

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



**ILMD** INSTITUTO LEÔNIDAS  
& MARIA DEANE  
Fiocruz Amazônia

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ  
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES DE  
SAÚDE NA AMAZÔNIA**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DA  
SAÚDE NO BRASIL COM BASE NO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO  
ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

**ORÁCIO CARVALHO RIBEIRO JUNIOR**

**MANAUS – AM  
2017**



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**

**Fundação Oswaldo Cruz**



**ILMD**

INSTITUTO LEÔNIDAS  
& MARIA DEANE  
Fiocruz Amazônia

**ORÁCIO CARVALHO RIBEIRO JUNIOR**

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DA  
SAÚDE NO BRASIL COM BASE NO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO  
ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração: Determinantes Socioculturais, Ambientais e Biológicos do Processo Saúde - Doença-Cuidado na Amazônia.

**ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Cyra dos Santos Lucas**  
**CO-ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Rosana Cristina Pereira Parente**

**MANAUS – AM**  
**2017**

FICHA CATALOGRÁFICA

Seção Biblioteca Dr. Antônio Levino da Silva Neto - ILM D

R484a

Ribeiro Junior, Orácio Carvalho.

Avaliação da assistência farmacêutica na Atenção Básica de Saúde no Brasil com base no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). / Orácio Carvalho Ribeiro Junior. - Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2017.

113 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia) - Instituto Leônidas e Maria Deane, 2017.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ana Cyra dos Santos Lucas.

Co-Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosana Cristina Pereira Parente.

1. Assistência farmacêutica 2. Política Nacional de medicamentos 3. Atenção primária à saúde 4. Avaliação de medicamentos I. Título

CDU 615.1(81) (043.3)

CDD 362.10425

22. ed.

**AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DA  
SAÚDE NO BRASIL COM BASE NO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO  
ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, área de concentração: Determinantes Socioculturais, Ambientais e Biológicos do Processo Saúde - Doença-Cuidado na Amazônia.

Manaus - AM, 31 de julho de 2017

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Rosana Cristina Pereira Parente - Coorientadora  
Instituto Leônidas e Maria Deane – ILMD/FIOCRUZ

---

Prof. Dr. Igor Rafael dos Santos Magalhães - Membro  
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Nair Chase da Silva – Membro  
Universidade Federal do Amazonas – UFAM

Dedico esta dissertação a meus pais, que me deram a vida, e aos meus amigos e familiares, que de alguma forma me ajudaram a vencer as etapas deste desafio.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, principio e autor da vida, agradeço por permanecer ao meu lado, dando sustentáculo para que eu pudesse concluir mais esta etapa de minha vida profissional.

Aos meus pais, Domingas e Orácio, agradeço por todo amor dispensado, por sempre estar ao meu lado, incentivando e intercedendo a Deus por minha vida e por meus projetos e sonhos. Com vocês aprendi o valor da educação como transformadora de nossas vidas dentro de determinado contexto, a partir de determinado tempo.

À minha orientadora, Profa. Dra. Ana Cyra dos Santos Lucas, agradeço pela atenção e ensinamentos dispensados, tão fundamentais para que eu pudesse adentrar nas reflexões de uma área de conhecimento diferente de minha formação de base. Obrigado por acreditar em mim e ter me ajudado na construção desta dissertação.

À minha coorientadora, Profa. Dra. Rosana Cristina Pereira Parente, agradeço por ter abraçado a causa deste trabalho em um momento muito crítico de sua execução. Agradeço pelas preciosas orientações e ensinamentos, pelas noites perdidas trabalhando comigo a fio para que ocorresse a conclusão deste trabalho. Obrigado pela paciência e companheirismo a mim dispensados, entendendo minhas limitações e dando estímulo para que eu pudesse vencê-las.

Aos professores do PPGVIDA, agradeço por todos os conhecimentos e reflexões compartilhados ao longo destes dois anos, fundamentais para meu crescimento enquanto estudante de mestrado.

À Profa. Dra. Luiza Garnelo, coordenadora deste curso de mestrado, agradeço pelo vasto conhecimento compartilhado e pela condução impecável de nosso programa, estimulando sempre o debate e o crescimento acadêmico de cada mestrando.

Aos membros titulares da banca, Profa. Dra. Nair Chase da Silva, Prof. Dr. Igor Rafael dos Santos Magalhães, e aos suplentes, Prof. Dr. Rodrigo Tobias de Souza Lima, Profa. Dra. Evelyne Marie Therese Mainbourg, agradeço o aceite ao convite para compor a banca de exame desta dissertação, e pelas contribuições e reflexões que certamente serão realizadas.

A todos os meus amigos e colegas do PPGVIDA, Bárbara, Uziel, Marcelo, Claudia, Francélio, Solane, Denise, Cláudio, Ana Paula, Sandra, Nayara, Angélica, Anne Lima, Anne Karina, Carol, Eidie, Layssa, Luiz, Lisiane, Jordam, Tiziana, Tiago, Denise e Maria, agradeço

pelo companheirismo ao longo destes dois anos, por toda partilha de conhecimentos e afetos, que certamente ajudaram-me a evoluir enquanto mestrando e pessoa.

À Bárbara Misslane, minha parceira e companheira mais próxima neste mestrado, agradeço pela parceria na construção do conhecimento com os dados do PMAQ-AB. Pelas redes de conhecimentos e afetos que tecemos juntos ao longo destes dois anos. Que esta amizade e parceria frutifique para além dos limites do PPGVIDA.

Aos amigos da “cúpula gastronômica”, agradeço pelo convívio e resenhas que sempre fizemos juntos, tão importantes para tornar esta caminhada mais suave.

Aos meus amigos, Luiz Bergamim, Tatiane Araújo, Natália Miranda, Geysiane Silva, Eliziane Reis, Sandra Santos, agradeço pelo carinho, amizade, ajuda e paciência que sempre tiveram comigo. Sem vocês, certamente esta caminhada teria sido mais pesada.

À Professora Ms.C. Sheyla Oliveira, minha grande amiga, agradeço pelo carinho e atenção. Obrigado por sempre incentivar-me a prosseguir nos estudos após a graduação.

À FAPEAM, pela concessão da bolsa de mestrado, tão importante nesses dois anos de estudos.

Por fim, agradeço a todos aqueles de que, alguma forma, contribuíram para a construção desta dissertação. Meu muito obrigado.

*“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre.”*

(Paulo Freire)



## RESUMO

RIBEIRO JÚNIOR, O. C. **Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção básica da saúde no Brasil com base no Programa Nacional de Melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica (PMAQ-AB)**. 2017. 113 f. Dissertação (Mestrado). Instituto Leônidas e Maria Deane (ILMD), 2017.

A Assistência Farmacêutica faz parte das ações e serviços no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e busca garantir o acesso da população a medicamentos de forma qualificada. Esta pesquisa objetivou avaliar a adequação da assistência farmacêutica em unidades básicas de saúde (UBS) do Brasil, com foco nos aspectos da infraestrutura dos ambientes de farmácia e na disponibilidade de medicamentos. Foi realizado um estudo transversal, do tipo avaliação normativa com os dados da avaliação externa do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), coletados entre 2013 e 2014. Para a análise foram selecionadas 17.902 unidades que disseram possuir dispensação de medicamentos descentralizada. Os resultados mostram que tanto na infraestrutura, quanto na disponibilidade de medicamentos, com exceção de alguns itens e algumas classes de medicamentos, os percentuais de UBS brasileiras adequadas foram baixos. No Brasil, apenas 0,28% das UBS foram classificadas como adequadas na avaliação global. Quanto a infraestrutura dos serviços de farmácia e disponibilidade de medicamentos, os percentuais de adequação no país foram de 1,8% e 5,0% respectivamente. Na análise por regiões geopolíticas evidenciaram-se notáveis desigualdades quanto aos perfis de adequabilidade, com os melhores desempenhos para as regiões sul e sudeste, em detrimento das demais regiões. Foram encontrados os melhores desempenhos nas unidades situadas em municípios de alto porte populacional, exceto a infraestrutura que foi melhor em municípios de pequeno porte, e alto IDHM, e baixa cobertura de estratégia de saúde da família. Percebe-se que a assistência farmacêutica na atenção básica da saúde no Brasil é permeada por importantes fragilidades em pontos estratégicos de sua execução, principalmente em municípios pequenos e situados em regiões pobres do país, inferindo a necessidade de qualificação da gestão da assistência farmacêutica com o intuito de capilarizar com qualidade a disponibilidade de medicamentos nos serviços de atenção básica, garantindo dessa forma, o acesso da população aos medicamentos básicos, reduzindo iniquidades sociais.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde, Assistência farmacêutica, Política nacional de medicamentos, Avaliação em saúde, Avaliação de medicamentos

## ABSTRACT

RIBEIRO JÚNIOR, O. C. **Evaluation of Pharmaceutical Assistance in basic health care in Brazil based on the National Program for Improving Access and Quality in Basic Care (PMAQ-AB)**. 2017. 113 f. Thesis (MS). Leônidas and Maria Deane Institute (ILMD), 2017.

The Pharmaceutical Assistance is part of the actions and services within the Unified Health System (SUS) and seeks to guarantee the population's access to medicines in a qualified manner. This study aimed at evaluating the adequacy of pharmaceutical care in basic health units (BHU) in Brazil, focusing on the infrastructure aspects of pharmacy environments and the availability of medicines. A cross-sectional, normative evaluation study was carried out with data from the external evaluation of the second cycle of the Program for Improving Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB), collected between 2013 and 2014. For the analysis, 17,902 units who said they had a decentralized dispensing of medicines. The results show that in both infrastructure and drug availability, except for some items and some classes of drugs, the percentages of adequate Brazilian UBS were low. In Brazil, only 0.28% of the UBS were classified as adequate in the overall evaluation. As for the infrastructure of pharmacy services and availability of medicines, the adequacy percentages in the country were 1.8% and 5.0% respectively. In the analysis by geopolitical regions there were notable inequalities in the profiles of suitability, with the best performances for the South and Southeast regions, to the detriment of the other regions. The best performances were found in the units located in municipalities of high population size, except the infrastructure that was better in small municipalities, and high HDI, and low coverage of family health strategy. Pharmaceutical assistance in basic health care in Brazil is permeated by important weaknesses at strategic points of its execution, especially in small municipalities and located in poor regions of the country, inferring the need to qualify the management of pharmaceutical care with the Aiming to capillarize the availability of medicines in the basic health services, thus guaranteeing the population's access to basic medicines, reducing social inequities.

**Keywords:** Primary Health Care, Pharmaceutical Care, National Drug Policy, Health Evaluation; Drug Evaluation

## LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Matriz de pontuação para avaliação dos padrões de qualidade da Assistência Farmacêutica no Brasil	38
.....	
Quadro 02 – Matriz de julgamento da dimensão e das subdimensões que compuseram a avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil	46
.....	

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ABS – Atenção Básica da Saúde

AF – Assistência Farmacêutica

APS – Atenção Primária à Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CIR – Comissão Intergestores Regional

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

DATASUS – Departamento de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

HÓRUS – Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

IEP – Instituição de Ensino e Pesquisa

ILMD – Instituto Leônidas e Maria Deane

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ-AB – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNM – Política Nacional de Medicamentos

PNS – Política Nacional de Saúde

PNUD – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.

PSF – Programa de Saúde da Família

QUALIFAR-SUS – Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UF – Unidade da Federação

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	18
2.1. GERAL .....	18
2.2. ESPECÍFICOS .....	18
<b>3. JUSTIFICATIVA</b> .....	19
<b>4. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	21
4.1. ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE.....	21
4.2. PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB) .....	26
4.3. AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	28
4.4. ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	30
<b>5. MÉTODOS</b> .....	34
5.1. ÁREA DO ESTUDO .....	34
5.2. TIPO DE ESTUDO .....	34
5.3. UNIVERSO DA PESQUISA E A AMOSTRA ESTUDADA .....	35
5.4. COLETA DE DADOS.....	35
5.5. UNIDADES DE ANÁLISE.....	36
5.6. PLANO DE ANÁLISE.....	36
5.6.1. Primeira etapa - Fase exploratória.....	36
5.6.2. Segunda etapa – Atribuição de pontos aos padrões de qualidade .....	36
5.6.3. Critério de Adequabilidade .....	46
5.6.4. Terceira etapa- Categorização das variáveis.....	49
5.6.5. Quarta etapa- Associação entre as variáveis de contexto e a adequação da assistência farmacêutica na atenção básica da saúde.....	49
5.7. PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	49
5.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	50
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	51
6.1. ARTIGO: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE DO BRASIL: INFRAESTRUTURA E DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS .....	51
<b>CONCLUSÃO</b> .....	90

<b>REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO.....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>101</b>
APÊNDICE A – TABELAS COMPLETAS SOBRE A ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SEUS COMPONENTES NA ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE DO BRASIL .....	102
<b>ANEXOS.....</b>	<b>107</b>
ANEXO I – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	108

## 1 INTRODUÇÃO

Desde a criação do SUS, a política pública de saúde no Brasil vem sofrendo mudanças importantes ao longo dos anos. O SUS é uma política que sendo norteada por importantes princípios como a universalidade do acesso, a equidade e a integralidade das ações e serviços (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Nesse contexto, a universalidade permitiu a ampliação das ações e serviços de saúde para a população, tendo a Atenção Básica à Saúde (ABS) como principal estratégia governamental para a reorientação das políticas de saúde, principalmente no nível local. A partir do início da década de 1990, a ABS ganha força, principalmente com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), que mais tarde transformar-se-á em Estratégia de Saúde da Família (ESF), estabelecendo a ABS como a porta de entrada no sistema de saúde e ampliando ainda mais o acesso ao SUS por parte da população (ESCOREL, 2007; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; MENDES, 2014).

A ABS é a porta de entrada no sistema e a ordenadora das ações e serviços. Por isso, é entendida como um conjunto de ações e serviços de cunho individual e coletivo que visa a promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação, devendo ser o principal centro integrador e de comunicação na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2012a).

No conjunto de ações e serviços de atenção à saúde garantidos pelo SUS está a Assistência Farmacêutica (AF). A própria lei orgânica da saúde estabelece como responsabilidade dos municípios a execução da política de insumos e equipamentos para a saúde (BRASIL, 1990). Apesar disso, houve um grande descompasso entre os avanços garantidos pela consolidação do SUS e a garantia à população dos medicamentos dentro da mesma rede. Diante disso o Ministério da Saúde (MS) formulou novas diretrizes que atendessem as questões relacionadas aos medicamentos. Assim, surge a Política Nacional de Medicamentos (PNM), promulgada em outubro de 1998 (BRASIL, 1998, CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2010).

Com a implementação da PNM e outras legislações no país, as questões relativas à aquisição, financiamento e uso racional de medicamentos tiveram profícua melhoria. Entretanto, esses avanços se deram em detrimento na qualidade relativa às questões relacionadas ao armazenamento, dispensação, orientação/educação dos usuários (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).



Diante dessa situação, surge em 2004 a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). A PNAF vem na perspectiva de reforçar o caráter amplo da AF como parte integrante do Política Nacional de Saúde (PNS), envolvendo um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Com a instituição da PNAF, fica claro o esforço do MS no sentido de reorganizar a AF no âmbito do SUS, qualificando as ações de forma a garantir o acesso da população aos serviços de AF por meio da capacitação de recursos humanos, articulação entre os diferentes gestores para a implementação da referida política em todos os níveis de atenção, adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) como instrumento racionalizador das ações, ampliação e modernização da infraestrutura (BRASIL, 2004).

Além disso, nessa reorganização proposta pela PNAF, entende-se que os conhecimentos técnicos e científicos são fundamentais. Assim, as ações para reestruturar a AF devem partir do conhecimento do ciclo da AF, composto das seguintes fases: seleção, programação, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação de medicamentos e suas conjugações nas ações e serviços de atenção à saúde (SILVA JÚNIOR; NUNES, 2012).

No contexto da atenção básica, a AF objetiva a consolidação das etapas do ciclo da AF, de forma a abastecer as farmácias das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com medicamentos seguros e de qualidade. Tudo isso tendo por base os dispositivos legais sobre AF vigentes, garantindo, sobretudo, o armazenamento correto e dispensação dos referidos medicamentos e as orientações aos usuários sobre o uso racional dos mesmos (BRASIL, 2006a).

Apesar de todos os esforços no sentido de fazer avançar a AF no SUS nos últimos anos, percebe-se uma dicotomia nesse contexto programático de saúde. De um lado se tem uma AF consolidada por intermédio de legislações específicas, como leis e portarias que procuram, de certa forma, organizar da melhor maneira possível a AF nos municípios. De outro, temos a AF real, realizada por conspícuas fragilidades na organização estrutural, seleção de medicamentos, acondicionamento e de ordem financeira que tendem a comprometer o acesso dos usuários a estes medicamentos e a atenção farmacêutica envolvida, comprometendo a qualidade da AF no SUS (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Essas fragilidades têm sido apontadas nos poucos estudos avaliativos, realizados de forma localizada, em diversas regiões do país. Esses estudos apontam deficiências

quanto aos aspectos estruturais, disponibilidade e dispensação de medicamentos e às outras etapas do ciclo da AF. (GUERRA et al., 2004; NAVES; SILVER, 2005; MOURA, 2010; FREITAS; NOBRE, 2011; HELFER et al., 2012; SILVA JÚNIOR; NUNES, 2012; MENDES et al., 2014).

Nesse contexto, surge uma importante e singular oportunidade de se avaliar a AF com a criação pelo MS, em 2011, do Programa Nacional da Melhoria e do Acesso da Atenção Básica (PMAQ-AB). O Programa se propõe a aprimorar o acesso e a qualidade da atenção básica e racionalizar aspectos relacionados ao financiamento desse nível de atenção segundo os critérios de qualidade pactuados e posteriormente avaliados em ciclos contínuos. Cada ciclo do PMAQ-AB é composto de 4 fases. São elas: contratualização, certificação, recontratualização e eixo transversal de desenvolvimento. Na fase de certificação consta a etapa de avaliação externa das equipes da atenção básica pactuadas, em que são avaliados aspectos estruturais, organizacionais, satisfação dos usuários, e outros aspectos, incluindo aqueles relacionados à AF, principalmente quanto aos quesitos de infraestrutura e disponibilidade de medicamentos (BRASIL, 2012b).

É perceptível a necessidade de se avaliar a AF considerando o ciclo que a compõe em todos os níveis de atenção em que a AF está presente. Essas avaliações constituem estratégia fundamental para a identificação das fragilidades presentes, bem como, reorganizar de forma contínua a PNAF em todas as realidades do país (VIEIRA; LORANDI; BOUSQUAT, 2008; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2010).

