicos utilizados para inclusão e exclusão dos medicamentos, dando a necessária transparência ao processo (CONASS, 2007).

### 3.3.2 Programação

Atividade que tem como objetivo garantir a disponibilidade dos medicamentos previamente selecionados nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender as necessidades da população, levando em conta que a realidade local de cada serviço de saúde e a falta de planejamento na etapa da programação reflete diretamente sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento (MARIN et al., 2003; SILVA, 2015).

Basicamente, consiste em estimar quantidades a serem adquiridas para atendimento a determinada demanda dos serviços por um período de tempo, devendo ser feita com base na

RENAME e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME), estabelecida e consensuada na etapa de seleção pela CFT. Nessa lista, os medicamentos devem encontrar-se listados por nome genérico, forma farmacêutica e apresentação, e elencados, preferencialmente, pelo nível de complexidade no qual serão utilizados. É imprescindível a implantação de um sistema de informações e gestão de estoque eficiente para que a programação possa ser realizada com base em dados fidedignos, possibilitando a utilização concomitante de métodos de programação, tais como perfil epidemiológico, consumo histórico, consumo ajustado, oferta de serviços, entre outros (CONASS, 2007; SILVA, 2012).

### 3.3.3 Aquisição

A aquisição consiste em um conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos de acordo com uma programação estabelecida, com o objetivo de suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade e manter a regularidade do sistema de abastecimento. A programação da aquisição deve responder: O que comprar? Para quem? Modo de comprar? Quanto? Quando? Como comprar? (SILVA, 2012)

Deve ser permanentemente qualificada, considerando os aspectos jurídicos (cumprimento das formalidades legais), técnicos (cumprimento das especificações técnicas), administrativos (cumprimento dos prazos de entrega) e financeiros (disponibilidade orçamentária e financeira e avaliação do mercado). Atualmente existem várias alternativas para que a aquisição pelos estados e pelos municípios seja mais eficiente, com diminuição dos preços praticados e agilidade no processo, quer seja através de pregão eletrônico ou presencial, realização de compras anuais consolidadas e com entregas parceladas, formação de consórcios entre gestores, implantação de um Sistema de Registro de Preços, avaliação do desempenho dos fornecedores no cumprimento das exigências técnicas e administrativas, etc. Deve ser considerada a alternativa mais adequada a cada situação. (CONASS, 2004).

### 3.3.4 Armazenamento

O armazenamento é um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que tem por finalidade assegurar as condições adequadas de recepção, armazenamento, conservação e de um controle de estoque eficaz, bem como garantir a disponibilidade dos medicamentos em todos os locais de atendimento ao usuário (SILVA, 2012).

Segundo a cartilha do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), 2004, o gerenciamento adequado dessa etapa do ciclo reduz perdas e deve observar alguns procedimentos e ações, entre os quais se destacam:

- a) Cumprimento/adequação do almoxarifado às Boas Práticas de Armazenagem, tais como limpeza e higienização; delimitação dos espaços para adequada estocagem, recebimento e expedição de medicamentos, minimizando o risco de trocas; controle de temperatura e umidade; monitoramento da rede de frio; entre outros.
- b) Qualificação do recebimento de medicamentos, através da melhoria dos processos de conferência dos quantitativos na separação, diminuindo o número de erros no que se referem aos quantitativos, lotes, prazos de validade, etc.
- c) Elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) que descrevam todas as atividades executadas.
- d) Existência de um sistema validado de controle de estoque de medicamentos, que disponibilize informações gerenciais como balancetes, relatórios e gráficos;
- e) Melhoria da capacidade administrativa e de recursos humanos para garantir que todas as atividades sejam desenvolvidas de forma adequada.

### 3.3.5 Distribuição

A distribuição consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde em quantidade, qualidade e tempo oportuno, garantindo rapidez e segurança na entrega, eficiência no controle e informação, sendo necessária a formalização de um cronograma de distribuição, estabelecendo os fluxos, os prazos para a execução e a periodicidade das entregas de medicamentos (SILVA, 2012; CONASS, 2004).

### 3.3.6 Dispensação

A dispensação de medicamentos tem como objetivo garantir a entrega do medicamento correto ao usuário, na dosagem e quantidade prescritas, com instruções suficientes para seu uso correto e seu acondicionamento, de modo a assegurar a qualidade do produto. É um dos elementos vitais para o uso racional de medicamentos, cabendo ao dispensador a responsabilidade pelo entendimento do usuário acerca do modo correto de uso do medicamento (CONASS, 2004).

Segundo Marin et al. a definição de dispensação é:

É o ato farmacêutico de distribuir um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma prescrição elaborada por um profissional autorizado. Neste ato, o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes dessa orientação, entre outros, a ênfase no cumprimento do regime de dosificação, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação do produto.

### **3.4 Financiamento da Assistência Farmacêutica no SUS**

O financiamento da AF no SUS nos últimos anos restringiu-se à aquisição de medicamentos, não havendo uma política específica capaz de prever recursos para a estruturação e a organização de serviços farmacêuticos. Em 2006, a publicação da Portaria GM/MS nº.399/2006, que institui o Pacto pela Saúde, trouxe à tona esta realidade, estabelecendo que todas as esferas de gestão do SUS são responsáveis pela promoção da estruturação da AF e por garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos, fomentando seu uso racional e observando as normas vigentes e pactuações estabelecidas. Investir na estruturação e na organização dos serviços de assistência farmacêutica significa qualificar a aplicação dos recursos financeiros, na medida em que um serviço organizado pode reduzir perdas, evitar o uso de medicamentos mais caros, reduzir os erros de medicação e incentivar o uso racional de medicamentos. (QUEIROZ, 2008).