A proposta do presente estudo objetiva fornecer subsídios para a qualificação na organização e estruturação da assistência farmacêutica na atenção básica no âmbito dos serviços municipais do Brasil. Assim, diante das lacunas de conhecimento sobre a adequação da AF na atenção básica no Brasil e a necessidade de se obter tais informações, ditas como estratégicas para a melhoria da AF nos serviços de atenção básica, formula-se o seguinte problema de pesquisa: Como está a adequação da assistência farmacêutica nos serviços de atenção básica do Brasil, segundo os dados do PMAQ-AB, frente ao preconizado na Política Nacional de Assistência Farmacêutica?

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Avaliar a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica da Saúde no Brasil, segundo a Política Nacional de Assistência Farmacêutica

### 2.2 ESPECÍFICOS

Identificar agrupamentos de unidades básicas de saúde brasileiras segundo a adequação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

Analisar a adequação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, segundo as características relacionadas ao sistema de saúde e as demográficas dos municípios.

### 3 JUSTIFICATIVA

Desde a época da graduação, sempre tive interesse por estudos que avaliassem a eficiência das ações e serviços de saúde na atenção básica. Ainda durante os anos de formação superior, tive a oportunidade de realizar dois ensaios descritivos que avaliaram a qualidade de ações programáticas no contexto da atenção básica. Na especialização, tive a oportunidade de desenvolver um estudo sobre avaliação de conhecimentos de profissionais de saúde sobre reanimação neonatal. Nesse sentido, é perceptível a minha aproximação para com estudos de natureza avaliativa no contexto da saúde. Diante da entrada no programa de mestrado em saúde coletiva, surge novamente a oportunidade de trabalhar a temática da avaliação em saúde, desta vez com foco na organização do serviço dentro da perspectiva da assistência farmacêutica na atenção básica.

Na última década, a AF passou por profundas mudanças, tanto em seu marco legal quanto em sua organização e nas questões organizacionais. Faz parte das diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM) e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) o acesso aos medicamentos pela população (MENDES et al., 2014). Como resultado do incremento dessas políticas, bem como de outras ações na perspectiva do fortalecimento do SUS, vem ocorrendo um aumento no uso de medicamentos na atenção básica de modo que realizar a avaliação da AF nesse nível de atenção torna-se algo imprescindível. Isso ocorre porque o mau gerenciamento da AF e o uso inadequado de medicamentos na atenção básica à saúde pode acarretar sérios problemas para a sociedade e para o serviço de saúde, congestionando a atenção secundária e terciária e agravando os casos clínicos envolvidos, além de onerar sobremaneira os cofres públicos (VIEIRA; LORANDI; BOUSQUAT, 2008; CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2010; SILVA JÚNIOR; NUNES, 2012).

A avaliação da AF na atenção básica a partir dos municípios é um ponto estratégico. Segundo as normas e legislações vigentes no país, são esses entes federados que cada vez mais são os responsáveis pela aquisição de produtos no âmbito da AF no respectivo nível de atenção neste trabalho abordado (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010, MENDES et al., 2014).

Do ponto de vista da saúde coletiva, este estudo faz-se importante porque a AF é parte integrante das ações do Sistema Único de Saúde para promoção da saúde, proteção

e recuperação de agravos na população. A existência de uma estrutura adequada, aliada a uma organização dos serviços de AF qualificada, tende a resultar na melhoria da qualidade de vida de uma determinada população (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; FREITAS; NOBRE, 2011). Além disso, são poucos os estudos de avaliação da AF na atenção básica realizados no Brasil que comportem uma amostragem significativa. A maioria realizada de forma localizada, não caracterizando de forma conspícua essa dimensão de ação do SUS no país (MENDES et al., 2014).

Com a implementação do PMAQ-AB pelo Ministério da Saúde, torna-se possível realizar um estudo de avaliação normativa da AF na atenção básica de cunho abrangente no país. É possível identificar os aspectos da infraestrutura das farmácias básicas, bem como a disponibilidades de medicamentos essenciais nos serviços de ABS.

Assim, espera-se poder compilar resultados significativos sobre a organização da AF na atenção básica, por meio do PMAQ-AB, no Brasil. Espera-se, com isso, poder fornecer subsídios para o aprimoramento dos aspectos relacionados à AF que serão estudados e, assim contribuir para sua qualificação no âmbito dos serviços de atenção básica.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE

O sintagma Atenção Primária à Saúde (APS) tem recebido várias definições desde a sua introdução. Dentre elas: atenção a pessoas pobres residentes em regiões pobres e com baixa densidade tecnológica; ações dimensionadas para a promoção da saúde e prevenção de agravos; pacote básico de serviços de saúde; atenção prestada por médicos generalista ou médicos de família; conjunto de ações definidas para o enfrentamento de agravos mais prevalentes; nível primário de atenção e ordenador para os demais níveis de assistência; conjunto de determinados atributos; estratégia de organização de determinado sistema de saúde com o intuito de capilarizar a atenção à saúde para a comunidade, orientando recursos para as necessidades de saúde dessa população, com prioridade para elementos de baixa densidade tecnológica (MENDES, 2009).

As primeiras noções de Atenção Primária à Saúde (APS) tem seu cerne no Reino Unido e é atribuída ao Relatório Dawson no ano de 1920. O ministro da saúde daquele país a associou à ideia de regionalização e hierarquização dos cuidados. As propostas então apresentadas no referido relatório apresentavam algumas semelhanças com o ideário atual da APS. Abordavam questões como a criação de distritos sanitários com centros de saúde e a assistência por médicos generalistas, tendo o apoio da enfermagem e de outros especialistas. Essa estrutura serviria para organizar o primeiro contato das pessoas ao serviço de saúde, facilitando a regionalização e hierarquização anteriormente mencionadas (CONILL, 2008; LUPPI et al., 2011). Foram necessários mais de 50 (cinquenta) anos para que alguns desses princípios, outrora promulgados, pudessem ser colocados em prática, servindo, mais tarde, para guiar mudança nos modelos de atenção à saúde em vários lugares do mundo (CONILL, 2008).

Apesar de serem longínquas as dimensões para o surgimento no conceito de APS, ela só veio a se consolidar com a Conferência Internacional de Cuidados Primários à Saúde, em Alma-Ata, na República do Cazaquistão (ex-república socialista soviética), em 1978. A APS foi idealizada a partir da problemática da exacerbação dos serviços médicos de cunho especializados no Estados Unidos da América na década de 1960. A crise econômica mundial na década de 1970 igualmente forçou um repensar sobre o modelo

de atenção à saúde vigente (CONILL, 2008; MELLO; FONTANELLA; DEMARZO, 2009; MENDES, 2009).

A conferência de Alma-Ata tornou-se um marco histórico na saúde mundial, em especial a APS. Nela foi definido que um desenvolvimento socioeconômico fundamentado numa ordem econômica internacional seria de extrema relevância para a concretização da meta de “saúde para todos no ano 2000” e para a redução das desigualdades do estado de saúde entre nações desenvolvidas e aquelas em desenvolvimento. Dentre as premissas colocadas estava a que estabeleceria a promoção e proteção da saúde das populações como instrumento essencial para um contínuo desenvolvimento social e econômico, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e para a paz mundial. Nesse sentido, a APS foi a estratégia utilizada para o alcance de tais metas, em que ela seria o cerne dos sistemas nacionais de saúde, fazendo parte do conjunto de desenvolvimento socioeconômico da comunidade, inspirando o sentido de justiça (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, a APS foi entendida como sendo um conjunto de cuidados essenciais, tendo por base métodos e tecnologias cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, dispostos ao acesso universal individual e coletivo, com participação desses atores no processo de construção desse modelo de atenção, com custos que possam ser mantidos em todo processo de desenvolvimento. Ela é considerada, segundo o mesmo entendimento, como fazendo parte do sistema de saúde de um país, representando o primeiro nível de contato individual, familiar e coletivo ao sistema nacional de saúde, sendo esse cuidado a saúde levado o mais próximo das pessoas, constituindo um primeiro elemento de um conjunto de assistência à saúde (BRASIL, 2002).

Mais tarde, a Organização Pan-Americana da Saúde e a Organização Mundial da Saúde declararam seu posicionamento referente à renovação da APS, considerando o legado de Alma-Ata, para os anos vindouros, trazendo diretrizes mais operacionais:

Um sistema de saúde com base na APS requer uma estratégia abrangente para a organização e operacionalização dos sistemas de saúde, que considere o direito ao maior nível possível de saúde sua principal meta, maximizando a equidade e a solidariedade. Tal sistema é dirigido por princípios da APS, capazes de responder às necessidades em saúde da população, com orientação para a qualidade, responsabilidade governamental, justiça social, sustentabilidade, participação e intersetorialidade (OPAS; OMS, 2007, p. 9).

As ideias sobre APS comportadas em Alma-Ata foram fundamentais para o contexto brasileiro. Foi a partir dos conceitos trazidos pela conferência que os primeiros

serviços municipais de saúde foram implantados no país entre o final da década de 1970 e início da década de 1980, tendo utilizado inclusive os aportes teóricos e práticos para o funcionamento de tais serviços, ainda que restringindo o entendimento de tais concepções quando da organização prática dos serviços (GIL, 2006).

Um dos conceitos de APS muito difundido e utilizado no mundo inteiro é aquele proposto por Barbara Starfield. Ela a compreende como um nível de atenção que possibilita a entrada da população nos sistemas de saúde, independentemente do tipo de problema, com a assistência focada no indivíduo e não no agravo. Nesse conceito são considerados, ainda, o contexto de ocorrência da doença, bem como é feito o acompanhamento da pessoa ao longo do tempo, além de realizar a integração e coordenação das ações de saúde nos demais níveis de atenção. Segundo esse conceito, a APS ainda é responsável pela prevenção, cura e reabilitação de agravos, potencializado o estado de saúde (STARFIELD, 2002).

Nesse contexto, a APS assume qualidades próprias, que são chamadas de atributos. Os atributos são classificados em três categorias: essenciais, derivados e essenciais, mas não exclusivos da APS (STARFIELD, 2002).

Os atributos essenciais são: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado. Entende-se por acesso de primeiro contato como a porta de entrada ao serviço de saúde quando aquele serviço é identificado pela população como o primeiro a ser recorrido diante da necessidade existente (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). A longitudinalidade por sua vez é entendida como o vínculo interpessoal entre usuários e profissionais de saúde, sendo este capaz de reduzir ou minimizar o encaminhamento desnecessário dos indivíduos a outros níveis de atenção (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). A integralidade possui vários sentidos, podendo ser entendida como a existência de rede de serviços hierarquizada, descentralizada, com diferentes níveis de complexidade com capacidade de atender os problemas de saúde dos indivíduos (STARFIELD, 2002). A coordenação do cuidado é definida como a articulação entre os serviços de saúde de modo sincronizado e articulado com o intuito de garantir um cuidado contínuo ao indivíduo em qualquer ponto da rede de assistencial (MENDES, 2009).

Já os atributos derivados são três: atenção à saúde centrada na família, competência cultural e orientação comunitária. A atenção à saúde centrada na família corresponde ao reconhecimento da família como sujeito de atenção e o conhecimento integral dos seus problemas de saúde. A competência cultural refere-se à adaptação da



equipe de saúde em manter relação com a população de acordo com suas características culturais (STARFIELD, 2002). A orientação comunitária refere-se ao reconhecimento das necessidades familiares em razão do contexto sociocultural, econômico e cultural, orientando ainda a alocação de recursos e planejando as ações e serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Há ainda os atributos essenciais, porém, não exclusivos, que são características importantes não só para a APS, como também para os demais níveis de atenção. Eles são cinco: registros adequados, continuidade de pessoal, comunicação profissional-paciente, qualidade clínica da atenção, proteção para os pacientes. Os registros adequados compreendem a manutenção das informações dos usuários nos prontuários de forma que os profissionais possam ter acesso no sentido de qualificar o cuidado, com listas de problemas atualizadas. A continuidade de pessoal diz respeito ao acompanhamento do usuário por um mesmo profissional de saúde. Já a comunicação profissional-paciente caracteriza-se pela qualidade da relação entre profissional-paciente, com valorização dos aspectos técnicos assistenciais. A qualidade clínica da atenção perpassa pelas competências técnicas do profissional em apreender de forma ampla os problemas apresentados pelos usuários, garantindo resolutividade oportuna. Por outro lado, a proteção para os pacientes compreende a visão ampliada de saúde, em que as condições socioeconômicas são vistas como impactantes sobre as condições de saúde e dos serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

No Brasil os olhares e as reflexões para a importância da APS, como protagonista nos serviços e ações para a melhoria da qualidade de vida da população, ganhou força a partir dos movimentos que resultaram na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em que foram consagrados os princípios da Reforma Sanitária (BRASIL, 2009a).

Já em 1988, com a promulgação da constituição, a saúde ganha seu primeiro enfoque legislativo no Brasil sendo dissertada como:

[...] direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso igualitário e universal às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1988).

Ainda no âmbito jurídico, a lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 cria o Sistema Único de Saúde (SUS), trazendo em sua constituição ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde por meio de instituições e órgãos públicos, guiados pelos

princípios doutrinários de universalidade, integralidade e equidade, figurando em seu escopo os princípios da APS propostos em Alma-Ata (BRASIL, 1990a).

Desde Alma-Ata, o termo “Atenção Primária à Saúde” tem recebido diversos outros nomes, embora internacionalmente seja reconhecido o termo anteriormente referido. No Brasil o termo adotado como sinônimo pelo MS para APS é “Atenção Básica à Saúde” segundo o qual seria uma forma de promover uma singularidade própria para os serviços e ações institucionalmente propostas neste âmbito (BRASIL, 2011a).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) criada em 2006 e reformulada em 2011 pelo MS teve sua aprovação por meio da portaria número 2.488 de 21 de outubro de 2011 que revisou as diretrizes e normas para a organização da ABS, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2011b).

Segundo o MS a Atenção Básica:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a).

Segundo Mendes (2010), o SUS é organizado em níveis de atenção, de forma a garantir o princípio da integralidade da assistência. Nesse contexto, a atenção básica constitui-se como a porta de entrada para os usuários do SUS, configurando como a principal ordenadora e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Esse nível de atenção emerge como sendo o que se propõe a resolver cerca de 85% dos problemas de saúde mais frequentes na população, contribuindo para a prevenção dos agravos e para a promoção da saúde, oferecendo um cuidado mais próximo das especificidades de cada região.

Para o desenvolvimento desse conjunto de ações e serviços, a ABS possui princípios norteadores. São eles: universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social. Essas ações são desenvolvidas por meio do trabalho em equipes com áreas de abrangência definidas, com a finalidade de cuidar das necessidades de saúde da população de forma mais próxima e singular (BRASIL, 2012a).

Ainda que a atenção básica venha impactando positivamente nos indicadores de saúde brasileiros nos últimos anos, a situação epidemiológica do Brasil tem sido

configurada pela tripla carga de doenças, caracterizada pela convivência de infecções, desnutrição e problemas de saúde reprodutiva, com doenças crônicas e com o crescimento das causas externas. Essa situação tende a tornar a ABS no Brasil ainda mais complexa, justificando em parte, as dificuldades enfrentadas por este nível de atenção e por todo o SUS em dar respostas oportunas às várias necessidades de saúde da população. Além disso, outros problemas de ordem estrutural e organizacional interferem na qualidade da ABS prestada aos usuários do sistema (MENDES, 2010).

#### 4.2. PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

O PMAQ-AB foi criado pela portaria número 1.654, de 19 de julho de 2011 do MS, revogada pela portaria 1.645 de 2 de outubro de 2015 no mesmo ministério, que dispõe sobre o programa na atualidade. O PMAQ-AB foi fruto de uma profunda negociação e pactuação entre os gestores nas três esferas em que está presente o SUS. O MS e os secretários estaduais e municipais de saúde, representados por seus respectivos conselhos debateram a fim de formular a melhor forma de desenvolver o programa, de forma que o mesmo pudesse servir para a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da ABS no Brasil (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2015a).

O principal objetivo do PMAQ-AB é prover a indução da melhoria do acesso e da qualidade da ABS com padrões de qualidade que possam ser comparados a nível nacional, regional e local, visando maior lisura e transparência nas ações do estado brasileiro no contexto da ABS. Esse objetivo deve ser conseguido por meio de avaliações cíclicas e contínuas que deve envolver os atores da atenção básica envolvidos (BRASIL, 2015a; MOTA; DAVID, 2015).

O PMAQ-AB surge em meio a um cenário de fragilidade da atenção básica e depara-se com uma série de desafios a serem vencidos a fim de promover a melhoria do acesso e da qualidade na atenção básica, tais como: precarização física das UBS com inadequabilidade das mesmas; ambiência pouco acolhedora e transmissão à população da imagem do serviço como de qualidade baixa e voltado aos pobres; precarização das condições de trabalho; necessidade de qualificação nos processos de trabalho diante da fragmentação dos mesmos; sumarização nos processos de gestão com foco na qualidade; pouca integração das equipes de ABS com os outros pontos da RAS e financiamento

inadequado da atenção básica, desvinculado dos resultados e da melhoria da qualidade (BRASIL, 2012b).

Para alcançar essa finalidade o PMAQ-AB conta com algumas diretrizes. Entre elas destaca-se: definição de parâmetros de qualidade de acordo com as especificidades de cada região; estimular processo contínuo de melhoramento dos padrões de acesso e de qualidade; transparência em todas suas etapas a fim de permitir acompanhamento pela sociedade; envolvimento de todos os atores envolvidos para promover uma mudança de cultura a fim de qualificar a ABS; fortalecimento do modelo de atenção previsto na PNAB; caráter voluntário na adesão tanto das unidades quanto pelos gestores, com a premissa de que o sucesso do programa depende da motivação e proatividade dos agentes envolvidos (BRASIL, 2015a).

De acordo com a legislação mais atual do PMAQ-AB (BRASIL, 2015a), o mesmo é composto de 3 (três) fases e um eixo estratégico transversal de desenvolvimento que compõe um ciclo que acontecerá a cada 24 (vinte e quatro) meses. A seguir descreve-se respectivas etapas com as características de cada uma:

Fase 1 - denominada de adesão e contratualização: nesta fase todas as equipes da atenção básica, inclusive as equipes de saúde bucal e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) poderão aderir ao programa desde que seus serviços estejam em conformidade com os princípios da PNAB e com os critérios estabelecidos no manual instrutivo da PMAQ-AB. A formalização da adesão deve ser feita pelo gestor municipal ou distrital por meio de preenchimento de formulário eletrônico junto ao MS e posterior comunicado ao conselho municipal de saúde e à Comissão Intergestores Regional (CIR).

Fase 2 - denominada de certificação: esta fase deverá ocorrer a avaliação externa das unidades de atenção básicas que fizeram a contratualização. Esta etapa será realizada por meios de instituições de ensino e/ou pesquisas que avaliaram um conjunto de evidências para os padrões previamente pactuados, bem como a avaliação de desempenho dos indicadores também pactos na primeira fase. Como resultado desse processo avaliativo, as equipes contratualizadas receberão as seguintes menções de desempenho: ótimo; muito bom; bom; regular e ruim. Estes conceitos se darão de acordo com o alcance dos padrões de qualidade considerados essenciais dispostos no manual instrutivo do PMAQ.

Fase 3 - denominada de recontractualização: caracterizada pela pactuação singular de cada município e do Distrito Federal com a pactuação de novos padrões de qualidade de forma a estimular a institucionalização de um processo contínuo de avaliação e recontractualização a partir dos resultados gerados na fase 2 do PMAQ-AB.

Eixo Estratégico Transversal de Desenvolvimento do PMAQ-AB: compreende a autoavaliação feita pelas equipes de saúde da atenção básica por meio de instrumentos previamente pactuados entre os entes federados; monitoramento a ser realizado por todos os atores envolvidos, inclusive as respectivas secretarias estaduais e municipais de saúde, com o apoio da CIR por meio dos indicadores pactuados na 1ª fase do PMAQ-AB; educação permanente e apoio institucional às equipes da atenção básica de acordo com as necessidades das mesmas; compreensão horizontal de experiências e práticas para a melhoria da ABS. Esse eixo é compreendido como transversal por permear todas as fases que compõe um ciclo, de maneira a permitir que as ações de promoção da melhoria da qualidade da ABS ocorram em todas as etapas do processo.

Percebe-se que o PMAQ-AB emerge em um contexto de travessias de ressignificação pelas quais passam o MS, em que o mesmo se compromete com a melhoria do acesso e da qualidade no SUS em consonância com os pressupostos da PNAB (BRASIL, 2012a). Além disso, esse programa, dentro do contexto orçamentário da ABS, figura a partir de sua implantação em 2011 como poderoso instrumento quanti-qualitativo na configuração do orçamento da ABS, não deixando em detrimento os outros importantes significados do ponto de vista concreto que o PMAQ-AB trouxe para o campo da ABS como estratégia “*prime*” para a execução das diretrizes da PNAB, servindo para avaliar e acompanhar o grau de implantação dessas diretrizes na atenção básica tendo os atores locais como protagonistas nos processos de formulação, implantação, monitoramento e avaliação da política (PINTO; SOUSA, 2012; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014).

#### 4.3. AVALIAÇÃO EM SAÚDE

As primeiras avaliações de programas públicos datam a Segunda Guerra Mundial, quando o governo protagonizou a condução das políticas sociais, cujos métodos buscavam responder sobre as vantagens e os custos para a adoção eficaz de recursos (CONTANDRIOPOULOS, 1997; CALVO; HENRIQUE, 2006).

Segundo Contandriopoulos (1997), a avaliação consiste na realização de um julgamento de valor acerca de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o intuito de tomada de decisão. Pode ser feita pela aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborada a partir de critérios científicos (pesquisa avaliativa). Entretanto, a avaliação possui um conceito polissêmico e a aplicabilidade deste irá depender do contexto ou situação a qual pretende-se avaliar (BOSI; UCHIMURA, 2007).

A pesquisa de avaliação objetiva principalmente prover conhecimento que seja reconhecido como tal pela comunidade científica. Serve como orientador na tomada de decisão diante de questões a serem respondidas, já que buscara estabelecer conexão entre uma ação, ou ações, e determinadas alterações na realidade a ser estudada. Considera-se então como característica fundamental nesse tipo de avaliação, a identificação de relações causais. Na avaliação para tomada de decisão, o objetivo é produzir conhecimento que remeta respostas aqueles que vivenciam o objeto avaliado, sendo esta capacidade mais importante que o reconhecimento em seus pares no meio científico. Na avaliação para gestão, espera-se a criação de instrumentos de gestão que possam ser utilizados no monitoramento dos serviços de saúde, de forma a contribuir para a garantia do seu bom funcionamento (NOVAES, 2000).

Um aspecto importante da avaliação em saúde consiste na ideia de qualidade em todos os tipos de avaliação, uma vez que tem como característica central o estabelecimento de um juízo de valor a alguma coisa, quando positivo, significa ter qualidade. Além disso, quando de início se estabelece uma qualidade que servirá de referência, de parâmetro a partir do qual serão construídos os instrumentos a serem utilizados para o julgamento de valor, passa a ser uma avaliação de qualidade (NOVAES, 2000).

Apesar dessa variabilidade nos conceitos sobre avaliação difundidos e estudados mundialmente, um dos conceitos mais recentes e que corrobora com outros autores clássicos é aquele proposto por Champagne et al. (2011a, p. 44) que inscreve a seguinte definição:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam

construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações.

A pesquisa avaliativa pode ser ainda entendida como a utilização em conjunto de procedimentos das ciências sociais para a realização de julgamentos sobre programas de intervenção, analisando sua base conceitual e os processos operacionais e sua implementação no contexto no qual se inserem, podendo ainda desdobrar-se em variados tipos de análise, de acordo com o contexto o qual estão se desenvolvendo, entre eles a análise de adequabilidade (ARREAZA; MORAES, 2010) conforme propõem-se este estudo.

Apesar dos vários modelos teóricos e tipos de avaliação, neste estudo abordar-se-á a pesquisa de avaliação normativa. Ela está contida dentro desses vários modelos de avaliação de programas e serviços de saúde. Nela a característica fundamental é a congruência dos componentes da avaliação (estrutura, processo e resultados) de acordo com normas e critérios previamente estabelecidos, tendo, portanto, caráter prescritivo e julgador (DONABEDIAN, 1988; CHAMPAGNE et al., 2011b)

A avaliação normativa busca estudar os componentes de uma intervenção tendo por base normas e critérios anteriormente estabelecidos. Entende-se por intervenção nesse contexto um conjunto de meios organizados em um determinado contexto, dentro de determinado tempo, para produzir bens ou serviços e nesse sentido mudar determinada situação problemática (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

A tradicional avaliação normativa baseada na tríade estrutura-processo-resultados foi descrita por Avedis Donabedian e tem sido utilizada por muitos pesquisadores e em muitos contextos até os dias atuais. Segundo Donabedian (1988), a estrutura guarda relação com a disponibilidade de recursos materiais, humanos e organizacionais. O processo seria aquilo que diz respeito à relação profissional-usuário e os resultados estão relacionados tanto ao produto das ações quanto à modificação da situação de saúde da população ou contexto analisados.

#### 4.4 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a Assistência Farmacêutica como sendo um conjunto de ações que envolvem serviços e atividades relacionadas com o medicamento. Esses serviços e atividades se destinam a apoiar as ações da saúde que demandam a comunidade. Esse conjunto deve ser efetivado por meio da entrega expedita

e oportuna dos referidos medicamentos a pacientes hospitalizados e ambulatoriais, não esquecendo os critérios de qualidade da farmacoterapia (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007).

No contexto atual, a AF ressurgiu no Brasil como campo de prática, com a promulgação da Lei 8.080, em 1990, a Lei Orgânica da Saúde, que inclui em seu cerne a Assistência Farmacêutica como uma das responsabilidades do SUS e tem, seu marco conceitual com a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998, fruto de um intenso de negociação e pactuação, que envolveu vários atores, entre esfera de governo, indústria, academia e sociedade (BRASIL, 1998; OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007).

Com a publicação desta portaria pelo MS em 1998, tem-se pela primeira vez no Brasil um conceito oficial de AF, apresentada neste primeiro momento como:

Grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional dos medicamentos (BRASIL, 1998:15).

Nesta primeira compilação oficial do conceito de AF, o estado brasileiro foi signatário da proposta publicada pela OMS, dando respaldo à visão sistêmica de assistência farmacêutica, incorporando-a como diretriz. Nessa política foram definidas oito diretrizes: 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 (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007).

Em 2004, o MS, por meio do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e reorganiza, ampliando o conceito de AF, neste momento entendida como:

[...] um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua



seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população” (BRASIL, 2004).

Nesses conceitos aqui apresentados, é possível perceber a dimensão clara de intersectorialidade e interdisciplinaridade para o desenvolvimento das ações que compreendem a AF, de modo a beneficiar o sistema de saúde e, principalmente o ser humano ao qual se destina tais práticas (OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014).

Ainda nesse contexto, é necessário o entendimento que o modelo de gestão da AF segue os mesmos moldes do modelo de gestão em saúde, sendo necessário fazer uma divisão entre assistência farmacêutica hospitalar e assistência farmacêutica ambulatorial. Na primeira ocorre a dispensação de medicamentos para a administração em pacientes nos serviços de saúde e é exercida, principalmente por instituições privadas, prestadoras de serviços ao SUS. Já a segunda consiste na liberação direta dos medicamentos aos pacientes para que estes possam usar em suas residências e é exercida quase que exclusivamente por instituições públicas estatais, vinculadas às secretarias estaduais e municipais de saúde. Com descentralização administrativa das unidades de saúde para os municípios, grande parte da AF passou a ser executada pelos municípios (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014).

Do ponto de vista científico e para compreender os aspectos práticos da AF, ela deve ser entendida e estudada compreendendo-se o ciclo da assistência farmacêutica. O ciclo é composto das seguintes etapas: seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação sendo que cada etapa é fundamental para o sucesso e qualidade de uma AF de forma plena em todos os níveis de atenção à saúde onde se fizer presente (OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014).

Na primeira etapa, denominada de seleção, é definido quais os medicamentos serão disponibilizados aos usuários pelo serviço de saúde. Essa fase deve ser feita de forma mínima a nível nacional, mas, delegada a função aos estados e municípios, de acordo com a legislação específica vigor e sempre com apoio científico de profissionais com habilitados para tal, que detenham conhecimentos de evidências clínicas e farmacologia, sobretudo. Ainda nessa fase, deve ser considerado a RENAME vigente, que será atualizada constantemente para atender as necessidades de saúde da população (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007; OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014).

Seguindo-se as etapas do ciclo, tem-se a segunda. Ela consiste na programação, fase em que se define aquilo que será comprado. Para que essa etapa se consolide é preciso ter os dados referentes às necessidades de medicamentos loco – regionais, disponibilidade orçamentária, condições locais do sistema e aspectos administrativos. É preciso ter sobretudo um sistema suficientemente confiável para o fornecimento de dados de morbidade e histórico de consumo (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007).

Já a terceira etapa, denominada de aquisição, é o momento de realizar a busca pelo melhor produto pelo menor preço, obedecendo as legislações sanitárias e sobre compras de medicamentos vigentes no país (OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014).

Na sequência tem-se a etapa de armazenamento. Ela consiste no recebimento dos produtos, controle e guarda dos estoques. É preciso conhecimentos técnicos e sobre a legislação específica que disserta sobre as boas práticas para a realização dessa etapa (BRASIL, 2006b; OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014).

A quinta etapa é denominada de distribuição. Trata-se do abastecimento das unidades em tempo hábil, de modo a atender as necessidades de saúde da população, sem prejudicar a qualidade dos medicamentos (OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014).

Finalizando as etapas do ciclo de AF, tem-se a dispensação. Trata-se do momento em que ocorre a atenção farmacêutica, atividade restrita ao farmacêutico, que fornece as informações necessárias ao usuário sobre a utilização correta dos medicamentos a serem dispensados e o sobre o uso racional dos mesmos (OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014).

As etapas do ciclo da AF são fundamentais para o desenvolvimento pleno dessa política dentro do SUS, sobretudo para a identificação de fragilidades que possam vir a acontecer em cada etapa e que a partir de tais, possa haver a tomada de decisão no sentido de reorganizar tal política (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

## 5 MÉTODOS

### 5.1 ÁREA DO ESTUDO

A área do estudo foi constituída por 17.902 (74,4%) das 24.055 Unidades Básicas de Saúde – UBS que participaram do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) em 3.758 (67,5%) dos 5.570 municípios do Brasil, distribuídos nos 26 estados e o Distrito Federal.

### 5.2. TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal, avaliativo, com abordagem quantitativa, do tipo normativo, a partir do banco de dados de base nacional da etapa de avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Nesse caso buscou-se avaliar a Assistência Farmacêutica, nos municípios do Brasil que aderiram ao PMAQ-AB.

Os estudos transversais ou de corte transversal são fundamentais dentro da epidemiologia pelo fato de permitirem visualizar a situação de uma população ou de uma realidade em determinado ponto da história, permitindo inclusive realizar ou não associação entre variáveis, estabelecendo relação de causa e efeito. Esses estudos permitem ainda determinar indicadores de saúde de determinada população e geralmente são utilizados para avaliar serviços de saúde (ARAGÃO, 2013).

A pesquisa avaliativa pode ser entendida como a utilização em conjunto de procedimentos das ciências sociais para a realização de julgamentos sobre programas de intervenção, analisando sua base conceitual e os processos operacionais e sua implementação no contexto no qual se inserem, podendo ainda desdobrar-se em variados tipos de análise, de acordo com o contexto o qual estão se desenvolvendo, entre eles a análise de adequabilidade (ARREAZA; MORAES, 2010) conforme propõem-se este estudo.

A pesquisa de avaliação normativa está contida dentro dos vários modelos de avaliação de programas e serviços de saúde. Nela a característica fundamental é a congruência dos componentes da avaliação (estrutura, processo e resultados) de acordo com normas e critérios previamente estabelecidos, tendo, portanto, caráter prescritivo e julgador (DONABEDIAN, 1988; CHAMPAGNE et al., 2011b)

### 5.3 UNIVERSO DA PESQUISA E A AMOSTRA ESTUDADA

As UBS avaliadas não foram selecionadas de maneira aleatória. As que fizeram parte do universo desta pesquisa foram aquelas que aderiram ao programa de avaliação proposto pelo Ministério da Saúde e que responderam ao questionário do Módulo I referente às características estruturais e ambiência da unidade de saúde/ sobre o ambiente dos serviços de farmácia e os medicamentos componentes da farmácia básica.

Para responder aos objetivos da pesquisa, fez-se recorte no banco de dados do Módulo I para as UBS que afirmaram ter dispensação de medicamentos descentralizada. Dessa forma, a amostra final deste estudo foi constituída de 17.902 UBS, exceto para a variável presença do profissional farmacêutico que foi de 5.989 unidades, visto que para esta variável foi feito um recorte amostral para selecionar aquelas que responderam possuir outros profissionais além daqueles que compõem a equipe mínima na ABS.

### 5.4 COLETA DE DADOS

O primeiro objetivo específico do estudo foi alcançado com a utilização dos dados coletados no 2º ciclo de avaliação do PMAQ-AB, realizado no segundo semestre de 2014 em todo o território nacional, por mais de 40 Instituições de Ensino e Pesquisa (IEP) do país. As IEP contribuíram com a etapa de avaliação externa desde a construção do instrumento de avaliação, definição de estratégias até a aplicação dos questionários nos municípios brasileiros (BRASIL, 2013a). Antes da realização da pesquisa de campo, os entrevistadores foram treinados e efetuaram a coleta em todas as unidades básicas de saúde que optaram pela adesão ao PMAQ-AB.

Durante a pesquisa do PMAQ-AB, ocorreu a aplicação de quatro módulos de questionários: Módulo I – Observação da unidade de saúde; Módulo II – Entrevista com profissionais da Atenção Básica; Módulo III – Entrevistas com usuários na UBS e; Módulo IV – Entrevista com o profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2013b). Nesta pesquisa foram utilizadas as perguntas apresentadas no quadro 01, constantes no questionário do módulo I, sobre a infraestrutura dos serviços de farmácia e os medicamentos da farmácia básica.

Para atender ao segundo objetivo específico foram coletados dados demográficos e dados relacionados aos sistemas de saúde dos municípios, referentes ao ano de 2014,

mesmo ano da coleta do PMAQ-AB. Esses dados estão disponíveis nos sites: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e Departamento de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

## 5.5 UNIDADES DE ANÁLISE

As unidades de análise deste estudo foram as 17.902 UBS dos municípios do Brasil que participaram da etapa de avaliação externa do 2º Ciclo do PMAQ-AB e afirmaram ter disponibilidade de medicamentos descentralizada.

## 5.6 PLANO DE ANÁLISE

### 5.6.1 Primeira etapa - Fase exploratória

Na fase exploratória fez-se a preparação do banco de dados do PMAQ-AB, relativo ao módulo I, com o recorte para as subdimensões apresentadas no subitem 5.3 desta metodologia. Posteriormente foi feita a avaliação da completude dos dados que dizem respeito à infraestrutura dos serviços de farmácia e medicamentos componentes da Farmácia Básica, de modo a verificar sua qualidade, como fonte da presente pesquisa.

### 5.6.2 Segunda etapa – Atribuição de pontos aos padrões de qualidade

A metodologia para a pontuação dos itens avaliados foi uma adequação da proposta do Ministério da Saúde contida no manual da Nota Metodológica da Certificação das Equipes de Atenção Básica Participantes do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica 2013-2014, publicado em 2015 (BRASIL, 2015b).

Segundo a metodologia proposta, para obtenção da nota de cada uma das equipes, as áreas técnicas do Ministério da Saúde, em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), definiram critérios que consideraram suma relevância técnica, estratégica e política, além do número de subdimensões e padrões de qualidade (perguntas) na matriz de pontuação.

Como foi utilizado apenas o conjunto de padrões relativos à Assistência Farmacêutica, foi feita readequação da expressão matemática para o cálculo das notas.

- Dimensão: Assistência Farmacêutica na ABS;
- Subdimensões da Dimensão: (1) Infraestrutura do Serviço de Farmácia e (2) Medicamentos componentes da Farmácia Básica;
- Padrão de Qualidade: perguntas dentro de cada Subdimensão.

Para as subdimensões e os padrões de qualidade, foram mantidas as mesmas relevâncias definidas na nota metodológicas. Qual seja: peso 1 se o padrão de qualidade fosse considerado geral, 2 se essencial e 3 se estratégico.

Para o cálculo dos pontos das subdimensões, as expressões ficaram assim definidas:

- $S_k$  é o número de subdimensões existentes, onde  $k = 1 e 2$ ;
- $\beta_j$  corresponde ao peso atribuído a cada subdimensão, onde  $j = 1 e 2$  e  $\beta$  pode assumir os valores 1 ou 2;
- $P_{kji}$  corresponde a nota do padrão, que é atribuída conforme o critério de pontuação definido, que pode variar de 0 a 10 inclusive, onde  $i=1,2,\dots,n$ ;
- $\alpha_{kji}$  corresponde ao peso atribuído a cada padrão de qualidade contido dentro de uma subdimensão, onde  $i = 1, 2,\dots,n$  e  $\alpha$  pode assumir um dos seguintes valores, 1 ou 2 ou 3;
- $NS_{kj}$  é a “nota” de uma determinada subdimensão e é obtida conforme a fórmula a seguir.

Nota de uma subdimensão será dada pela soma dos pontos obtidos nos padrões de qualidade

$$NS_{kj} = \sum_{i,j=1}^n P_{kji} \quad (1)$$

E, a nota para a a dimensão será pela seguinte equação:

$$ND = \sum_{k=j=1}^2 (\beta_j * NS_{kj}) / (\sum_{i=1}^2 \beta_j) \quad (2)$$

A regra de atribuição da nota ( $P_{kji}$ ) podia variar de acordo com o objetivo que a pergunta pretendia atingir. As seguintes situações podiam ocorrer: *i*) resposta afirmativa, com comprovação valia 100% da pontuação recebida e as demais, 0%; *ii*) na subdimensão

da infraestrutura, algumas questões tinham respostas hierarquizadas que só recebiam 100% todos os padrões do item eram satisfeitos.