Segundo a Lei Complementar 141/2012, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, percentuais mínimos da arrecadação, sendo os Estados o mínimo de 12%, os Municípios o mínimo de 15% e o Distrito Federal o mínimo de 12% dos impostos estaduais e mínimo de 15% dos impostos municipais (BRASIL, 2012).

De acordo com a Portaria nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010, as Secretarias Municipais de Saúde poderão, anualmente, utilizar 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 estruturação e adequação de espaço físico das farmácias do SUS nos municípios. Esta parcela poderá ser destinada também para aquisição de equipamentos e mobiliário direcionados ao suporte das ações de AF e para investimento em atividades vinculadas à educação continuada voltada à qualificação dos recursos humanos da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, sendo vedada a utilização dos recursos federais para esta finalidade (BRASIL, 2010).

O financiamento da AF é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT). A Portaria GM/MS nº. 204/2007, atualizada pela Portaria GM/MS nº. 837/2009, define que os recursos federais são repassados na forma de blocos de financiamento, entre os quais o Bloco de Financiamento da AF, que é constituído por três componentes: componente básico, componente estratégico e o componente especializado (BRASIL, 2009).

#### 3.4.1 Componente básico da Assistência Farmacêutica

O componente básico da AF destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Primária em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados deste nível de atenção, e o seu financiamento é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme normas estabelecidas pela Portaria nº. 2.001, de 3 de agosto de 2017, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios:

I - a União repassará o valor de R\$ 5,58 (cinco reais e cinquenta e oito centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 3º, I) (com redação dada pela PRT MS/GM 2001/2017);

II - estados: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulíndependentes estabelecidos na Seção I do Capítulo X do Título V da Portaria de Consolidação nº 5, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS; e (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 3º, II);

III - municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulíndependentes estabelecidos na Seção I do Capítulo X do Título V da Portaria de Consolidação nº 5, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS. (Origem: PRT MS/GM 1555/2013, Art. 3º, III);

#### 3.4.2 Componente estratégico da Assistência Farmacêutica

Os medicamentos do componente estratégico são destinados ao tratamento de patologias que, por sua natureza, possuem abordagem terapêutica estabelecida, entre elas a tuberculose, hanseníase, malária, leishmaniose, doença de Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional, antirretrovirais dos Programas de DST/Aids, hemoderivados e dos imunobiológicos. Este componente é financiado pelo Ministério da Saúde, que adquire e distribui os insumos a ele relacionados (BRASIL, 2009).

Compete ao Ministério da Saúde a elaboração dos protocolos de tratamento, o planejamento, a aquisição centralizada e a distribuição aos Estados dos medicamentos, produtos e insumos para os demais níveis de atenção. É responsabilidade das Secretarias Estaduais de Saúde o armazenamento dos produtos e a distribuição às regionais ou municípios (BRASIL, 2009).

### 3.4.3 Componente Especializado da Assistência Farmacêutica

Este componente tem como principal característica a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso em nível ambulatorial, de agravos cujas abordagens terapêuticas estão estabelecidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde, sobre os medicamentos disponibilizados para o tratamento das patologias contempladas e a instância gestora responsável pelo seu financiamento (BRASIL, 2009).

O acesso aos medicamentos que fazem parte das linhas de cuidado para as doenças contempladas no âmbito deste Componente será garantido mediante a pactuação entre a União, Estados, Distrito Federal e Municípios, conforme as diferentes responsabilidades. Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas no Componente Especializado estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas (OLIVEIRA, 2013):

Grupo 1: o financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. Constitui-se por medicamentos de elevado impacto financeiro, indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento e que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.

Grupo 2: constituído por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é das Secretarias Estaduais da Saúde.

Grupo 3: composto por medicamentos, cuja responsabilidade pelo financiamento é tripartite, sendo a aquisição e dispensação de responsabilidade dos municípios sob regulamentação da Portaria GM nº 2.982/2009

## 3.5 Planejamento na Assistência Farmacêutica

O planejamento em saúde possibilita, por meio do diagnóstico situacional, a identificação de situações-problema e o estabelecimento de prioridades para as quais se devem realizar intervenções, definição de objetivos e metas a serem alcançadas, além de elencar quais as atividades serão necessárias e quais recursos poderão ser despendidos na realização das mesmas, dessa forma é uma importante ferramenta de gestão (BRASIL, 2006).

Na AF o planejamento é de extrema importância, pois os insumos que fazem parte deste setor mobilizam importantes recursos financeiros das três esferas de gestão estando diretamente ligada à garantia de bons resultados em saúde e, além disso, o uso não racional de medicamentos representa risco de importantes agravos. Ademais, para o bom desempenho da AF, tornam-se necessárias a sensibilização e a mobilização dos diferentes atores envolvidos (gestores, profissionais, usuários, entre outros), bem como a aplicação de diferentes recursos (BRASIL, 2006).

### **3.6 Assistência Farmacêutica no SUS**

A AF se constituiu, dentro do SUS, como suprimento para as ações e serviços de saúde, com baixa ou nenhuma inserção na programação e organização dessas ações e serviços. Essa lógica é decorrente de diversos fatores, em especial do fato de que o medicamento chegou ao usuário antes do serviço. É nesta origem que se encontra o entendimento, ainda existente, da AF como fornecedora de medicamentos, isolada do restante da equipe e das ações de atenção à saúde (QUEIROZ, 2018).