A regra para cada um dos padrões de qualidade está definida no quadro 01 na coluna “Nota do Padrão de Qualidade”.

Quadro 01 – Matriz de pontuação para avaliação dos padrões de qualidade da Assistência Farmacêutica no Brasil.

SUBDIMENSÃO - Sk ( $\beta_j$ )	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO ( $\alpha_{kj}$ )	PADRÃO DE QUALIDADE		NOTA DO PADRÃO DE QUALIDADE (Pkji)	NOTA DA SUBDIMENSÃO (NSk)
INFRAESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA (1)	Geral (1)	Profissional farmacêutico	Número de farmacêuticos existentes na UBS	Pontua 1 se tiver pelo menos 1 farmacêutico na unidade	NS1
	Geral (1)	Área de dispensação	Se SIM, continua na questão. Se NÃO ou NÃO SE APLICA, passar para questão seguinte	Pontua 1 se responder SIM para a 1ª e SIM ou NÃO para a 2ª e 3ª	
			O ambiente é compartilhado com outro?		
			Se SIM, continua na questão. Se NÃO ou NÃO SE APLICA, passar para questão seguinte		
			É o ambiente principal?		
	Geral (1)	Área de fracionamento	Se SIM, continua na questão. Se NÃO e NÃO SE APLICA, passar para a questão seguinte	Pontua 1 se responder SIM para a 1ª e SIM ou NÃO para a 2ª e 3ª	
			O ambiente é compartilhado com outro? Se SIM, continua na questão. Se NÃO e NÃO SE APLICA, passar para a questão seguinte		
			É o ambiente principal?		

continuação



SUBDIMENSÃO - Sk (βj)	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO (αkj)	PADRÃO DE QUALIDADE		NOTA DO PADRÃO DE QUALIDADE (Pkji)	NOTA DA SUBDIMENSÃO (NSk)
INFRAESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA (1)	Essencial (2)	Sala de estocagem	Se SIM, continua na questão. Se NÃO passar para outra questão	Pontua 1 se responder SIM para a 1ª e NÃO para as duas seguintes	NS1
			O ambiente é compartilhado com outro? Se SIM, continua na questão. Se NÃO ou NÃO SE APLICA, passar para outra questão		
			É o ambiente principal?		
	Essencial (2)	Armazenamento	Os medicamentos estão armazenados e acondicionados adequadamente (local limpo sem presença de mofo, fresco e arejado, as caixas estão em prateleiras afastadas da parede e do chão)?	Pontua 1 se responder afirmativamente	
	Geral (1)	Computador	Se existir, continua na questão. Se não existir, encerra a parte da infraestrutura.	Pontua 1 se responder SIM para a primeira e existir pelo menos 1 (um) computador em condições de uso	
Quantos computadores?					

continuação

SUBDIMENSÃO - S <sub>k</sub> (β <sub>j</sub> )	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO (α <sub>kj</sub> )	PADRÃO DE QUALIDADE		NOTA DO PADRÃO DE QUALIDADE (P <sub>kji</sub> )	NOTA DA SUBDIMENSÃO (NS <sub>k</sub> )
MEDICAMENTOS COMPONENTES DA FARMÁCIA BÁSICA (2)	Geral (1)	Medicamentos antiparasitários	Albendazol.	Todos os medicamentos do grupo foram para sorteio Sorteia 2 dos 8 medicamentos do grupo; Pontua 1 se houver 2 medicamentos em quantidade suficiente Pontua 0 (zero) se houver no máximo 1 (um) medicamento	NS <sub>2</sub>
			Mebendazol.		
			Metronidazol.		
			Teclozana.		
			Permetrina.		
			Ivermectina.		
			Benzoato de benzila.		
			Espiramicina.		
MEDICAMENTOS COMPONENTES DA FARMÁCIA BÁSICA (2)	Geral (1)	Medicamentos antianêmicos/vitaminas/polivitamínicos/sais minerais	<b>Sulfato ferroso.</b>	Os que estão em negrito são perguntas obrigatórias Dos 3 medicamentos restantes sorteava 2 Pontua 1 se houver no mínimo 4 medicamentos em quantidade suficiente Pontua 0 (zero) se houver até 3 medicamentos	
			<b>Ácido fólico.</b>		
			<b>Palmiato de retinol.</b>		
			Cloridrato de piridoxina.		
			Cloridrato de hidroxocobalamina.		
			Tiamina.		

continuação

SUBDIMENSÃO - S <sub>k</sub> (β <sub>j</sub> )	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO (α <sub>kj</sub> )	PADRÃO DE QUALIDADE		NOTA DO PADRÃO DE QUALIDADE (P <sub>kji</sub> )	NOTA DA SUBDIMENSÃO (NS <sub>k</sub> )
MEDICAMENTOS COMPONENTES DA FARMÁCIA BÁSICA (2)	Geral (1)	Medicamentos Antiasmáticos	<b>Sulfato de salbutamol.</b>	Os que estão em negrito são perguntas obrigatórias Dos 3 medicamentos restantes, sorteava 1 Pontua 1 se houver no mínimo 4 medicamentos em quantidade suficiente Pontua 0 (zero) se houver até 3 medicamentos	NS <sub>2</sub>
			<b>Brometo de ipratrópio.</b>		
			<b>Dipropionato de beclometasona.</b>		
			<b>Budesonida.</b>		
			Fosfato sódico prednisolona.		
			Prednisona.		
			Fenoterol.		
MEDICAMENTOS COMPONENTES DA FARMÁCIA BÁSICA (2)	Essencial (2)	Medicamentos contraceptivos hormonais/hormônios sexuais	<b>Enantato de noretisterona + valerato de estradiol.</b>	Os que estão em negrito são perguntas obrigatórias Dos 2 medicamentos restantes, sorteada 1 Pontua 1 se houver no mínimo 5 medicamentos em quantidade suficiente Pontua 0 (zero) se houver até 4 medicamentos	NS <sub>2</sub>
			<b>Etinilestradiol + levonorgestrel.</b>		
			<b>Noretisterona.</b>		
			<b>Acetato de medroxiprogesterona.</b>		
			<b>Levonorgestrel.</b>		
			Estríol creme vaginal.		
			Estrogênios conjugados.		

continuação

SUBDIMENSÃO - S <sub>k</sub> (β <sub>j</sub> )	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO (α <sub>kj</sub> )	PADRÃO DE QUALIDADE		NOTA DO PADRÃO DE QUALIDADE (P <sub>kji</sub> )	NOTA DA SUBDIMENSÃO (NS <sub>k</sub> )
MEDICAMENTOS COMPONENTES DA FARMÁCIA BÁSICA (2)	Essencial (2)	Medicamentos anti-hipertensivos e medicamentos de ação cardiovascular	<b>Captopril.</b>	Os que estão em negrito são perguntas obrigatórias Dos 8 medicamentos restantes, sorteava 1 Pontua 1 se houver no mínimo 10 medicamentos em quantidade suficiente Pontua 0 (zero) se houver até 9 medicamentos	NS <sub>2</sub>
			Maleato de enalapril.		
			<b>Cloridrato de propranolol.</b>		
			Atenolol.		
			<b>Carvedilol.</b>		
			<b>Succinato de metoprolol.</b>		
			Metildopa.		
			<b>Hidroclorotiazida.</b>		
			<b>Losartana potássica.</b>		
			<b>Cloridrato de verapamil.</b>		
			<b>Sinvastatina.</b>		
			Besilato de anlodipino.		
			Cloridrato de hidralazina.		
			Espironolactona.		
			Furosemida.		
			Cloridrato de amiodarona.		
Cloridrato de propafenona.					
Ácido acetilsalicílico.					
Digoxina.					

continuação

SUBDIMENSÃO - $S_k$ ( $\beta_j$ )	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO ( $\alpha_{kj}$ )	PADRÃO DE QUALIDADE	NOTA DO PADRÃO DE QUALIDADE ( $P_{kji}$ )	NOTA DA SUBDIMENSÃO ( $NS_k$ )	
MEDICAMENTOS COMPONENTES DA FARMÁCIA BÁSICA (2)	Geral (1)	Medicamentos antibacterianos/antifúngicos	<p>Os que estão em negrito são perguntas obrigatórias</p> <p>Dos 7 medicamentos restantes, sorteava 1</p> <p>Pontua 1 se houver no mínimo 12 medicamentos em quantidade suficiente</p> <p>Pontua 0 (zero) se houver até 11 medicamentos</p>	NS <sub>2</sub>	
					<b>Amoxicilina.</b>
					<b>Cloridrato de ciprofloxacino.</b>
					<b>Benzilpenicilina benzatina.</b>
					Benzilpenicilina procaína + benzilpenicilina potássica.
					Cefalexina (sódica ou cloridrato).
					Amoxicilina + clavulanato de potássio.
					Cetoconazol.
					Claritromicina.
					Cloranfenicol.
					Cloridrato de clindamicina.
					<b>Estearato de eritromicina.</b>
					<b>Sulfato de gentamicina.</b>
					<b>Nitrofurantoína.</b>
					<b>Sulfametoxazol + trimetoprima.</b>
					<b>Sulfadiazina comprimido.</b>
					<b>Cloridrato de tetraciclina.</b>
Fluconazol.					
Itraconazol.					
Nitrato de miconazol.					
Nistatina.					
<b>Azitromicina.</b>					

SUBDIMENSÃO - $S_k$ ( $\beta_j$ )	CLASSIFICAÇÃO DO PADRÃO ( $\alpha_{kj}$ )	PADRÃO DE QUALIDADE		NOTA DO PADRÃO DE QUALIDADE ( $P_{kji}$ )	NOTA DA SUBDIMENSÃO ( $NS_k$ )
MEDICAMENTOS COMPONENTES DA FARMÁCIA BÁSICA (2)	Essencial (2)	Medicamentos antidiabéticos	Glibenclamida.	Nesse grupo de medicamentos todos são perguntas obrigatórias Pontua 1 se houver no mínimo 3 medicamentos em quantidade suficiente Pontua 0 (zero) se houver até 2 medicamentos	
			Cloridrato de Metformina.		
			Insulina NPH.		
			Insulina regular.		
MEDICAMENTOS COMPONENTES DA FARMÁCIA BÁSICA (2)	Geral (1)	Medicamentos analgésicos/antipiréticos	Dipirona sódica.	Nesse grupo de medicamentos todos são perguntas obrigatórias Pontua 1 se houver no mínimo 2 medicamentos em quantidade suficiente Pontua 0 (zero) se houver no máximo 1 medicamento	NS <sub>2</sub>
			Ibuprofeno.		
			Paracetamol.		
MEDICAMENTOS COMPONENTES DA FARMÁCIA BÁSICA (2)	Geral (1)	Medicamentos antiácidos/antiespasmódicos/antissecrtores (1)	Hidróxido de alumínio.	Todos os medicamentos do grupo foram para sorteio Sorteava 2 dos 5 medicamentos do grupo; Pontua 1 se houver 2 medicamentos Pontua 0 (zero) se houver no máximo 1 (um) medicamento	
			Hidróxido de magnésio.		
			Cloridrato de metoclopramida.		
			Cloridrato de ranitidina.		
			Omeprazol.		

Fonte: Adaptado pelo autor com base na Nota Metodológica da Certificação das Equipes da Atenção Básica, participantes do PMAQ-AB (2013-2014) (BRASIL, 2015b)

Dessa forma, todos os padrões de qualidade receberam pontuação. Em seguida, para cada UBS foi calculada a nota das subdimensões: infraestrutura dos serviços de farmácia e disponibilidade de Medicamentos na farmácia básica, para finalmente obter a nota para a dimensão: Assistência Farmacêutica, conforme (1) e (2)

### 5.6.3 Critério de Adequabilidade

Na subdimensão infraestrutura dos serviços de farmácia, os aspectos avaliados foram: existência de farmacêutico, área de dispensação de medicamentos, área de fracionamento de medicamentos, área de estocagem, armazenamento de medicamentos de forma correta e existência de computador na farmácia. E, a UBS foi classificada como adequada se tivesse atendido todos esses aspectos avaliados (BRASIL, 2009b).

Já para a disponibilidade de medicamentos da ABS, foram considerados os seguintes grupos de medicamentos: antiparasitários, antianêmicos/vitaminas/polivitamínicos/sais minerais, antiasmáticos, contraceptivos hormonais/hormônios sexuais, anti-hipertensivos e medicamentos de ação cardiovascular, antibacterianos, antidiabéticos, analgésicos/antipiréticos e os antiácidos/antieméticos/ antissecretores (MENDES et al., 2014). O medicamento foi considerado disponível quando havia pelo menos uma unidade deste na UBS, como definido no questionário do PMAQ-AB, verificado pelo próprio entrevistador na pergunta: “Em quantidade suficiente?”.

A disponibilidade por classe de medicamentos resultou da soma de medicamentos disponíveis dentro da classe e a disponibilidade de medicamentos para a subdimensão medicamentos componentes da farmácia básica, resultou da soma dos pontos obtidos em todas as classes de medicamentos. A UBS foi classificada como adequada quanto à disponibilidade por classe de medicamentos, quando existiam pelo menos 80% dos medicamentos em cada uma delas, já na subdimensão correspondente a classificação da unidade era adequada quando existiam pelo menos 80% dos medicamentos no conjunto das classes de medicamentos. Este ponto de corte teve como base a proposta da OMS para disponibilidade adequada de medicamentos na atenção básica em saúde (WHO, 2008) e também conforme utilizados em outros estudos sobre a temática (MENDES et al., 2014; GUIMARÃES, 2015). Finalmente, a UBS foi classificada como adequada na dimensão Assistência Farmacêutica na ABS, quando ela havia sido classificada como adequada na

Infraestrutura dos Serviços de Farmácia e na disponibilidade de medicamentos componentes da farmácia básica, concomitantemente.



**Quadro 2 – Matriz de julgamento da dimensão e das subdimensões que compuseram a avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil.**

SUBDIMENSÕES	PADRÕES DE QUALIDADE	JULGAMENTO DA SUBDIMENSÃO	JULGAMENTO DA DIMENSÃO
INFRAESTRUTURA DOS SERVIÇOS DE FARMÁCIA	PROFISSIONAL FARMACÊUTICO	UBS ADEQUADA SE 100,0% DOS PADRÕES OBTIVEREM NOTA 1	UBS CLASSIFICADA COMO ADEQUADA SE E SOMENTE SE ESTIVER ADEQUADA PARA A INFRAESTRUTURA E ADEQUADA PARA A DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS COMPONENTES DA FARMÁCIA BÁSICA, CONCOMITANTEMENTE
	ÁREA DE DISPENSAÇÃO		
	ÁREA DE FRACIONAMENTO		
	SALA DE ESTOCAGEM		
	ARMAZENAMENTO		
	COMPUTADOR		
	GRUPOS DE MEDICAMENTOS		
MEDICAMENTOS COMPONENTES DA FARMÁCIA BÁSICA	ANTIPARASITÁRIOS	UBS ADEQUADA SE 80% DOS 54 MEDICAMENTOS AVALIADOS FOSSE APRESENTADO AO PESQUISADOR PELO MENOS UMA UNIDADE DO MEDICAMENTO, NO MOMENTO DA PESQUISA	
	ANTIANÊMICOS/VITAMINAS/POLIVITAMÍNICOS/SAIS MINERAIS		
	ANTIASMÁTICOS		
	CONTRACEPTIVOS HORMONAIIS/HORMÔNIOS SEXUAIS		
	ANTI-HIPERTENSIVOS, DE AÇÃO CARDIOVASCULAR E DISLIPIDÊMICOS		
	ANTIDIABÉTICOS		
	ANTIBIÓTICOS E ANTIFÚNGICOS		
	ANALGÉSICOS/ANTIPIRÉTICOS		
ANTIÁCIDOS/ANTIEMÉTICOS /ANTISSECRETORES			

Fonte: Autoria própria

#### 5.6.4 Terceira etapa- Categorização das variáveis

Foi realizada a codificação das variáveis demográficas, indicador social e cobertura da estratégia saúde da família, extraídas das bases de dados públicas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS) e Departamento de Processamento de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), foram classificadas com o percentil 30 e 70, escolha baseada na análise preliminar da distribuição do porte populacional.

1. **Porte populacional:** Baixo- até 19.403 habitantes; Médio – 19.404 a 97.330 habitantes; Alto - a partir de 97.331 habitantes.
2. **Cobertura da Estratégia Saúde da Família:** baixa - até 56,93%; média - 56,94% a 99,99%; e alta - 100%.

As faixas que representam o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) foram adaptadas da classificação original, considerando que com a classificação original com o número de UBS era diminuto em algumas classes o que dificultaria sobremaneira a discussão com artigos que trabalharam com essa variável. O IDHM passou a ser classificado em:

- Baixo – 0 - 0,599;
- Médio – 0,600 - 0,699;
- Alto - 0,700 - 1.

#### 5.6.5 Quarta etapa- Associação entre as variáveis de contexto e a adequação da assistência farmacêutica na atenção básica da saúde

Foi realizada a associação entre a adequação da assistência farmacêutica com as características demográficas e indicadores de saúde dos municípios participantes do estudo, referente ao ano de 2014, mesmo ano da coleta do PMAQ-AB ciclo 2.

### 5.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram processados no programa *Microsoft Office Excel* e exportados para análise no *Software SPSS*.

Foram feitas as distribuições das UBS segundo a matriz de julgamento, utilizando-se a estatística descritiva, com a construção de tabelas e gráficos para expressar os resultados.

#### 5.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal do Amazonas - UFAM sob o CAAE 63503816.5.0000.5020, obedecendo aos aspectos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 6.1. ARTIGO: AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE DO BRASIL: INFRAESTRUTURA E DISPONIBILIDADE DE MEDICAMENTOS

#### **Avaliação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica da Saúde do Brasil: infraestrutura e disponibilidade de medicamentos**

Orácio Carvalho Ribeiro Júnior  
Rosana Cristina Pereira Parente  
Ana Cyra dos Santos Lucas

#### **Resumo**

Esta pesquisa objetivou avaliar a adequação da assistência farmacêutica em unidades básicas de saúde (UBS) do Brasil, com foco nos aspectos da infraestrutura dos ambientes de farmácia e na disponibilidade de medicamentos. Foi realizado um estudo transversal, do tipo avaliação normativa com os dados da avaliação externa do segundo ciclo da Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), coletados entre 2013 e 2014. Para a análise foram selecionadas 17.902 unidades que disseram possuir dispensação de medicamentos descentralizada. Os resultados mostram que tanto na infraestrutura, quanto na disponibilidade de medicamentos, com exceção de alguns itens e algumas classes de medicamentos, os percentuais de UBS brasileiras adequadas foram baixos. Na análise por regiões geopolíticas evidenciaram-se notáveis desigualdades quanto aos perfis de adequabilidade, com os melhores desempenhos para as regiões sul e sudeste, em detrimento das demais regiões. Foram encontrados os melhores desempenhos nas unidades situadas em municípios de alto porte populacional, é alto IDHM, e baixa cobertura de estratégia de saúde da família. Percebe-se que a assistência farmacêutica na atenção básica da saúde no Brasil é permeada por importantes fragilidades em pontos estratégicos de sua execução, principalmente em municípios pequenos e situados em regiões pobres do país, inferindo a necessidade de qualificação da gestão da assistência farmacêutica com o intuito de capilarizar com qualidade a disponibilidade de medicamentos nos serviços de atenção básica, garantindo dessa forma, o acesso da população aos medicamentos básicos, reduzindo iniquidades sociais.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Assistência farmacêutica; Política nacional de medicamentos; Avaliação em saúde; Avaliação de medicamentos.

### Abstract

This study aimed at evaluating the adequacy of pharmaceutical care in basic health units (BHU) in Brazil, focusing on the infrastructure aspects of pharmacy environments and the availability of medicines. A cross-sectional, normative evaluation study was carried out with data from the external evaluation of the second cycle of the Program for Improving Access and Quality of Basic Care (PMAQ-AB), collected between 2013 and 2014. For the analysis, 17,902 units who said they had a decentralized dispensing of medicines. The results show that in both infrastructure and drug availability, except for some items and some classes of drugs, the percentages of adequate Brazilian UBS were low. In the analysis by geopolitical regions there were notable inequalities in the profiles of suitability, with the best performances for the South and Southeast regions, to the detriment of the other regions. The best performances were found in the units located in municipalities with high population density, high HDI, and low coverage of family health strategy. Pharmaceutical assistance in basic health care in Brazil is permeated by important weaknesses at strategic points of its execution, especially in small municipalities and located in poor regions of the country, inferring the need to qualify the management of pharmaceutical care with the aim of capillarizing the availability of medicines in the basic health services, thus guaranteeing the population's access to basic medicines, reducing social inequities.

**Keywords:** Primary Health Care, Pharmaceutical Care, National Drug Policy, Health Evaluation; Drug Evaluation

## Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), denominada no Brasil como Atenção Básica à Saúde (ABS), é entendida como um conjunto de ações, de âmbito individual e coletivo, que visa a promoção, proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde por meio de ações desenvolvidas em equipe, dirigidas a populações de territórios delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012a; FRACOLLI et al., 2014). A ABS é considerada a porta de entrada preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e coordenadora do cuidado, sendo operacionalizada e consolidada no estado brasileiro por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ampliando o acesso da população às ações e serviços públicos de saúde (ESCOREL et al., 2007; BRASIL, 2011b).

No norral das ações e serviços garantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da ABS está a Assistência Farmacêutica (AF) que compreende, em sua finalidade, o conceito de ABS, tendo o medicamento com estratégia essencial, disponibilizando-o à população de forma gratuita e qualificada, bem como, promovendo o seu uso racional, como parte da integralidade do cuidado a que se propõe o SUS (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004).

A fim de acompanhar os avanços da ABS no Brasil nos últimos anos, a AF no SUS passou por um processo de intensas modificações do ponto de vista conceitual e organizacional. Essas modificações foram pensada para que permitissem dar respostas mais efetivas para as necessidades de saúde da população no que diz respeito ao acesso a medicamentos essenciais, entendidos como aqueles que respondem a maioria das necessidades básicas de saúde da população e que são selecionados com base em critérios epidemiológicos e em evidências de segurança, eficácia e custo-efetividade (WHO, 2004; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). Para tanto, foram criadas a Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que consolidou a AF como um conjunto de ações e serviços de saúde dentro do chamado Ciclo da AF, além de promover a descentralização da responsabilidade pela provisão de medicamentos entre união, estados e municípios (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004; OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

O acesso a medicamentos, papel fundamental da AF, tem sido estudado no mundo e no Brasil tendo por base as dimensões de disponibilidade, acessibilidade, acessibilidade geográfica e aceitabilidade, sendo a primeira a mais recorrente na literatura sobre o tema (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; BIGDELI et al., 2012; MENDES et al., 2014). A disponibilidade de medicamentos essenciais na ABS é tida como a relação entre o tipo e quantidade de produto ou serviço requerido e o oferecido, ou seja, resultado das etapas do ciclo da AF, além de uma estrutura física e organizacional bem delineada, vista como etapa crítica de todo o processo (BRASIL, 2004; BRASIL, 2009B; MENDES et al., 2014).

Entretanto, apesar da AF na ABS do Brasil ter passado por um intenso processo de aperfeiçoamento quanto as suas bases conceituais nos últimos anos, ainda persistem importantes fragilidades inerentes tanto aos aspectos técnico-gerenciais, quanto técnicos-assistenciais (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). A revisão da literatura sobre a temática mostra que são escassos os estudos de abrangência nacional, sendo que nos dois trabalhos encontrados, a disponibilidade de medicamentos na ABS foi inferior a 80%, percentual mínimo recomendado (OPAS; BRASIL, 2005; MENDES et al., 2014). Ressalta-se que um desses estudos foi realizado com os dados do ciclo 1 do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), porém, os resultados não foram estratificados por regiões geopolíticas, não sendo possível identificar os padrões de distribuição regional.

Essas deficiências, quanto à disponibilidade, também são apontadas em outros estudos com abordagem mais localizada em diferentes regiões do Brasil (GUERRA JR. et al., 2004; NAVES; SILVER, 2005; MOURA, 2010; FREITAS; NOBRE, 2011; HELFER et al., 2012; SILVA JÚNIOR; NUNES, 2012). Além disso, não foram encontrados estudos que avaliassem os itens da infraestrutura física das UBS no âmbito dos serviços de farmácia.

Neste contexto, surge uma importante e singular oportunidade de avaliar a AF com a criação pelo MS em 2011 do Programa Nacional da Melhoria e do Acesso da Atenção Básica (PMAQ-AB) que propõe aprimorar o acesso e a qualidade da atenção básica e racionalizar aspectos relacionados ao financiamento desse nível de atenção segundo os critérios de qualidade pactuados e posteriormente avaliados em ciclos contínuos. Com os dados do ciclo 2, é possível ampliar o escopo de avaliação

para os itens da infraestrutura dos serviços de farmácia, além de permitir realizar comparações com os estudos derivados de dados do ciclo1, visto que neste segundo ciclo, além dos indicadores referentes aos medicamentos, foram acrescentados outros referentes a estrutura física das farmácias básicas (BRASIL, 2012b).

Assim, este estudo tem por objetivo avaliar, tendo por base os dados do PAMQ-AB, a adequação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica da Saúde no Brasil, segundo a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e, analisar essa adequação segundo características relacionadas ao sistema de saúde e demográficas dos municípios.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo transversal, avaliativo, com abordagem quantitativa, do tipo normativo, a partir do banco de dados de base nacional da etapa de avaliação externa do segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Nesse caso buscou-se avaliar a Assistência Farmacêutica, nos municípios do Brasil que aderiram ao PMAQ-AB.

Os dados foram coletados durante o segundo semestre de 2014 e o trabalho de campo envolveu cerca de mil entrevistadores e supervisores em todas as Unidades da Federação (UF), capacitados pelas instituições responsáveis pelos projetos junto ao Ministério da Saúde – MS.

As UBS que fizeram parte do universo desta pesquisa foram aquelas que aderiram ao programa de avaliação proposto pelo Ministério da Saúde e que responderam ao questionário do Módulo I referente às características estruturais e ambiência da unidade de saúde/ sobre o ambiente dos serviços de farmácia e os medicamentos componentes da farmácia básica.

Para responder aos objetivos da pesquisa, fez-se recorte no banco de dados do Módulo I, para as UBS que afirmaram ter dispensação de medicamentos descentralizada. Dessa forma, a amostra final deste estudo foi constituída de 17.902 UBS, exceto para a variável presença do profissional farmacêutico que foi de 5.989 unidades, visto que para esta variável foi feito um recorte amostral para selecionar aquelas que responderam possuir outros profissionais além daqueles que compõem a equipe mínima na ABS.



As informações sobre a assistência farmacêutica utilizadas neste estudo foram obtidas por meio da aplicação do Módulo I – observação na UB, de 17.902 UBS em municípios do Brasil que participaram da etapa de avaliação externa do 2º Ciclo do PMAQ-AB e afirmaram que a disponibilização de medicamentos era descentralizada.

Na subdimensão infraestrutura dos serviços de farmácia, os aspectos avaliados foram: existência de farmacêutico, área de dispensação de medicamentos, área de fracionamento de medicamentos, área de estocagem, armazenamento de medicamentos de forma correta e existência de computador na farmácia. E, a UBS foi classificada como adequada se tivesse atendido todos esses aspectos avaliados (BRASIL, 2009b).

Já para a disponibilidade de medicamentos da ABS, foram considerados os seguintes grupos de medicamentos: antiparasitários, antianêmicos/vitaminas/polivitamínicos/sais minerais, antiasmáticos, contraceptivos hormonais/hormônios sexuais, anti-hipertensivos e medicamentos de ação cardiovascular, antibacterianos, antidiabéticos, analgésicos/antipiréticos e os antiácidos/antieméticos/antissecretores (MENDES et al., 2014). O medicamento foi considerado disponível quando havia pelo menos uma unidade deste na UBS, como definido no questionário do PMAQ-AB, verificado pelo próprio entrevistador na pergunta: “Em quantidade suficiente?”.

A disponibilidade por classe de medicamentos resultou da soma de medicamentos disponíveis dentro da classe e a disponibilidade de medicamentos para a subdimensão medicamentos componentes da farmácia básica, resultou da soma dos pontos obtidos em todas as classes de medicamentos. A UBS foi classificada como adequada quanto à disponibilidade por classe de medicamentos, quando existiam pelo menos 80% dos medicamentos em cada uma delas, já na subdimensão correspondente a classificação da unidade era adequada quando existiam pelo menos 80% dos medicamentos no conjunto das classes de medicamentos. Este ponto de corte teve como base a proposta da OMS para disponibilidade adequada de medicamentos na Atenção Básica da Saúde (WHO, 2008) e também conforme utilizados em outros estudos sobre a temática (MENDES et al., 2014; GUIMARÃES, 2015).

Finalmente, a UBS foi classificada como adequada na dimensão Assistência Farmacêutica na ABS, quando ela havia sido classificada como adequada na Infraestrutura dos Serviços de Farmácia e na disponibilidade de medicamentos componentes da farmácia básica, concomitantemente.

Como variáveis explicativas neste trabalho, foram consideradas as seguintes características das UBS: porte populacional do município ao qual a UBS era pertencente, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal e Cobertura da Estratégia da Saúde da Família.

Quadro 1 – Medicamentos avaliados quanto à sua disponibilidade na AB, por classe de medicamentos

<b>Classe de Medicamentos</b>	<b>Medicamentos</b>
Medicamentos antiparasitários	Albendazol.
	Mebendazol.
	Metronidazol.
	Teclozana.
	Permetrina.
	Ivermectina.
	Benzoato de benzila.
	Espiramicina.
Medicamentos antianêmicos/vitaminas/poli vitamínicos/sais minerais	Sulfato ferroso
	Ácido fólico
	Palmiato de retinol
	Cloridrato de piridoxina
	Cloridrato de hidroxocobalamina
	Tiamina
Medicamentos Antiasmáticos	Sulfato de salbutamol
	Brometo de ipratrópio
	Dipropionato de beclometasona
	Budesonida
	Fosfato sódico prednisolona
	Prednisona
	Fenoterol
Medicamentos contraceptivos hormonais/hormônios sexuais	Enantato de noretisterona + valerato de estradiol
	Etinilestradiol + levonorgestrel
	Noretisterona
	Acetato de medroxiprogesterona
	Levonorgestrel
	Estriol creme vaginal
	Estrogênios conjugados

continuação

<b>Classe de Medicamentos</b>	<b>Medicamentos</b>
Medicamentos anti-hipertensivos e medicamentos de ação cardiovascular	Captopril
	Maleato de enalapril
	Cloridrato de propranolol
	Atenolol
	Carvelidol
	Succinato de metoprolol
	Metildopa
	Hidroclorotiazida
	Losartana potássica
	Cloridrato de verapamil
	Sinvastatina
	Besilato de anlodipino
	Cloridrato de hidralazina
	Espironolactona
	Furosemida
	Cloridrato de amiodarona
	Cloridrato de propafenona
	Ácido acetilsalicílico
Digoxina	
Medicamentos antidiabéticos	Glibenclamida
	Cloridrato de Metformina
	Insulina NPH
	Insulina regular

continuação

<b>Classe de Medicamentos</b>	<b>Medicamentos</b>
Medicamentos antibacterianos	Amoxicilina
	Cloridrato de ciprofloxacino.
	Benzilpenicilina benzatina
	Benzilpenicilina procaína + benzilpenicilina potássica
	Cefalexina (sódica ou cloridrato)
	Amoxicilina + clavulanato de potássio
	Cetoconazol
	Claritromicina
	Cloranfenicol
	Cloridrato de clindamicina
	Estearato de eritromicina
	Sulfato de gentamicina
	Nitrofurantóina
	Sulfametoxazol + trimetoprima
	Sulfadiazina comprimido
	Cloridrato de tetraciclina
	Fluconazol
	Itraconazol
	Nitrato de miconazol
	Nistatina
Azitromicina	
Medicamentos analgésicos/antipiréticos	Dipirona sódica
	Ibuprofeno
	Paracetamol
Medicamentos antiácidos/antieméticos/antissecretores	Hidróxido de alumínio
	Hidróxido de magnésio
	Cloridrato de metoclopramida
	Cloridrato de ranitidina
	Omeprazol

Os dados foram processados no programa *Microsoft Office Excel* e exportados para análise no *Software SPSS*. Ainda, foram feitas as distribuições das equipes segundo a adequação das subdimensões e a dimensão e as variáveis explicativas, utilizando-se a estatística descritiva, com a construção de tabelas e gráficos para expressar os resultados.

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal do Amazonas - UFAM sob o CAAE

63503816.5.0000.5020, obedecendo aos aspectos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

## Resultados

A avaliação global envolvendo as dimensões da AF (Figura 01), neste estudo analisadas, mostra que é muito pequeno o número de UBS brasileiras adequadas tanto em todos os itens da infraestrutura quanto à disponibilidade de todas as classes de medicamentos avaliadas. Neste cenário, os melhores percentuais de adequação são encontrados em unidades das regiões sul e sudeste, situados em municípios de alto porte populacional, e alto IDHM, e baixa cobertura de estratégia de saúde da família, conforme visualizado nas figuras 2, 3, 4 e 5.

No que diz respeito a presença do farmacêutico na UBS, nota-se que apenas 44,6% das unidades avaliadas no Brasil dispunham deste profissional, sendo que ao nível das regiões expressam-se resultados semelhantes ao nacional, em que somente na região centro-oeste o percentual de UBS que dispõem deste profissional foi de 55,6%, apesar de muito aquém do padrão esperado, evidenciando baixo percentual de unidades adequadas.

Quando se avaliou a presença de área de dispensação de medicamentos (tabela 1) percebe-se que 83,5% das UBS brasileiras possuem este elemento fundamental e essencial para o pleno desenvolvimento da AF na AB. Ao observar-se o comportamento desta mesma variável nas regiões do Brasil, percebe-se que o maior percentual de adequação encontra-se no sul onde 91,8% das UBS atendem ao quesito avaliado, em contrapartida com a região nordeste, onde apenas 79,7% atendem.

Sobre a variável área de fracionamento de medicamentos, chama atenção a baixa proporção de unidades adequadas tanto no Brasil, como em todas as regiões, com valores abaixo dos 25% em possuir esse componente. Entre as regiões não houve diferenças quanto aos percentuais de adequabilidade.

Quanto ao item sala de estocagem de medicamentos, tornam-se importantes os resultados negativos, em que somente 19,3% de todas as UBS avaliadas disseram possuir, evidenciando baixo percentual de adequação neste item. Na distribuição por regiões, nota-se as regiões norte e nordeste com os

menores percentuais de adequação em relação às outras regiões do país, com presença dessa infraestrutura em 14,3% das UBS nas respectivas regiões.

Ainda na tabela 1, na variável medicamentos armazenados e acondicionados de forma correta, percebe-se que foi onde as unidades avaliadas obtiveram o segundo melhor desempenho dentre os componentes da infraestrutura. No Brasil, 75,4% das UBS relatara cumprir o que se pede neste item. Em que pese as diferenças regionais, norte figurou com a menor proporção de atendimento ao item avaliado (70,9%) em contrapartida com sul que teve o melhor desempenho (81,1%).

Quando se avaliou a presença de computador na farmácia, revela-se um perfil de baixa adequabilidade tanto nacional quanto nas regiões geográficas. No Brasil apenas 27,5% das UBS relataram possuir computador na farmácia. Na distribuição regional somente as regiões sul e sudeste apresentaram proporções elevadas de adequação (58,3% e 42,9% respectivamente), a despeito do nordeste com baixíssimo percentual de unidades adequadas (9,6%).

Em relação as associações entre desfechos e variáveis explicativas, em grande parte dos itens da infraestrutura, é possível perceber que os maiores percentuais de adequação estão presentes em UBS situadas em municípios de alto porte populacional, e municípios de alto IDHM, em contraponto com este mesmo desfecho em unidades situadas em municípios com cobertura de ESF baixa.

Já quanto à adequação da disponibilidade de medicamentos, de maneira geral, conforme visualizado na tabela 2, no Brasil, em 6 das 9 classes de medicamentos avaliadas o percentual de unidades adequadas foi abaixo de 25%. No âmbito nacional, os maiores percentuais de unidades básicas adequadas quanto à disponibilidade de medicamentos deram-se nas seguintes classes: antidiabéticos (46,4%), analgésicos/antipiréticos (85,7%) e antiácidos/antieméticos/antissecretóres (31,7%). Já as menores proporções de adequabilidade foram observadas nas classes dos antibióticos e antifúngicos (7,6%), antiparasitários (18,1%) e contraceptivos hormonais/hormônios sexuais (19,6%).