Embora seja uma área pouco valorizada, a AF representa uma das áreas com maior impacto financeiro no âmbito do SUS e sua fragilidade é percebida devido à falta de gestão e incentivos. Existe um distanciamento entre a legislação e as práticas gerenciais na organização dos serviços da AF na atenção primária e a realidade enfrentada pelos municípios brasileiros (ARAÚJO, 2017; GERLACK, 2017; COSTA, 2012).

Estudos que analisaram a situação da AF no Brasil apontaram várias deficiências. Mayorga et al. (2005) concluiu que os Municípios e Estados enfrentam problemas relacionados ao desenvolvimento e qualidade dos serviços farmacêuticos, debilidade na infraestrutura e operacionalidade, além da dificuldade no atendimento da demanda populacional por medicamentos. Em outro estudo, Fraga (2006) verificou que apesar de alguns avanços resultantes da PNM, a assistência farmacêutica desenvolvida nos municípios brasileiros ainda é incipiente, mantendo a ênfase na aquisição de medicamentos. Além disso, os municípios ainda não são capazes de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade, a promoção do uso racional e o acesso da população aos medicamentos essenciais, propósitos maiores desta política. Ainda é apontado que esses entraves refletem nas condutas de governos, prescritores, dispensadores, consumidores e da própria indústria farmacêutica e se manifestam na falta de infraestrutura, de recursos humanos e de recursos financeiros ou orçamentários (BARRETO, 2010).

No nível de atenção primária, a AF é deficitária e necessita de maior investimento em recursos humanos, físicos e materiais. Além disso, outras falhas de gestão são apontadas: controle de estoque inexistente ou deficitário, inobservância das normas de aquisição de medicamentos, desvios de recursos e fraudes, falta de controle das dispensações, ausência de planejamento, falha no repasse de recursos financeiros, aquisição de medicamentos sem licitação e a inexistência de Plano Municipal de AF (TREVISAN, 2015).

Na literatura encontramos indícios que a AF enfrenta problemas de gestão em todo o Brasil, onde falhas devido à falta de planejamento são encontradas em todas as etapas que envolvem o ciclo farmacêutico. Os estudos de avaliação contribuem para a realização de um diagnóstico situacional onde são apontados os problemas e discutidas soluções através da elaboração de um planejamento, visando à organização da gestão da AF básica e, dessa forma, assegurando o acesso universal e igualitário dos usuários do SUS a uma AF de qualidade (OLIVEIRA, 2010).

Conhecendo a falta de planejamento na AF, o Ministério da Saúde lançou a cartilha “Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica” onde propôs um Instrumento de Auto-Avaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica (IAPAF) que tem o propósito de avaliar o estágio em que se encontra a AF, identificar modificações que, se implementadas, permitirão avanço e definir um conjunto de ações para implementar essas modificações (BRASIL, 2016).

O Núcleo de Estudos e Pesquisa em Assistência Farmacêutica (NEPAF) da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal da Bahia também fez um trabalho interessante sobre a avaliação da AF em que foram utilizadas duas estratégias de pesquisa: uma extensiva, realizada a partir da aplicação do Protocolo de Indicadores construído em dois municípios baianos. Os resultados revelaram práticas de gestão reduzidas à sua dimensão operacional, com ênfase em aspectos do ciclo logístico da assistência farmacêutica, mostrando avanços, ainda tímidos, na dimensão organizacional e da sustentabilidade voltadas para fomentar maior participação e autonomia da gestão da assistência farmacêutica municipal (BARRETO, 2010).

### **3.7 Judicialização do medicamento**

As políticas relacionadas ao acesso à saúde não têm atendido de modo integral as necessidades dos cidadãos, seja por deficiência na gestão, por falta de recursos ou por aplicação inadequada dos mesmos, e esses, tendo seu direito negado, têm buscado no judiciário um meio de ter suas necessidades atendidas. Esta atuação do judiciário, no sentido

de garantir os direitos individuais e coletivos na busca de bens e serviços no campo da saúde, é denominada judicialização da saúde (WANG et al., 2014). No Brasil, o fenômeno da judicialização se intensificou a partir da década de 90 e estava ligado a mobilizações sociais pelo acesso gratuito aos antiretrovirais para tratamento do HIV/AIDS. A sensibilização de diversos setores da sociedade como ativistas, políticos, acadêmicos, mídia e órgãos governamentais e não governamentais fizeram com que esta luta tivesse grande repercussão. Além disso, o fato da AIDS não estar restrita às classes sociais de menor poder aquisitivo fez com que esta mobilização social fosse mais intensa. Portanto, a partir da década de 90, observa-se uma progressiva judicialização do direito à saúde, com aumento de ações judiciais que buscavam o deferimento do fornecimento de medicamentos, exames, procedimentos, dentre outros. A partir de então, tem ocorrido uma intensificação do protagonismo do judiciário com uma presença deste poder cada vez mais frequente no cotidiano da gestão da saúde. Tem sido cada vez mais expressivas as judicializações voltadas para a área da AF, sejam na aquisição de medicamentos não disponíveis, medicamentos não padronizados, não registrados no país, em falta no estoque ou em razão dos preços abusivos praticados pelos fabricantes (DAMASCENA, 2016).

Em estudo, Machado (2011) observou o crescimento desta demanda e apontou que em 2005 o Governo Federal gastou diretamente R\$ 2,5 milhões com aquisição de medicamentos solicitados pela via judicial e foi citado como réu em 387 processos. Em 2007, o gasto passou para R\$ 15 milhões destinados ao atendimento de aproximadamente três mil ações. Em 2008, as despesas alcançaram R\$ 52 milhões. Outros estudos demonstram que estes gastos são crescentes, também, por parte dos Estados e dos Municípios, gerando uma preocupação por partes dos gestores da saúde (DAMASCENA, 2016).