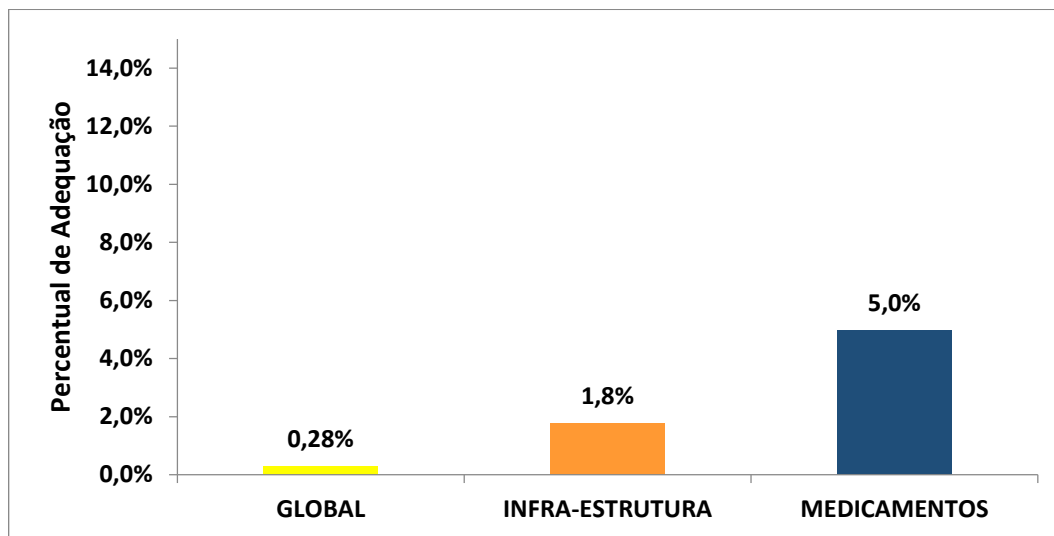
No tocante à análise da distribuição da adequação, por regiões geopolíticas, dos nove grupos de medicamentos avaliados no presente estudo, é possível perceber notáveis diferenças. As regiões sul e sudeste apresentaram maiores

proporções de unidades básicas classificadas como adequadas quanto à disponibilidade de medicamentos em sete das nove classes avaliadas, conforme observa-se na tabela 3. Os grupos de medicamentos onde a regiões sul e sudeste apresentaram, respectivamente, quantitativo de UBS classificadas como adequadas, maior que às demais regiões foram: antiparasitários (25,5% e 23,8%), antianêmicos/vitaminas/polivitamínicos/sais minerais (23,4% e 27,6%), antiasmáticos (39,1% e 31,2%), anti-hipertensivos e medicamentos de ação cardiovascular e dislipidêmicos (36,1% e 36,7%), antibióticos e antifúngicos (13,8% e 10,6%), analgésicos/antipiréticos (95,2% e 90,3%), antiácidos/antieméticos/ antissecretores (41,8% e 34,1%).

Por outro lado, as regiões norte e nordeste apresentaram os menores percentuais de UBS adequadas para disponibilidade de medicamentos em 6 dos 9 grupos avaliados. Os grupos de medicamentos em que a regiões norte e nordeste, respectivamente, apresentaram menores proporções de UBS com desempenho satisfatório em relação as demais regiões foram: antiparasitários (14,1% e 13,4%), antiasmáticos (7,6% e 12,8%), contraceptivos hormonais/hormônios sexuais (12,6% e 17,0%), anti-hipertensivos e medicamentos de ação cardiovascular e dislipidêmicos (5,8% e 9,8%), antidiabéticos (42,0% e 38,6%), antiácidos/antieméticos/antissecretores (29,7% e 27,4%) (tabela 2).

Com relação a associação entre desfechos e variáveis independentes, é possível perceber que em 5 das 9 classes de medicamentos avaliadas, a proporção de UBS classificadas como adequadas foi maior em municípios de alto porte populacional ( $\geq 97.331$ ), e municípios com alto IDHM (0,700-1), e municípios com baixa cobertura de ESF.

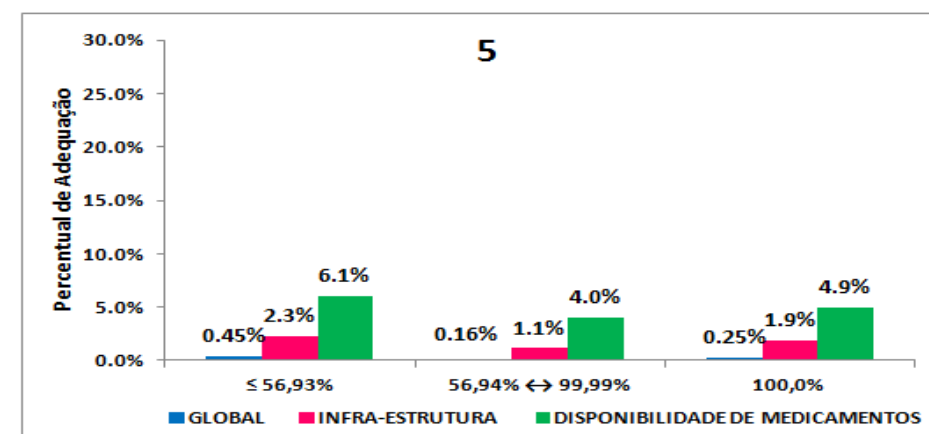
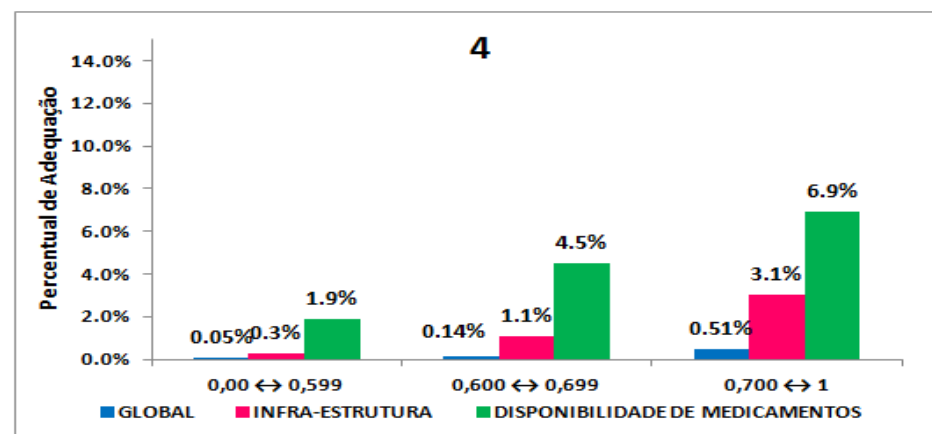
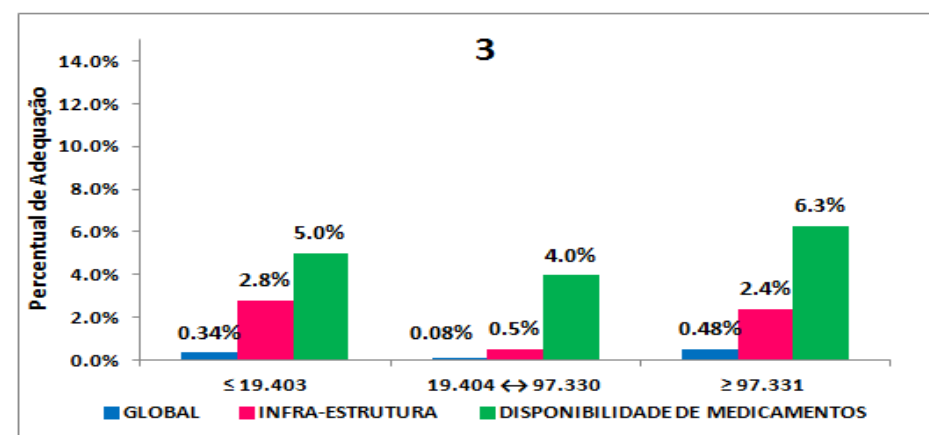
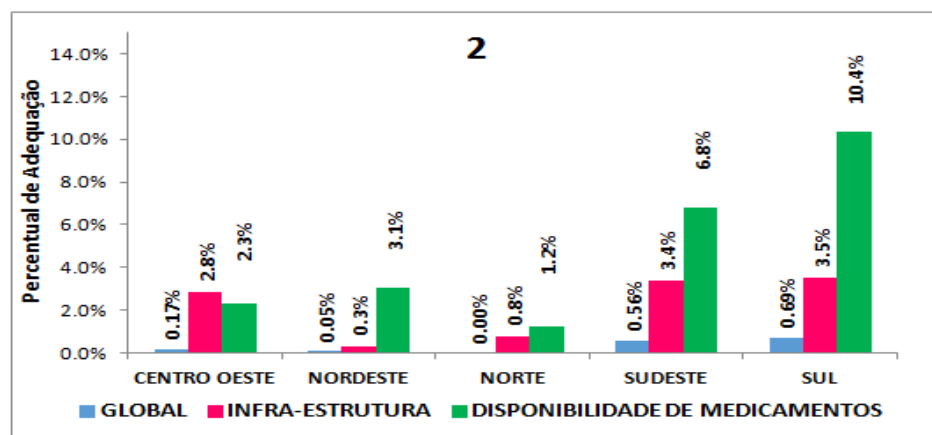
Figura 1 – Avaliação da Assistência Farmacêutica e seus componentes, no Brasil



Fonte: Elaborado a partir dos dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), segundo ciclo, 2014.



Figuras 2, 3, 4 e 5 – Representação gráfica da adequação da assistência farmacêutica por região geográfica (2), porte populacional (3), índice de desenvolvimento humano municipal (4) e cobertura da estratégia da saúde da família (5).



Fonte: Fonte: Elaborado a partir dos dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), segundo ciclo, 2014.

Tabela 1- Distribuição dos seis desfechos relacionados a subdimensão infraestrutura da assistência farmacêutica na atenção básica da saúde do Brasil de acordo com as regiões geopolíticas, porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e cobertura de estratégia de saúde da família, Brasil, 2017.

VARIÁVEIS	NÍVEIS DAS VARIÁVEIS	FARMACEUTICO *		ÁREA DE DISPENSAÇÃO		ÁREA DE FRACIONAMENTO		ESTOCAGEM		ARMAZENAMENTO CORRETO		COMPUTADOR	
		POSSUI	%	POSSUI	%	POSSUI	%	POSSUI	%	POSSUI	%	POSSUI	%
	BRASIL	2670	44.6%	14949	83.5%	2910	16.3%	3451	19.3%	13506	75.4%	4921	27.5%
REGIÕES DO PAÍS <sup>1</sup>	CENTRO OESTE	155	55.6%	932	80.2%	242	20.8%	226	19.4%	835	71.9%	333	28.7%
	NORDESTE	469	30.0%	6578	79.7%	1274	15.4%	1181	14.3%	5998	72.7%	795	9.6%
	NORTE	104	39.5%	1143	88.1%	243	18.7%	185	14.3%	920	70.9%	262	20.2%
	SUDESTE	1204	50.3%	3637	84.7%	657	15.3%	1061	24.7%	3405	79.3%	1843	42.9%
	SUL	738	49.6%	2659	91.8%	494	17.1%	798	27.6%	2348	81.1%	1688	58.3%
PORTE POPULACIONAL <sup>1</sup>	≤ 19.403	992	53.1%	4450	82.9%	900	16.8%	1250	23.3%	4051	75.5%	1625	30.3%
	19.404 ↔ 97.330	547	29.8%	5817	81.4%	1115	15.6%	963	13.5%	5367	75.1%	1130	15.8%
	≥ 97.331	1131	49.5%	4682	86.9%	895	16.6%	1238	23.0%	4088	75.9%	2166	40.2%
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO <sup>2</sup>	0,00 ↔ 0,599	173	24.9%	3087	78.3%	583	14.8%	601	15.2%	2764	70.1%	340	8.6%
	0,600 ↔ 0,699	653	42.0%	5146	82.1%	1020	16.3%	1002	16.0%	4717	75.3%	1044	16.7%
	0,700 ↔ 1	1844	49.3%	6716	87.3%	1307	17.0%	1848	24.0%	6025	78.3%	3537	46.0%
COBERTURA DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA <sup>3</sup>	≤ 56,93%	979	47.0%	4684	87.4%	885	16.5%	1185	22.1%	4101	76.5%	2103	39.2%
	56,94% ↔ 99,99%	733	40.5%	4651	82.6%	867	15.4%	945	16.8%	4206	74.7%	1267	22.5%
	100,0%	958	45.7%	5614	81.2%	1158	16.8%	1321	19.1%	5199	75.2%	1551	22.4%

Fonte: Elaborado a partir dos dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), segundo ciclo, 2014.

\* Para esta variável foi considerado o subconjunto amostral das UBS que disseram dispor de outros profissionais além daqueles da equipe mínima.

<sup>1</sup>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

<sup>2</sup>Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), IDHM do ano de 2014.

<sup>3</sup>Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS).

Tabela 2 - Distribuição da adequação da subdimensão disponibilidade de medicamentos, segundo grupos farmacológicos, na atenção básica da saúde do Brasil de acordo com as regiões geopolíticas, porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e cobertura de estratégia de saúde da família, Brasil, 2017.

VARIÁVEIS	NÍVEIS DAS VARIÁVEIS	ANTIPARASITÁRIOS		ANTIANÊMICOS		ANTIASMÁTICOS		CONTRACEPTIVOS		ANTI-HIPERTENSIVOS	
		AD	%	AD	%	AD	%	AD	%	AD	%
	BRASIL	3244	18.1%	3585	20.0%	3792	21.2%	3513	19.6%	3651	20.4%
REGIÕES DO PAÍS <sup>1</sup>	CENTRO OESTE	196	16.9%	128	11.0%	168	14.5%	224	19.3%	144	12.4%
	NORDESTE	1105	13.4%	1455	17.6%	1053	12.8%	1404	17.0%	813	9.8%
	NORTE	183	14.1%	140	10.8%	99	7.6%	163	12.6%	73	5.6%
	SUDESTE	1021	23.8%	1186	27.6%	1339	31.2%	829	19.3%	1577	36.7%
	SUL	739	25.5%	676	23.4%	1133	39.1%	893	30.8%	1044	36.1%
PORTE POPULACIONAL <sup>1</sup>	≤ 19.403	979	18.2%	1110	20.7%	1038	19.3%	634	11.8%	1231	22.9%
	19.404 ↔ 97.330	1180	16.5%	1132	15.8%	1196	16.7%	1374	19.2%	1203	16.8%
	≥ 97.331	1085	20.1%	1343	24.9%	1558	28.9%	1505	27.9%	1217	22.6%
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO <sup>2</sup>	0,00 ↔ 0,599	518	13.1%	651	16.5%	349	8.8%	325	8.2%	314	8.0%
	0,600 ↔ 0,699	996	15.9%	1081	17.3%	1058	16.9%	1114	17.8%	1148	18.3%
	0,700 ↔ 1	1730	22.5%	1853	24.1%	2385	31.0%	2074	27.0%	2189	28.5%
COBERTURA DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA <sup>3</sup>	≤ 56,93%	1084	20.2%	1315	24.5%	1426	26.6%	1301	24.3%	1174	21.9%
	56,94% ↔ 99,99%	927	16.5%	905	16.1%	1162	20.6%	1213	21.5%	1128	20.0%
	100,0%	1233	17.8%	1365	19.7%	1204	17.4%	999	14.5%	1349	19.5%

Fonte: Elaborado a partir dos dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), segundo ciclo, 2014

<sup>1</sup>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

<sup>2</sup>Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), IDHM do ano de 2014.

<sup>3</sup>Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS).

Continuação da Tabela 2

VARIÁVEIS	NÍVEIS DAS VARIÁVEIS	ANTIDIABÉTICOS		ANTIBIÓTICOS		ANALGÉSICOS		ANTISECRETÓRES	
		AD	%	AD	%	AD	%	AD	%
	BRASIL	8313	46.4%	1357	7.6%	15350	85.7%	5679	31.7%
REGIÕES DO PAÍS <sup>1</sup>	CENTRO OESTE	678	58.3%	45	3.9%	952	81.9%	361	31.1%
	NORDESTE	3187	38.6%	401	4.9%	6773	82.0%	2259	27.4%
	NORTE	545	42.0%	54	4.2%	993	76.5%	385	29.7%
	SUDESTE	2466	57.5%	457	10.6%	3875	90.3%	1464	34.1%
	SUL	1437	49.6%	400	13.8%	2757	95.2%	1210	41.8%
PORTE POPULACIONAL <sup>1</sup>	≤ 19.403	2646	49.3%	501	9.3%	4646	86.5%	1815	33.8%
	19.404 ↔ 97.330	2586	36.2%	388	5.4%	5931	83.0%	2064	28.9%
	≥ 97.331	3081	57.2%	468	8.7%	4773	88.6%	1800	33.4%
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO <sup>2</sup>	0,00 ↔ 0,599	1327	33.6%	156	4.0%	3067	77.7%	1027	26.0%
	0,600 ↔ 0,699	2651	42.3%	458	7.3%	5316	84.9%	1932	30.8%
	0,700 ↔ 1	4335	56.4%	743	9.7%	6967	90.6%	2720	35.4%
COBERTURA DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA <sup>3</sup>	≤ 56,93%	2879	53.7%	495	9.2%	4595	85.7%	1756	32.8%
	56,94% ↔ 99,99%	2460	43.7%	299	5.3%	4877	86.6%	1789	31.8%
	100,0%	2974	43.0%	563	8.1%	5878	85.0%	2134	30.9%

Fonte: Elaborado a partir dos dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), segundo ciclo, 2014

<sup>1</sup>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

<sup>2</sup>Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), IDHM do ano de 2014.

<sup>3</sup>Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS).

## Discussão

Os achados globais deste estudo são corroborados por outros autores que estudam a AF na ABS. São identificadas fragilidades tanto na infraestrutura da AF, quanto na disponibilidade de medicamentos essenciais, evidenciando o distanciamento entre as bases conceituais e o desenvolvimento prático da AF na atenção básica do Brasil (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; MENDES et al., 2014).

Neste estudo observou-se que somente 44,6% das unidades avaliadas no Brasil dispunham do profissional farmacêutico, mostrando importante fragilidade no ponto de partida para uma AF qualificada na AB. Em estudo realizado por Mendes et al. (2014) com dados do ciclo 1 do PMAQ-AB evidenciou-se que apenas 20,1% das unidades básicas de saúde no Brasil que dispensam medicamentos dispunham do farmacêutico como parte integrante da equipe. Ao comparar-se com os resultados do ciclo 2, os quais trazemos neste estudo, é possível perceber um considerável aumento deste profissional tão importante para a operacionalização da AF, porém, muito distante do ideal, a medida em que se pensa a AF dentro de conceitos que cada vez mais trazem este profissional como fundamental no processo.

Outros estudos identificaram baixos percentuais ou ausência da presença do farmacêutico nos serviços de atenção básica de municípios de três regiões brasileiras, corroborando os achados desta pesquisa e evidenciando o problema a nível local (NAVES; SILVER, 2005; FREITAS; NOBRE, 2011; VEBER et al., 2011; VIEIRA; CRUZ; CUNHA, 2012; SIMÃO; BATISTA, 2016). Em estudo desenvolvido por Moura (2010) na AF da atenção básica de municípios do Amazonas, dos 62 municípios avaliados, em 49 havia a presença do profissional farmacêutico na operacionalização do ciclo da AF, porém, não especificando sobre a capilarização deste profissional em cada UBS

Estudo realizado nos Estados Unidos da América (EUA) sobre a importância do profissional farmacêutico na assistência direta ao usuário mostrou resultados significativamente favoráveis quanto ao aumento na adesão ao tratamento, diminuição de efeitos adversos ao medicamento, bem como o aumento do conhecimento do usuário as ações complementares ao uso da medicação, a fim de potencializar seus efeitos. Assim, incorporar este profissional aos serviços de saúde

onde acontecem a AF é elemento fundamental para o melhoramento dos mesmos (CHISHOLM-BURNS et al., 2010).