A judicialização da saúde, e, particularmente, de medicamentos, tem se tornado de grande interesse, uma vez que pode prejudicar a execução de políticas de saúde no âmbito do SUS, já que o cumprimento de determinações judiciais para fornecimento de medicamentos, insumos e serviços de saúde acarreta gastos elevados e não programados. (BRASIL, 2008).

Quando se discute sobre judicialização de medicamentos, várias interpretações da constituição surgem. A maioria dos juízes defere a solicitação independente do medicamento, uma vez que o acesso à saúde é direito de todos, mas a lei do SUS (lei 8.080/90) limita os medicamentos a serem fornecidos pelo Estado àqueles que constarem na RENAME com critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde, o tratamento preconizado com os medicamentos e demais produtos apropriados, as posologias recomendadas, os mecanismos

de controle clínico, o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos a serem seguidos pelos gestores do SUS (CAVALCANTE, 2017).

Contudo, existe uma deficiência quanto à criação de protocolos para várias doenças, principalmente as raras, de baixa prevalência, nas quais o uso prolongado de medicamentos caros se faz necessário, inclusive há falta de inclusão desses medicamentos na lista do SUS. Como consequência, observa-se que a ausência de políticas públicas para as doenças raras deixa as famílias à mercê da indústria farmacêutica, da prescrição não baseada em evidência, levando, assim, à judicialização. (CAVALCANTE, 2017).

Outro ponto crítico da assistência à saúde relaciona-se à ausência de diretrizes claras quanto à política nacional de medicamentos, das dificuldades geradas pelo desabastecimento periódico, pela substituição de marcas no mercado, pelo desaparecimento de produtos de baixa lucratividade, denúncias de fraudes, constantes aumentos de preços dos medicamentos no mercado, o que estimula a população a socorrer-se cada vez mais dos serviços públicos (DAMASCENA, 2016).

#### 4 RESULTADOS

O quadro 2 mostra os questionamentos e as respostas sobre o eixo estruturas formais da AF.

**Quadro 6 - Questionamentos e resposta sobre o eixo estruturas formais da AF**

<b>Eixo: Estruturas Formais da AF</b>	<b>Total de respostas</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Parcial</b>
Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica constituída em Portaria?	12	1	11	
Existe Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) socialmente publicada?	12	4	8	
Existe Comissão de Licitação específica para compra de medicamentos?	12	3	8	1
O farmacêutico participa do processo de compra de medicamentos?	12	9	3	
Existe Plano de Gerenciamento de Resíduos que contemple o descarte de medicamentos e insumos para diabéticos?	12	7	4	1
Existe Manual de Boas Práticas na Farmácia Municipal?	12	7	4	1
A AF está no organograma da SMS?	12	7	5	

Fonte: Autor, 2019

Apenas em um município existe CFT constituída em portaria e quatro possuem REMUME oficialmente publicada. Quando questionados sobre a existência de comissão de licitação específica para compra de medicamentos, três municípios responderam sim e nove responderam que o farmacêutico participa do processo de compra de medicamentos.

Sobre o plano de gerenciamento de resíduos, que contempla o descarte de medicamentos e insumos para diabéticos (lancetas, fitas para glicosímetros, agulhas para aplicação de insulina, etc) e o Manual de Boas Práticas Farmacêuticas, sete afirmaram que os têm implantados. Além disso, em sete municípios a farmácia está no organograma da SMS.

O quadro mostra 3 o eixo Financiamento e indica o percentual gasto pelos municípios com o setor da saúde e quanto desse valor é investido em medicamentos destinados para atenção básica. Além disso, foi questionado sobre a utilização de recursos próprios para a compra de medicamentos e nove dos doze municípios afirmaram que precisam realizar esta complementação.

**Quadro 7 - Questionamentos e respostas sobre o eixo financiamentos**

Eixo: Financiamento	Total de Respostas	Município					
		1	2	3	4	5	6
Qual percentual de recurso municipal é gasto com saúde?	6	19,4	28,7	17,5	18,0	19,5	24,4
Qual percentual do recurso da saúde é gasto com medicamentos?	4	2,0	3,4	1,8	5,4	N/A	N/A

Fonte: Autor, 2019

Sobre o eixo Ferramentas de gestão, como mostra o quadro 4, os doze municípios contam com sistema informatizado para a gestão da AF. Todos relataram que usam os sistemas para dispensação de medicamentos e nove utilizam os mesmos em todas as suas unidades dispensadoras.

Em cinco municípios, as farmácias possuem Procedimento Operacional Padrão (POP) para dispensação de medicamentos, os demais municípios não responderam a essa pergunta. Sobre o controle de entrada e saída de medicamentos do almoxarifado, seis municípios responderam, sendo que cinco afirmaram realizar este controle.