Na atual configuração da PNAB o farmacêutico não está incluso na composição da equipe mínima da ESF, mas, somente nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, a critério do gestor municipal, levando em consideração as necessidades epidemiológicas e as necessidades de saúde das ESF que serão apoiadas. Nesta concepção o farmacêutico atuaria dando suporte às unidades no processo de operacionalização do ciclo da assistência farmacêutica, sem, no entanto, participar diretamente do processo de dispensação dos medicamentos aos usuários (BRASIL, 2011b). Porém, o próprio MS define a AF como sendo um conjunto de atividades de natureza técnico, científica e operativa, que tem como finalidade prover o acesso qualificado do usuário aos medicamentos essenciais disponíveis no âmbito do SUS. Para tanto, define atividades inerentes ao profissional farmacêutico e que são conspícuas para que a AF na AB possa acontecer de forma adequada, dentre elas: dispensação, atenção farmacêutica e seguimento farmacoterapêutico (BRASIL, 2009b). Neste cenário, pode-se observar uma dicotomia clara em relação ao posicionamento institucional do MS no que tange a este aspecto, pois de um lado tem-se uma diretriz consolidada para a implementação dos serviços farmacêuticos na AB tendo a presença do farmacêutico como elemento chave, porém, em outro ponto, tem-se na PNAB a não incorporação deste profissional nas farmácias básicas do SUS, apesar de possuir, como características do processo de trabalho das equipes, a educação em saúde para a interferência no processo de saúde doença, o que no âmbito da AF seria papel fundamental exercido pelo farmacêutico.

A AF na atualidade é vista cada vez mais sob o prisma do ciclo da AF que constituem etapas interligadas e interdependentes que devem acontecer para que o usuário tenha acesso ao medicamento de forma qualificada, neste termos, incluindo atividades como dispensação, atenção farmacêutica e seguimento farmacoterapêutico, atividades muito específicas e que requerem a figura do profissional farmacêutico, evidenciando assim a necessidade da presença deste profissional nos ambientes onde acontece a AF, incluindo a atenção básica (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007; OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014).

Em consonância a este raciocínio, Araújo e Freitas (2006), em estudo que verificou as concepções de farmacêuticos sobre a AF na AB, dissertaram que o farmacêutico assume papel fundamental no contexto das unidades básicas, a medida em que este profissional objetiva assegurar a acessibilidade e a farmacoterapia de qualidade à população, promovendo o uso racional dos medicamentos e insumos farmacêuticos, de maneira que o investimento em medicamento possa traduzir-se em incremento de saúde e qualidade de vida para a população. Para Severino et al. (2008) a presença do profissional farmacêutico nos serviços de ABS, em especial na ESF transforma a operacionalização da AF neste nível de atenção, visto que aproxima este profissional da sociedade, qualificando as ações para a conscientização do uso racional de medicamentos, adesão ao tratamento, com diminuição das internações hospitalares e consequentes gastos com saúde na alta complexidade.

Resultado desse cenário ainda incipiente na AB, tem-se uma AF permeada por importantes fragilidades na sua operacionalização, com ações individualizadas e ainda desarticuladas das demais ações de saúde, fugindo da proposta de trabalho em equipe e fragmentando o desenrolar da AF por meio das etapas do ciclo que compõem esta (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011). Além do mais, a falta da inserção plena deste profissional nos serviços de atenção básica faz com que até mesmo o próprio reconhecimento deste e seu papel neste nível de atenção seja dissociado da proposta ampla da AF, permanecendo uma concepção de AF fortemente ligada aos processos burocráticos para a disponibilidade do medicamento e o rigoroso controle de estoque, em detrimento das demais ações que permeiam a AF (ARAÚJO; FREITAS, 2006).

Em relação a área de dispensação de medicamento, o estudo revelou que, tanto nas regiões quanto no Brasil como um todo, foi alto o percentual de UBS que dispõem deste item da infraestrutura da AF na AB, com 83,5%. Esses dados mostram que houve evolução significativa nos últimos anos no que diz respeito a melhoria deste item da infraestrutura dos serviços farmacêuticos na AB. Em estudo avaliativo da AF na AB de cunho nacional, o percentual de UBS que dispunham de sala de dispensação de medicamentos no Brasil, dentro da amostra analisada, foi de 70,1% no Brasil e nos cinco estados que representaram o panorama por região geopolítica,

as proporções foram menores do que aquelas encontradas neste estudo (EMMERICK; LUIZA; PEPE, 2009).

Além disso, outros estudos menores em diversas regiões do país também evidenciam que um número bem menor de unidades dispõe da área de dispensação nos serviços de AF na AB. Ao investigar a AF na atenção básica de municípios nordestinos, Oliveira, Assis e Barboni (2011) e Silva Júnior e Nunes (2012) descobriram que somente 15,4% e 20,0% das UBS investigadas possuíam sala de dispensação de medicamentos. Já no estudo de Naves e Silver (2005) em unidades básicas em estado da região centro oeste, detectou que de 15 unidades investigadas, 14 possuíam área para dispensação de medicamentos. Em outro estudo mais recente na AB do nordeste, detectou-se que em 100% das unidades avaliadas havia área de dispensação, porém, compartilhadas com a área de estocagem de medicamentos (SIMÃO; BATISTA, 2016). Ao avaliar-se um estudo realizado em unidades da região sul, o percentual de unidades que dispõem da estrutura foi zero, neste cenário os medicamentos eram dispensados em consultórios médicos e de enfermagem (CANABARRO; HAHN, 2009). Em outro estudo realizado em Pernambuco detectou-se um percentual de 66,1% de unidades com área de dispensação. Nesse estudo também se descobriu que essa proporção era maior em UBS presentes em municípios de médio e pequeno porte, divergindo dos resultados encontrados desta pesquisa, onde o maior percentual de adequação foi em unidades presentes em municípios de grande porte (PIMENTEL; ALBUQUERQUE; SOUZA, 2015).

De acordo com o MS, a área de dispensação é um espaço onde ocorre a entrega do medicamento ao paciente e todas as informações inerentes a este processo de maneira que o usuário possa ter excelente aderência a terapêutica. Para tanto, é necessário que o local seja pensando tanto nos aspectos físicos quanto na logística de atendimento, devendo permitir a troca de informações de forma privativa ou semiprivativa entre o usuário e o profissional farmacêutico (BRASIL, 2009b). Para Marin et al. (2003), a dispensação é um momento de extrema relevância, pois, é o último contato que usuário faz com algum membro da equipe de saúde antes de dar início a terapêutica e também é o momento em que o farmacêutico faz o contato direto da atenção farmacêutica, tão importante para a consolidação do ciclo da AF.



Já com relação a área de fracionamento, os dados revelam que é muito baixo o percentual de unidades básicas brasileiras que dispõem deste item da infraestrutura da AF, com um percentual geral de apenas 16,3% no país. Sobre a presença deste item nas farmácias básicas do SUS, não foram encontradas publicações na literatura, porém, sabe-se que o fracionamento de medicações constitui-se em ato regulamentado pela Resolução da Diretoria Colegiada- RDC número 80 de 11 de maio de 2006 que o estabelece como parte do processo de dispensação em que são entregues medicamentos em unidades fracionadas para atender a especificidades da prescrição ou do tratamento. Este processo deve ser feito sob responsabilidade do farmacêutico dentro de uma área fechada ou compartilhada com a área de dispensação (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2009b).

Algo que pode explicar estes baixos percentuais quanto à disponibilidade deste item da infraestrutura é a falta do farmacêutico, conforme já constatado anteriormente visto que ter a presença deste profissional é fundamental para a operacionalização do fracionamento. Porém, a falta da área de fracionamento e das atividades a ela vinculadas incorrem em fragilidades visíveis sobre o desempenho da AF na AB. Segundo Murakami, Neto e Silva (2012), a falta de fracionamento em farmácias do SUS gera problemas relacionados ao uso racional e geração de produtos químicos, com oneração para os cofres públicos. Segundo os achados destes autores, as taxas de medicamentos dispensados desnecessariamente podem variar de 6,48% a 116,15%, aumentando os riscos de automedicação e descarte incorreto de medicamentos remanescentes, problemas que poderiam ser evitados com a presença do serviço de fracionamento.

Já no que diz respeito a presença da sala de estocagem, este estudo revelou importantes fragilidades quanto à infraestrutura, visto que apenas 19,3% das unidades brasileiras possuem este item essencial para a AF na AB. Dados de um inquérito nacional sobre AF na AB apontou que de 29.228 UBS brasileiras que afirmaram dispensar medicamentos, apenas 20,0% dispunham de sala de estocagem, corroborando com os achados deste estudo (MENDES et al., 2014). Porém, em estudo realizado por Emmerick, Luiza e Pepe (2009) sobre a AF no Brasil apontou que 60,1% das unidades investigadas no país dispunham de sala de estocagem de medicamentos.

Outros estudos realizados pelo país trazem percentuais que variam. Em estudos realizados por Pimentel, Albuquerque e Souza (2015) e por Oliveira, Assis e Barboni (2011) na AB do nordeste foram descritos percentuais de disponibilidade da sala de estocagem de medicamentos entre 60,1% e 15,4% respectivamente. Em outro estudo realizado por Silva Junior e Nunes (2012) constatou-se que mais da metade das UBS analisadas em um município de Pernambuco a sala de estocagem dividia espaço com a área de dispensação. Já na avaliação da AF em um município no sul do Brasil evidenciou que em nenhuma das unidades havia a presença da sala de estocagem de medicamentos, sendo estes armazenados em prateleiras nos consultórios médicos e de enfermagem (CANABARRO; HAHN, 2009). Estes achados regionais corroboram com os percentuais por regiões encontrados nesta pesquisa, exceto os resultados trazidos pelo estudo realizado na região sul, que vai de encontro ao maior percentual de adequação encontrado, neste estudo, na região sul do país, no que tange a esta variável.

Frisa-se que a sala de estocagem é preconizada pelo MS para as farmácias no âmbito da AB no Brasil, como parte integrante para a execução da AF, devendo constituir-se de um espaço restrito e em condições adequadas para a guarda de medicamentos (BRASIL, 2009b).

Por outro lado, quanto ao item medicamentos armazenados e acondicionados de forma correta, os dados revelam que, tanto no Brasil, quanto nas regiões geográficas, foi bastante elevado o percentual de unidades que referiram cumprir este quesito da infraestrutura, sendo superior a 70% em todas as regiões geopolíticas e no geral. Estes achados podem, a princípio, contradizer os achados em relação a presença da área de estocagem, uma vez que um dos quesitos, segundo Brasil (2009b), para uma armazenagem adequada é a presença desse ambiente, porém, no questionário de avaliação externa do PMAQ-AB para que as unidades cumprissem este item, o critério utilizado era ter os medicamentos armazenados em local limpo, fresco e arejado sem a presença de mofo, com as caixas em prateleiras afastadas da parede e do chão. (BRASIL, 2013a), fato que pode ter considerado adequado o armazenado, ainda que este não fosse em um espaço físico exclusivo.

Estudos revelam que, apesar das condições de estocagem/armazenamento de medicamentos em farmácias da AB terem melhorando nos últimos anos, ainda permanecem alguns problemas, principalmente relacionados à temperatura

ambiente inadequada, presença de mofos em paredes, infiltrações e local limpo e arejado (BERNARDI; BIEBERBACH; THOMÉ, 2006; VIEIRA; LORANDI; BOUSQUAT, 2008; CANABARRO; HAHN, 2009; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; FREITAS; NOBRE, 2011; SILVA JUNIOR; NUNES, 2012).

Segundo Marin et al. (2003), existem fatores intrínsecos e extrínsecos que podem afetar as características dos medicamentos. Dentre as condições externas, figuram as condições de luminosidade, temperatura, ar e umidade. O armazenamento dos medicamentos objetiva fazer que com o paciente possa obter os melhores benefícios da terapêutica, além, de minimizar a ocorrência de reações adversas. Assim, seguir boas práticas no armazenamento de medicamentos constitui-se em fator essencial para que o medicamento possa chegar ao usuário sem alterações na sua estabilidade. Para isso, é necessário que a armazenagem siga padrões ideais de temperatura, luminosidade e umidade, a fim de conservar as características físico-químicas, microbiológicas, toxicológicas e terapêuticas dos medicamentos (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2006c; BRASIL, 2009b; BECKHAUSER; VALGAS; GALATO, 2013).

A presença de computador na farmácia foi um dos itens com o menor desempenho dentre os avaliados quanto aos fatores organizacionais da AF. São escassos os estudos sobre AF na AB que avaliam esta variável enquanto componente da infraestrutura do serviço. Em estudo realizado por Guimarães (2015) em UBS de Anápolis em Goiás, 80,50% das unidades avaliadas dispunham de computador na farmácia, achado que vai de encontro aqueles encontrados neste estudo.

A presença de tecnologia da informação nos ambientes de farmácia contribui para maior disponibilidade de medicamentos nas UBS, visto que é possível manter um maior controle de estoques, além de possibilitar a obtenção de informações para orientar os usuários e obter informações de forma contínua sobre estudos na área de ciências farmacêuticas (GUIMARÃES, 2015).

Além disso, a existência de computador na farmácia pode contribuir para a implantação na unidade do Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica – Hórus, fato que permitiria qualificar a gestão da AF nos serviços de AB. A implementação do Hórus possibilita melhorias do ponto de vista técnico-científico da AF, na dispensação de medicamentos, capacitação de recursos humanos e relação gestor/usuários de medicamentos (COSTA; NASCIMENTO JR, 2012). Assim, torna-

se fundamental que as etapas do ciclo da AF sejam desenvolvidas dentro de um sistema moderno e informatizado, o que possibilita um melhor controle da evolução de tais etapas, principalmente no que diz respeito ao controle de estoques e a dispensação medicamentosa ao usuário (BRASIL, 2009b; OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2014).

No que tange à adequação da disponibilidade de medicamentos nos serviços de atenção básica, este estudo revela importantes fragilidades, visto que, com exceção da classe dos analgésicos/antipiréticos, em todas as classes os percentuais de adequabilidade foram menores que 80%, inclusive quando se avaliou estas mesmas classes no Brasil como um todo. Este cenário reforça as reflexões de Oliveira, Assis e Barboni (2010) que dizem haver no Brasil uma AF ideal, consolidada por meio de uma robusta legislação, porém, materializada na prática com importantes fragilidades, dentre elas a falta de medicamentos essenciais na atenção básica, fato que tende a comprometer a integralidade do cuidado a que se propõem a AF no SUS.

Em estudo realizado por Mendes et al. (2014), com dados do ciclo 1 do PMAQ, de 29.228 UBS brasileiras que disseram dispensar medicamentos, os resultados revelaram baixos percentuais de unidades com disponibilidade total de medicamentos na atenção básica em todos os grupos farmacológicos avaliados, exceto para os analgésicos que estavam presentes em 61,5% das unidades, resultados semelhantes aqueles encontrados nesta pesquisa.

Por outro lado, em estudo que avaliou a disponibilidade de 24 medicamentos essenciais para os serviços de atenção básica e constantes na RENAME da época, em 75 unidades brasileiras, sendo 45 públicas e destas 15 centrais de abastecimento farmacêutico, foi encontrada percentual geral de 73,0% de disponibilidade (EMMERICK; LUIZA; PEPE, 2009). Já no estudo realizado por Vieira (2008) sobre a qualidade dos serviços farmacêuticos na atenção básica, em uma amostra de 597 municípios brasileiros, constatou-se que em 24,1% havia problemas relacionados a falta de medicamentos para o atendimento aos problemas de saúde da população.

Em outro estudo de abrangência nacional, com amostra intencional de 20 municípios brasileiros, que avaliou a disponibilidade de medicamentos genéricos em unidades públicas de saúde, foram detectados baixos percentuais de

disponibilidade de medicamentos de grande importância para a atenção básica e que também foram avaliadas neste estudo (MIRANDA et al., 2009).

Em um contexto mais global, um estudo realizado em 36 países classificados como de média e baixa renda sobre a disponibilidade de medicamentos essenciais nos serviços públicos de saúde detectou que os percentuais de disponibilidades variaram de 29% a 54%, revelando importantes iniquidades sociais, visto que o medicamento constitui-se em elemento fundamental para o correto manejo dos principais agravos de saúde nas populações (CAMERON et al., 2009).

A partir do exposto, é possível perceber que são distintas as metodologias dos trabalhos postos na literatura que avaliaram de forma mais global a disponibilidade de medicamentos, limitando assim as comparações com o presente estudo, porém, é possível perceber que os resultados deste estudo aproximam-se muito daqueles encontrados na literatura, em alguns casos, evidenciando até discreta melhoria quanto à disponibilidade no âmbito nacional, ainda que expressem-se percentuais muito aquém dos esperados, diante de uma legislação sobre AF tão bem compilada no país.

Em relação à distribuição da adequação dos percentuais de disponibilidade por regiões geopolíticas, o estudo revelou importantes desigualdades entre as diversas regiões do país, com melhores desempenhos para as regiões sul, sudeste e centro-oeste, em contraponto com o pior desempenho para o norte e nordeste, evidenciando importantes iniquidades no que tange a organização da AF no Brasil. Estudo que avaliou aspectos da AF na ABS do Brasil, por meio de uma amostragem de cinco estados das diferentes regiões geográficas, identificou diferentes percentuais de disponibilidade de medicamentos essenciais entre as regiões, sendo os maiores nas regiões sudeste e centro-oeste e os menores nas regiões norte, nordeste e sul, corroborando em partes com os achados desta pesquisa (EMMERICK; LUIZA; PEPE, 2009).

Em outro estudo de abrangência nacional, com dados de relatórios da Controladoria Geral da União sobre AF, verificou-se que a falta de medicamentos nos serviços de atenção básica foi maior nos municípios das regiões norte, nordeste e centro-oeste com índices de até 30,4%, ao contrário das regiões sul e sudeste, onde as proporções ficaram em 19,5% e 17,6% respectivamente, assemelhando-se aos resultados deste estudo (VIEIRA, 2008). Miranda et al. (2009) ao estudarem a

disponibilidade de medicamentos genéricos na ABS do Brasil, encontraram melhor desempenho nas regiões sul e sudeste e os piores nas demais regiões. Outros estudos realizados no Brasil que avaliaram a adequação da estrutura e processo de trabalho das equipes de atenção básica em diferentes regiões identificaram melhores percentuais de adequabilidade nas regiões sul e sudeste respectivamente em contraponto com um perfil de adequação mais baixo nas regiões norte e nordeste do país, assim como evidenciado neste estudo, evidenciando as disparidades e iniquidades entre as diversas regiões do país (TOMASI et al., 2015; TOMASI et al., 2017).