**Quadro 8 - Questionamentos e respostas sobre o eixo ferramentas de gestão**

Eixo: Ferramentas de Gestão	Total de respostas	Sim	Não	Parcial
Existe sistema informatizado para gestão da AF?	12	12		
O sistema é utilizado para a dispensação dos medicamentos?	12	12		
Se a resposta foi sim para a pergunta anterior, o sistema é utilizado em todas as unidades dispensadoras?	12	9	2	1
Existe POP para a entrega de medicamentos?	5	5		
Existe controle de entrada e saída de medicamentos do almoxarifado?	6	5	1	

Fonte: Autor, 2019

Quanto ao eixo Recursos Humanos, todos os municípios possuem farmacêuticos, sendo que apenas nove municípios em tempo integral. Oito farmacêuticos relatam que seriam necessários mais profissionais para que o trabalho fosse realizado de forma efetiva, uma vez que apenas dois municípios contam com mais de um farmacêutico no seu quadro de

funcionários. Além disso, cinco dos doze farmacêuticos relatam que necessitam de mais auxiliares de farmácia, sendo que dois não contam com nenhum profissional auxiliar.

No eixo Atuação dos farmacêuticos, oito profissionais afirmaram participar da programação de compra de medicamentos e seis afirmaram atuar de forma ativa no controle de estoque nas Unidades Básicas de Saúde. Oito farmacêuticos relataram participar da dispensação de medicamentos, onze afirmaram realizar o controle de validade dos medicamentos, nove responderam que participam da elaboração do Plano Municipal de Saúde e dois farmacêuticos participam de ações de saúde junto da equipe multiprofissional.

Sobre o eixo Dispensação, sete municípios possuem dispensação centralizada na farmácia central, quatro descentralizada em algumas unidades de saúde do município e uma descentralizada em farmácias distritais.

Quanto à Estrutura das farmácias, nove farmacêuticos afirmaram que as mesmas estão de acordo com as normas sanitárias, visto que em onze municípios é realizado o controle de temperatura e umidade no ambiente e em câmaras frias/geladeiras, ao passo que oito municípios não possuem gerador no local de armazenamento dos medicamentos termolábeis.

## 5 DISCUSSÃO

A seleção dos medicamentos que irão compor a REMUME deve ser realizada de maneira dinâmica de acordo com as necessidades em saúde e dos ganhos efetivos das novas opções terapêuticas. O processo é feito com base em dados epidemiológicos e em evidências científicas por um comitê multidisciplinar, a CFT. A pesquisa mostra que a maioria dos municípios não possui CFT e REMUME oficializadas, o que pode acarretar na falta de medicamentos, fato esse que contribui para a falta de efetividade no tratamento do paciente, pode também levar à judicialização do medicamento e, conseqüentemente, ao aumento das despesas do município, uma vez que, como mostra a pesquisa, a maioria dos municípios utiliza recursos próprios para complementar a aquisição dos medicamentos, fator que deve ser levado em consideração, pois os municípios já gastam um percentual elevado dos seus recursos com a saúde (TORRES, 2014).

A pesquisa mostra que mais da metade dos municípios não possui uma comissão de licitação específica para compra de medicamentos, mas a maioria dos farmacêuticos participa do processo de aquisição. Esta é uma das principais, e talvez mais complexa, funções da gestão da AF. Uma boa aquisição de medicamentos deve considerar primeiro o que comprar (seleção), quando e quanto comprar (programação) e como comprar. Esses processos precisam ser monitorados e avaliados para aprimorar a gestão e intervir nos problemas. A definição de um fluxo operacional para o processo de compras, com atribuições e responsabilidades, deve assegurar agilidade e seqüência em todas as etapas, além de garantir o envolvimento de todos os setores: AF, planejamento, orçamento, finanças, administrativo/compras e outros para harmonização dos procedimentos. Além disso, a participação dos farmacêuticos no processo de compra é uma atividade indispensável, pois esse processo exige a checagem e monitoramento do que está sendo solicitado comprar com seu histórico de compras, uma vez que há ocorrência de custos adicionais quando falta sintonia entre estoque, consumo e compra de materiais, acarretando compras desnecessárias ou emergenciais (BRASIL, 2006; MOREIRA, 2015).

Mais da metade dos municípios tem a AF no organograma das SMS, o que é de grande relevância, pois sem posição formal na estrutura da saúde não pode ser reconhecida como uma unidade gestora, não possuindo orçamento, recursos humanos e respaldo legal. Outro fator positivo é que boa parte dos farmacêuticos participa da elaboração do plano municipal, ato importante, uma vez que é uma forma de garantir, qualificar e definir metas para a AF no município (COSEMSSP, 2017; TORRES, 2014).

Todos os municípios possuem um sistema informatizado na AF, mas nem todos possuem integração ao sistema da rede de atenção à saúde municipal. Essa comunicação entre os setores da rede é um importante recurso para agilizar os processos, acompanhamentos, controle e avaliação da gestão da AF. Um sistema informatizado eficiente proporciona controle de estoque que minimiza perdas e desperdícios e melhora a segurança do usuário, por evitar prescrições duplicadas, interações medicamentosas importantes e subsidiar intervenções (WOPEREIS, 2015).

Alguns municípios não contam com presença integral do farmacêutico e, dessa forma, não podem assegurar condições técnicas adequadas da AF na atenção básica, uma vez que o profissional oferece informações técnico-científicas sobre medicamentos que irá impactar na saúde dos usuários. Além disso, quando o profissional tem um auxiliar capacitado consegue melhorar a sua capacidade de trabalho. A pesquisa também aponta sobrecarga no trabalho dos farmacêuticos, tendo em vista que na maioria dos municípios há apenas um farmacêutico responsável por todas as ações e serviços da AF e, além disso, muitos necessitam de mais auxiliares de farmácia (BRASIL, 2009).

Com a pesquisa ficou evidente que os farmacêuticos não estão inseridos de forma efetiva junto às equipes multiprofissionais, o que é um fator negativo, uma vez que este profissional contribui para o sucesso do trabalho em rede, principalmente por ter a capacidade de implementar estratégias para promoção do uso racional de medicamentos, bem como pela repercussão financeira que o medicamento representa para os serviços de saúde e para a coletividade e, assim, tem implicações diretas na eficiência dos sistemas de saúde, além de que este é um ato previsto pela PNAF (BRASIL, 2007).

Pouco mais da metade dos municípios possui a dispensação do medicamento de forma centralizada, o que deveria garantir maior presença de farmacêuticos na dispensação do medicamento, colaborar para uma melhor estrutura física tanto de atendimento ao público como de armazenagem e facilitar a gestão do ciclo farmacêutico. Todavia, em seu estudo, Leite (2017) mostra que a superação do modelo de simples entrega de medicamentos parece não ter sido atingida pela centralização da distribuição de medicamentos, apresentando maior número de usuários e a disponibilização dos produtos continua sendo o principal serviço ofertado e, com essa demanda pela entrega de medicamentos e isolado dos demais serviços e profissionais de saúde, os farmacêuticos, nestas unidades, têm diminuídas as suas possibilidades de atuação na rede de atenção à saúde.

A maioria dos farmacêuticos afirma que as farmácias atendem às normas da vigilância sanitária e que realizam o controle de temperatura e umidade dos ambientes, mas a maioria

não possui gerador de energia, o que garantiria estabilidade térmica tanto das áreas da farmácia como dos refrigeradores. Os cuidados com a estrutura física das farmácias são fundamentais para uma AF de qualidade e devem seguir as normas sanitárias, pois a armazenagem dos medicamentos é crucial, visto que o controle do estoque inadequado é responsável pela maior parte da expiração da vida útil dos medicamentos antes do uso. Dessa forma, é evidenciada a importância do monitoramento da temperatura e umidade através de termo higrômetros já que o descontrole da temperatura e umidade do ambiente pode acarretar em alterações e deteriorações dos medicamentos. O ideal seria os municípios realizarem um estudo de custo/benefício e utilizar o recurso que pode ser destinado à estruturação da AF para adquirir um gerador de energia elétrica e, assim, garantir o controle de temperatura principalmente para os produtos termolábeis, já que no caso de queda de energia a temperatura do refrigerador irá ficar descontrolada (MARIN, 2013).

## 6 CONCLUSÃO

A AF ficou por muito tempo condicionada ao ciclo logístico do medicamento e ainda vivemos as consequências dessa falta de estruturação, como visto na revisão bibliográfica e no resultado desse estudo. O processo de gestão da AF é complexo por envolver um ciclo de várias etapas e por ter multiplicidade de responsabilidades entre os níveis de gestão, assim, o planejamento em todas as esferas é necessário para que o direito do cidadão à AF de qualidade seja garantido. Para tanto, é preciso que os gestores e os farmacêuticos estejam capacitados para que as tomadas de decisões sejam realizadas de maneira correta e efetiva.

Os municípios avaliados apresentam uma estrutura da AF bem semelhante aos demais locais que já foram pesquisados. A gestão ainda é falha e não há programação das ações, visto que, na maior parte dos casos, não existe uma CFT e nem REMUME para oficializar e divulgar uma lista de medicamentos municipal oficial. Além disso, em alguns municípios a farmácia nem está no organograma da SMS.

A pesquisa também mostra a falta de profissionais farmacêuticos e auxiliares de farmácia e isso pode contribuir para a não existência do planejamento, uma vez que a falta de recursos humanos faz com que o trabalho da equipe da AF fique concentrado na dispensação do medicamento, não havendo tempo para o planejamento de ações e para atuar junto ao restante da equipe e, dessa forma, o setor da farmácia fica isolado dos demais profissionais, refletindo diretamente na gestão da AF.

A criação do GCAF nos municípios pertencente à 8ª CRS é um indicativo de que os gestores estão começando a se sensibilizar sobre a importância da AF estar fortalecida, sendo que grande parte dos avanços relacionados à gestão dessa área se devem a essa rede de colaboração entre AF estadual e municipal, que juntas elaboram ações que são aplicadas nos municípios de acordo com suas necessidades e realidades.

Ainda há muito a avançar para que se tenha uma gestão da AF de qualidade. Pesquisas que acompanhem anualmente os indicadores de qualidade contribuem para o planejamento de ações que tornam o serviço eficiente, gerando melhor uso dos recursos públicos e promovendo o cuidado com a saúde da população.

## REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, A.L.A; UETA, J.M; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, vol.26, 2005.
2. BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M.C.L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.26, no.6 , 2010.
3. BERMUDEZ, J. **Indústria farmacêutica, estado e sociedade: crítica da política de medicamentos no brasil**. São Paulo: Hucitec: SOBRAVIME, 1995.
4. BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Seção 1 n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
5. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.
6. BRASIL. **Lei Complementar nº 141**, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp141.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp141.htm). Acesso em 02 de julho 2019.
7. BRASIL. **Lei No. 8080/90**, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: DF. 1990. Disponível em [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm) Acesso em 28 de novembro de 2018.
8. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2006. 74 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 837**, de 23 de abril de 2009. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria n. 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 698/GM DE 30 DE MARÇO DE 2006**. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS Brasília, 2006. Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM\\_698\\_30marco\\_2006.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/CIB/LEGIS/PortGM_698_30marco_2006.pdf). Acesso em: 01 de maio de 2019.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.001, DE 3 DE AGOSTO DE 2017**. Altera a Portaria nº 1.555/GM/MS, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS : orientações básicas** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 56 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/284.pdf>. . Acesso em 18 de abril de 2019.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais : RENAME 2017** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.)
14. BRASIL. **Portaria nº 2.077** de 17 de setembro de 2012. Institui a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM). Gabinete do Ministro da Saúde. Disponível em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077\\_17\\_09\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2077_17_09_2012.html). Acesso em 18 de setembro de 2018.
15. BRASIL. **Portaria nº 4.217** de 28 de dezembro de 2010. Aprova as normas de financiamento e execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. Brasília – DF, 2010.
16. BRASIL<sup>a</sup>. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Portaria GM/MS nº 3916** de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DOU de 10/11/1998. Disponível em

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html). Acesso em 28 de novembro de 2018.

17. BRASIL<sup>b</sup>, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Portaria nº 3.916**, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União 1998; 10 nov. Seção 1, p. 18-22. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html). Acesso em: 28 de novembro de 2018.
18. CASTRO, C.G.S.O. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
19. CAVALCANTE, R.G.M. **Judicialização do direito à saúde e a recomendação nº 31/2010 do CNJ: instrumentos para uma jurisdição constitucional aberta ou superação da (in) capacidade institucional do judiciário?** (Dissertação apresentada ao Programa de PósGraduação em Direito). UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC. 2017.
20. COSEMSSP. **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE**, 2017. Disponível em <http://www.cosemssp.org.br/downloads/CIDINHA-PLANO-MUNICIPAL-SAUDE-2017.pdf>. Acesso em 24 de abril de 2019.
21. COSENDEY, M. A. E. et al. Assistência Farmacêutica na atenção básica de saúde: experiência de três estados brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 16, n. 1, 2000.
22. COSTA K.S; NASCIMENTO, J.M. HÓRUS: Inovação tecnológica na assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, vol. 46, 2012. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102012000700013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000700013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em 28 de novembro de 2018.
23. DAMASCENA, R.S. **Judicialização do acesso a medicamentos no município de vitória da conquista – ba: análise dos itinerários dos usuários**. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. 2016. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/20116/2/98.pdf>. Acesso em 2 de maio de 2019.
24. DONABEDIAN A. **La calidad de la atención medica: definición e método de evaluación**. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
25. Estado do Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde (SES). Resolução nº 555/2012. **Comissão Intergestores Bipartite**. Porto Alegre: SES; 2016.
26. FRAGA, F.N.R. **A utilização de um modelo lógico para a reorientação dos serviços farmacêuticos no âmbito municipal** [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

27. FREITAS, J.M.S.M; NOBRE, A.C.L. Avaliação da assistência farmacêutica do município de Mombaça-CE. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v.2 n.1, 2011.
28. GERLACK, L.F; KARNIKOWSKI, M.G.A; AREDA, C.A; GALATO, D; OLIVEIRA, A.G; ÁLVARES. J, et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 2017.
29. KORNIS, G.E.M; BRAGA, M; ZAIRE, C. Os marcos legais das Políticas de Medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Revista APS**, vol. 11, n.1, .
30. LEITE, S.N, BERNARDO, N.L.M.C.,; ÁLVARES, J; GUERRA JUNIOR, A.A; COSTA, E.A; ACURCIO, F.A; et al. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Revista de Saúde Pública**. 2017;51 Supl 2:11s. Disponível em [http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles\\_xml/0034-8910-rsp-51-S1518-87872017051007121/0034-8910-rsp-51-S1518-87872017051007121-pt.pdf](http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/0034-8910-rsp-51-S1518-87872017051007121/0034-8910-rsp-51-S1518-87872017051007121-pt.pdf). Acesso em 24 de abril de 2019.
31. MACHADO. G.S. **Fornecimento de medicamentos no sistema único de saúde**. Brasília: Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados, 2010. Disponível em [http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/publicacoes-da-consultoria-legislativa/areas-da-conle/tema19/2010\\_2748.pdf](http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/estudos-e-notas-tecnicas/publicacoes-da-consultoria-legislativa/areas-da-conle/tema19/2010_2748.pdf). Acesso em 28 de novembro de 2018.
32. MARIN, N; LUIZA, V.L; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S; organizadores. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
33. MAYORGA, P; FRAGA, F; BRUM, C.K; CASTRO, E.F. **Assistência farmacêutica no SUS: quando se efetivará?** In: Misoczky MC, Bordin R, organizadores. **Gestão local em saúde: práticas e reflexões**. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2004. p. 197-215.
34. MOREIRA, D.D.V. **A importância do processo de compra na cadeia de abastecimento de uma indústria farmacêutica**. [Monografia apresentada ao curso de Pós – graduação]. Belo Horizonte. UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, 2015.
35. OLIVEIRA, L. **Planejamento da assistência farmacêutica no sus, de um município do sul de Santa Catarina**. [Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde Coletiva da Universidade do Extremo Sul Catarinense – UNESC, 2013.
36. OLIVEIRA, L.C.F; ASSIS, M.M.A; BARBONI, A.R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Revista de Ciências e saúde coletiva** vol.15, 2010.
37. PEPE, V. L. E.; VERAS, C. M. T. **A Prescrição médica**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ, 1995.

38. QUEIROZ, C.C.M; BARRETO, N.S.C; COUTINHO, M.L; ALBUQUERQUE, S.R. **Farmácia da família: uma proposta para a Gestão da Assistência Farmacêutica/** Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. 2008. Disponível em <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008queiroz-cc.pdf>. Acesso em 11 de dezembro de 2018.
39. SILVA, E.B.j, Nunes LMN. Avaliação da farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina-Pernambuco. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, vol. 37, n.2, 2012.
40. TORRES, R. M; Esher, Â; CAETANO, R; PEPE, V.L.E; OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S. Adesão às Listas de Medicamentos Essenciais por Médicos Brasileiros em Atuação no Sistema Único de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, vol. 38, n.3, 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v38n3/06.pdf>. Acesso em 18 de abril de 2019.
41. TREVISAN, H. **Dificuldades na gestão da política de assistência farmacêutica: uma revisão bibliográfica.** Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização. Picada Café, Universidade Federal de Santa Maria. 2015.
42. VIEIRA, F.S. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana Salud Publica**, vol. 24, n.2, 100.
43. WANG, D. W. L. Os impactos da judicialização da saúde no município de São Paulo: gastos públicos e organização federativa. **Revista de Administração Pública**, v. 48, n. 5, 2014
44. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. **Who Policy Perspective ou Medicines**, n. 8, 2004.
45. WOPEREIS, A.B. **Avaliação da Assistência Farmacêutica de um município catarinense.** [Trabalho de conclusão de curso de graduação]. Florianópolis. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA, 2015.

**ANEXO A****FORMULÁRIO DE PESQUISA RELATIVO AO ACOMPANHAMENTO ANUAL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL**

Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica constituída em Portaria?

Sim

Não

Parcialmente implantado

Existe Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) oficialmente publicada?

Sim

Não

Parcialmente implantado

Se existe REMUME, quem participou da formulação?

CFT

Farmacêutico e gestor

Através de reunião com a equipe

Através de pesquisa com os prescritos

Em relação à pergunta anterior, se a formulação da REMUME não foi realizada por nenhuma das alternativas propostas descreva quem participou do processo.

---

Existe Comissão de Licitação específica para compra de medicamentos?

Sim

Não

Parcialmente implantado

O farmacêutico participa do processo de compra de medicamentos

Sim

Não

Existe Plano de Gerenciamento de Resíduos que contemple o descarte de medicamentos e insumos para diabéticos?

Sim

Não

Parcialmente implantado

Existe Manual de Boas Práticas na Farmácia Municipal?

Sim

- Não
- Parcialmente implantado

AF está no organograma da SMS?

- Sim
- Não

Qual percentual de recurso municipal é gasto com saúde?

---

Qual percentual do recurso da saúde é gasto com medicamentos?

---

O município utiliza recurso próprio além da Portaria 1555/13 para compra de Medicamentos?

- Sim
- Não

Existe sistema informatizado para gestão da AF?

- Sim
- Não
- Parcialmente

Qual o sistema utilizado?

---

O sistema é utilizado para a dispensação dos medicamentos?

- Sim
- Não

Se a resposta foi sim para a pergunta anterior, o sistema é utilizado em todas as unidades dispensadoras?

- Sim
- Não
- Em algumas unidades dispensadoras

Existe mecanismo para recebimento de críticas pelos usuários da AF?

- Sim
- Não

Existe POP para distribuição de medicamentos?

- Sim
- Não

Parcialmente

Existe POP para a entrega de medicamentos?

- Sim
- Não
- Parcialmente

Existe controle de entrada e saída de medicamentos do almoxarifado?

- Sim
- Não
- Parcialmente

Farmacêutico?

- Em quantidade Ideal
- Abaixo da quantidade Ideal
- Não existem

Auxiliar de Farmácia?

- Em quantidade Ideal
- Abaixo da quantidade Ideal
- Não existem

Outros profissionais da AF?

- Em quantidade Ideal
- Abaixo da quantidade Ideal
- Não existem

Existe Farmacêutico em tempo integral na AF do Município?

- Sim
- Não
- Parcialmente

Quantos Farmacêuticos trabalham na AF municipal? Qual a carga horária de cada um?

---

Participa da programação de compra de medicamentos?

- Muito
- Parcial
- Pouco
- Não realiza

Participa do controle de estoque nas Unidades Básicas de Saúde?

- Muito

- Parcial
- Pouco
- Não realiza

Participa na dispensação de medicamentos?

- Muito
- Parcial
- Pouco
- Não realiza

Realiza controle de validade dos medicamentos?

- Muito
- Parcial
- Pouco
- Não realiza

Realiza Acompanhamento Farmacoterapêutico?

- Muito
- Parcial
- Pouco
- Não realiza

Participa da Formulação do Plano Municipal de Saúde?

- Sim
- Não

Realiza atividades de Educação em Saúde com a Comunidade e demais profissionais?

- Muito
- Parcial
- Pouco
- Não realiza

Se sim, cite exemplos:

---

O farmacêutico trabalha em conjunto com a equipe multiprofissional?

- Muito
- Parcial
- Pouco
- Não realiza

Se sim, cite exemplos:

---

Qual o tipo de dispensação adotado no município?

- centralizada em uma farmácia central
- descentralizada em farmácias distritais
- descentralizada em algumas Unidades de Saúde do município

Se o tipo de dispensação é descentralizado, quantos pontos de dispensação existem?

---

Existe farmacêutico em todos os pontos de dispensação?

- Sim
- Não parcialmente
- Não em nenhum ponto de dispensação

Se a resposta da pergunta anterior foi "não parcialmente", em quantas horas existe farmacêutico nos pontos de dispensação fora da farmácia central?

---

Existe descentralização de dispensação para Termolábeis, Portaria 344 e antibióticos?

- Sim
- Não

Os medicamentos Portaria 344 estão armazenados em local distinto nos locais de dispensação?

- Sim
- Não