Nos contextos locais, os percentuais de disponibilidade de medicamentos essenciais para a atenção básica são variados. Estudo realizado em 13 UBS no estado do Paraná identificou que a disponibilidade dos medicamentos avaliados foi menor que 80% em todas as unidades (MENOLLI; IVANA; JÚNIOR, 2009). Já outros que avaliaram a disponibilidade de medicamentos na ABS do Rio Grande do Sul identificaram percentuais de disponibilidade entre 68,8% a 97,6% (BERTOLDI et al., 2012; HELFER et al., 2012). Ao realizar estudo que avaliou a disponibilidade de medicamentos essenciais na ABS do estado de Minas Gerais, Guerra Jr et al. (2004) identificou um percentual médio de disponibilidade de 46,9%. Outro estudo realizado em 15 UBS da região centro-oeste identificou disponibilidade moderada, com falta de aproximadamente 20% dos medicamentos relacionados (NAVES; SILVER, 2005). Já estudos realizados na ABS do nordeste identificaram disponibilidade de 70% medicamentos básicos, além da falta de controle de estoque nos serviços de AF (FREITAS; NOBRE, 2011; SILVA JÚNIOR; NUNES, 2012).

Apesar do baixo perfil de adequação quanto à disponibilidade dos medicamentos, o estudo mostra um melhor desempenho em algumas classes, porém, sem importância epidemiológica e sanitária no país, com exceção dos antidiabéticos que são fundamentais no enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis, a fim de que estas não impactem em elevados custos para a média e alta complexidade, além das elevadas taxas de mortalidade no Brasil, que giram em torno de 70,0%, além do que, é válido ressaltar que estas medicações fazem parte de programas e estratégias para o controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no país (BRASIL, 2011c; SCHMIDT et al., 2011; DUNCAN et al., 2012; MALTA; SILVA JÚNIOR, 2013).

A baixa disponibilidade de medicamentos ou até mesmo a falta deste é um acontecimento presente tanto a nível nacional, quanto internacional e constitui-se em problema de grande dimensão para gestores, profissionais, mas, principalmente para os usuários que tem o acesso ao medicamento permeado por grandes restrições, comprometendo a qualidade da AF. Ressalta-se que esse problema tem causa multifatorial, devendo-se principalmente ao mau gerenciamento das etapas do ciclo da AF (REIS; PERINI, 2008; CAMERON et al., 2009; MENDES et al., 2014).

Este cenário de baixa adequação da disponibilidade pode estar associado a problemas como a falta de repasses financeiros pactuados entre as esferas de governo, ou mesmo repasses inadequados, aquisição de medicamentos fora das listas estabelecidas, inobservância nas normas de aquisição, falta de controle de estoques, ou mesmo fraudes e desvios de recursos inerentes a AF (VIEIRA, 2008).

É importante destacar que a maioria dos medicamentos investigados fazem parte do componente básico da AF, cuja compra deve ser feita como recursos pactuados entre as três esferas de governo, tendo o município a responsabilidade em operacionalizar as etapas do ciclo da AF que incluem a seleção e compra destes medicamentos, sendo possível ao gestor adquirir outros medicamentos com a mesma ação daqueles investigados pelo PMAQ-AB, fato que pode justificar o perfil de disponibilidade encontrado (BRASIL, 2013c; MENDES et al., 2014). Este acontecimento aponta para o que alguns autores chamam de dificuldades na gestão da AF, principalmente quanto à aquisição de medicamentos, em face das mudanças ocorridas na reformulação da RENAME após a regulamentação da lei orgânica da saúde, que elevou de 350 para mais de 800 os tipos de medicamentos estabelecidos no elenco nacional, fato que dificultaria a execução do processo de seleção e aquisição dos medicamentos pelos gestores municipais, sem falar da ainda fragmentada percepção destes gestores sobre o real papel da RENAME e suas derivadas para a operacionalização da AF nos serviços de ABS, que contribui ainda mais para a fragmentação da gestão da AF no SUS (SANTOS-PINTO et al., 2013; MAGARINOS-TORRES et al., 2014).

A administração pública é a responsável pela organização e implementação da AF nos serviços públicos de saúde, de forma a garantir o acesso da população ao medicamento, porém, é necessário que este processo, que envolve as etapas do ciclo da AF, seja desenvolvido dentro de um arcabouço teórico consistente, pois, a

condução das etapas de forma incipiente, pode resultar por exemplo na inclusão de medicamentos específicos que não correspondam às necessidades de saúde locais, fragilizando o acesso do usuário à terapia, incorrendo em prejuízos para a integralidade do cuidado (MARQUES; DALLARI, 2007; VEBER et al, 2011).

Ao evidenciar um baixo perfil de disponibilidade de medicamentos na ABS, este estudo revela a incipiência da AF em seu processo dinâmico de abastecimento de serviços, programas e sistemas de saúde com medicamentos de qualidade, fragilizando dessa forma, um dos pilares fundamentais da PNM e da PNAF que é prover o acesso qualificado de medicamentos à população (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2007; BRUM, 2008).

A respeito disso, estudos realizados no Brasil sobre o acesso da população em geral a medicamentos tanto no âmbito do SUS quanto fora dele, mostraram percentuais que variaram entre 22,7% a 56,0%, além de importantes diferenças regionais, com um perfil de acesso melhor nas regiões sudeste e sul em detrimento das regiões norte, nordeste e centro-oeste com os piores desempenhos (BOING et al., 2013; MENGUE et al., 2015; BERTOLDI et al., 2016; COSTA et al., 2016; MENGUE et al., 2016). Estes autores referem que esse perfil de acesso pode ser reflexo, dentre outros fatores, da baixa disponibilidade de medicamentos essenciais no SUS, conforme apontam os dados deste estudo e de outros inquéritos nacionais (VIEIRA, 2008; MENDES et al., 2014).

Já com relação às associações dos desfechos com as variáveis independentes, é possível perceber um padrão que evidencia maiores percentuais de adequação em unidades das regiões sul e sudeste, e municípios de alto IDHM, e alto porte populacional, e baixa cobertura de ESF. Estes resultados apontam a princípio para um panorama já evidenciado em outros estudos, de desigualdades acentuadas em relação à cobertura dos serviços de atenção básica no país, inclusive no que diz respeito ao acesso a medicamentos, revelando importantes iniquidades sociais entre as diversas regiões, apesar dos esforços institucionais para atingir equidade no acesso, a respeito do que se observa nos últimos anos (BOING et al., 2013; DAVID; SHIMIZU; SILVA, 2015; MENGUE et al., 2015; TOMASI et al., 2015; POÇAS; FREITAS; DUARTE, 2017; TOMASI et al., 2017).

De maneira mais específica para a AF, o que poderia explicar esse padrão de associação encontrado é a nova configuração no que diz respeito a descentralização



do financiamento daquela, com responsabilidades entre as três esferas de gestão para a garantia do elenco de medicamentos para a ABS, prevendo investimentos da união, estados e municípios para a compra de medicamentos e estruturação dos ambientes de farmácia (BRASIL, 2013c). Com isso, municípios maiores, que também concentram os mais altos IDHM, tendem a possuir maior arrecadação e, por conseguinte, dispõem de mais recursos para aplicar na AF, fato que não ocorre naqueles de baixo porte populacional (GOMES; SILVA; SILVA, 2005; PNUD, 2014). Além disso, outros estudos mostram que os investimentos públicos com a compra de medicamentos vêm crescendo nos últimos anos, e, frente à atual configuração de financiamento da AF na atenção básica, os municípios com alto porte populacional e com alto poder de arrecadação, tendem a apresentar maior disponibilidade de medicamentos (VIEIRA; ZUCCHI, 2011; BRASIL, 2013c; VIEIRA; ZUCCHI, 2013; MENDES et al., 2014).

Por outro lado, os altos percentuais de adequação em UBS situadas em municípios com baixa cobertura de ESF pode ser explicado por uma associação direta com o porte populacional, visto que a expansão da ESF é mais consolidada nos pequenos municípios e mais lenta nos grandes centros urbanos, conforme apontam alguns estudos (FACCHINI et al., 2006; HENRIQUE; CALVO, 2009; SENNA; COSTA; SILVA, 2012; MALTA et al., 2016). Assim, é de se esperar que nos municípios com alta cobertura de ESF, tenha-se os menores percentuais de adequação, ao contrário do que ocorre naqueles com baixa cobertura, em função de outros indicadores anteriormente mencionados.

Porém, uma outra possibilidade explicativa são os achados trazidos pelo estudo de Cunha (2014) ao avaliar os gastos com medicamentos no Brasil e ao comparar com a cobertura de ESF, concluiu que quanto maior a cobertura de ESF nos municípios, menor é o gasto governamental com medicamentos, fruto do impacto positivo a ESF.

É evidente que os resultados deste estudo mostram um perfil da AF na ABS do Brasil com características bastante insatisfatórias tanto em itens da infraestrutura, quanto na disponibilidade de medicamentos essenciais para os serviços de atenção básica, fato que compromete o acesso da população ao medicamento com qualidade, além do uso racional deste, colocando em xeque os objetivos principais da AF na ABS. Na perspectiva de enfretamento desta

problemática, é necessário lançar mão dos poderosos instrumentos já postos, que visam o melhoramento da AF no SUS, dentre eles: a RENAME, os manuais de estruturação da AF no SUS, o HÓRUS e o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde - QUALIFAR-SUS (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2012c; BRASIL, 2013d; BRASIL 2013e).

Dentre as limitações deste estudo que pode subestimar os resultados é o fato de que se a UBS avaliada dispusesse de uma única unidade de medicamento, era considerado como satisfatório, quando que na prática assistencial não garante o acesso efetivo aos usuários ao medicamento. Outra limitação diz respeito ao fato de não ter sido possível determinar as reais causas tanto da adequada disponibilidade quanto da indisponibilidade da infraestrutura e dos medicamentos na ABS, visto que foram pontos não contemplados pela avaliação externa do PMAQ-AB, evidenciando a necessidade de aprimoramento dos instrumentos avaliativos.

## **Conclusão**

Este estudo revelou importantes fragilidades quanto a pontos fundamentais da AF nos serviços de ABS no Brasil, pois, foi possível perceber que tanto nos aspectos da infraestrutura, quanto na disponibilidade de medicamentos essenciais para os serviços de atenção básica, os percentuais de adequação foram baixos, considerando a organização teórico-institucional que a AF dispõe no país. Os achados revelaram a baixa adequação da disponibilidade de medicamentos estratégicos para o controle de doenças crônicas e de programas importantes, como os da saúde da mulher, fato que tende a fragilizar o acesso da população a estes medicamentos e a assistência envolta nos mesmos.

Foram evidenciadas ainda importantes disparidades entre as regiões geopolíticas quanto à disponibilidade da infraestrutura e de medicamentos na ABS, mostrando iniquidades quanto à distribuição das ações e serviços relacionados a AF, com penalização das regiões mais pobres do país, contrariando o princípio da equidade estabelecido na lei orgânica da saúde, sendo necessário repensar a gestão da AF, de forma a garantir o acesso qualificado ao medicamento com capilaridade para todas as UBS brasileiras, a partir da execução correta dos mecanismos previstos para a implementação da AF no SUS.

Outro achado importante do estudo foi os altos percentuais de adequação da AF em municípios com baixa cobertura de ESF, revelando que a presença dessa estratégia nos municípios não se traduz necessariamente em melhor AF para a população adscrita, contrariando uma das finalidades essenciais daquela, que é melhorar a oferta dos serviços de saúde para as regiões mais vulneráveis do país, incluindo nestes termos o acesso ao medicamento.

Apesar das limitações de instrumento, o PMAQ-AB figura com importante instrumento na avaliação global de alguns pontos da AF na ABS, servindo como indutor de melhorias na infraestrutura dos ambientes de farmácia e disponibilidade de medicamentos na atenção básica. Porém, é necessário que sejam realizados outros estudos sobre a temática, que possam apreender os fatores relacionados a falta de infraestrutura e baixa disponibilidade de medicamentos, além de compreender a relação destes pontos com o acesso da população ao medicamento na ABS.

## Referências

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; NASCIMENTO, Angela Alves do. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3939-3949, 2011.

ARAÚJO, Aílson da Luz André de; FREITAS, Osvaldo de. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 42, n. 1, p. 137-146, 2006.

BECKHAUSER, Gabriela Colonetti; VALGAS, Cleidson; GALATO, Dayani. Perfil do estoque domiciliar de medicamentos em residências com crianças. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 33, n. 4, p. 583-589, 2013.

BERNARDI, Carmen LB; BIEBERBACH, Emily Wagner; THOMÉ, Henrique Inácio. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e sociedade**, v. 15, n. 1, p. 73-83, 2006.

BERTOLDI, Andréa Dâmaso et al. Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines?. **Globalization and health**, v. 8, n. 1, p. 6, 2012.

BERTOLDI, Andréa Dâmaso et al. Perfil sociodemográfico dos usuários de medicamentos no Brasil: resultados da PNAUM 2014. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. supl2, p. 1s-11s, 2016.

BIGDELI, Maryam et al. Access to medicines from a health system perspective. **Health policy and planning**, v. 28, n. 7, p. 692-704, 2012.

BOING, Alexandra Crispim et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boas Práticas para a Estocagem de Medicamentos**. Brasília, Distrito Federal, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria número 3.916 de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, Distrito Federal, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução número 338 de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, Distrito Federal, 2004.

BRASIL. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 80, de 11 de maio de 2006**. Dispõe sobre o fracionamento de medicamentos em farmácias e drogarias. Diário Oficial da União, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, DF, 11 maio 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Distrito Federal, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, Distrito Federal, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, Distrito Federal, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012**. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS). Brasília, Distrito Federal, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica (Saúde da Família e equipe parametrizada). Brasília, Distrito Federal, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.555 de 30 de julho de 2013**. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Distrito Federal, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2013**. 8ª edição. Brasília, Distrito Federal, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 271, de 27 de fevereiro de 2013**. Institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Distrito Federal, 2013e.

BRUM, Lucimar Filot da Silva. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1457-1458, 2008.

CAMERON, Alexandra et al. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. **The Lancet**, v. 373, n. 9659, p. 240-249, 2009.

CANABARRO, Isabel Machado; HAHN, Siomara. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 4, p. 345-355, 2009.

CHISHOLM-BURNS, Marie. et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. **Medical Care**, v. 48, n. 10, p. 923-933, 2010.

COSTA, Karen Sarmiento; NASCIMENTO JR, José Miguel do. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 91-99, 2012.

COSTA, Karen Sarmiento et al. Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 1-13, 2016.

CUNHA, Camila Rocha da. **Gastos governamentais com medicamentos nos municípios brasileiros no período de 2009 a 2012**. Rio de Janeiro: ENSP, 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências/Área de Saúde Coletiva), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

DAVID, Grazielle Custódio; SHIMIZU, Helena Eri; SILVA, Everton Nunes da. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 232-245, 2015.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 126-134, 2012.

EMMERICK, Isabel Cristina Martins; LUIZA, Vera Lucia; PEPE, Vera Lucia Edais. Pharmaceutical services evaluation in Brazil: broadening the results of a WHO methodology. **Ciencia & saude coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1297-1306, 2009.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n. 2, p. 164-76, 2007.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-81, 2006.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc saúde coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851-60, 2014.

FREITAS, Juliana Maria Severino de Moraes; NOBRE, Arlândia Cristina Lima. Avaliação da assistência farmacêutica do município de Mombaça-CE. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 2, n. 1, p. 15-20, 2011.

GOMES, Rita de Cássia da Conceição; SILVA, Anieres Barbosa da; SILVA, Valdenildo Pedro da. Gestão social das políticas públicas nas pequenas cidades. **Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**, v. 9, n. 194, 2005.

GUERRA JR, Augusto Afonso et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 15, n. 3, p. 168-75, 2004.

GUIMARÃES, Camila Diniz Branquinho. **Medicamentos essenciais nos serviços de saúde na Atenção Básica: avaliação pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade**. Goiânia: UFG, 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal de Goiás. Núcleo de estudos em Saúde Coletiva, 2015.

HELFER, Ana Paula et al. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. **Pan American Journal of Public Health**, v. 31, n. 3, 2012.

HENRIQUE, Flávia; CALVO, Maria Cristina Marino. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, 2009.

MAGARINOS-TORRES, Rachel et al. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 9, p. 3859-3868, 2014.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

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

MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de saúde pública**, v. 41, n. 1, p. 101-107, 2007.

MENDES, Luiz Villarinho et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 109-23, 2014.

MENGUE, Sotero Serrate et al. Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 192-203, 2015.

MENGUE, Sotero Serrate et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. supl2, p. 1s-9s, 2016.

MENOLLI, Poliana Vieira da Silva; IVAMA, Adriana Mitsue; JÚNIOR, Luis Cordoni. Caracterización de los servicios farmacéuticos de atención primaria del Sistema Único de Salud en Londrina, Paraná, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, n. 3, p. 254-260, 2009.

MIRANDA, Elaine Silva et al. Disponibilidade no setor público e preços no setor privado: um perfil de medicamentos genéricos em diferentes regiões do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2147-58, 2009.

MOURA, Ana Célia. Análise da organização e estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 3, p. 39-42, 2010.

MURAKAMI, Israel; NETO, Luciane Maria Ribeiro; SILVA, Alexsandro Macedo. A importância do fracionamento de medicamentos para o SUS: um estudo piloto. **Revista Brasileira de Farmácia, São Paulo**, p. 883-892, 2012.

NAVES, Janeth de Oliveira Silva; SILVER, Lynn Dee. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 223-230, 2005.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. **Cienc Saude Coletiva**, v. 15, n. Supl 3, p. 3561-7, 2010.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Avaliação da assistência farmacêutica básica em um município da Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 853, 2011.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil**. Brasília: OPAS: MS, 2005.

OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa et al. **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2014.

PIMENTEL, Fernando Castim; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; SOUZA, Wayner Vieira de. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde debate**, v. 39, n. 104, p. 88-101, 2015.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras**. Brasília, Distrito Federal, 2014. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/arquivos/21MAR\\_IDHM\\_WEB.pdf](http://www.pnud.org.br/arquivos/21MAR_IDHM_WEB.pdf)> Acesso em: 15 abr. 2016.

POÇAS, Kátia Crestine; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; DUARTE, Elisabeth Carmen. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 275-284, 2017.

REIS, Adriano Max Moreira; PERINI, Edson. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, conseqüências e gerenciamento. **Cien Saude Colet**, v. 13, n. Supl, 2008.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage et al. Novos delineamentos da Assistência Farmacêutica frente à regulamentação da Lei Orgânica da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1056-1058, 2013.



SCHMIDT, Maria Inês et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SENNA, Mônica de Castro Maia; COSTA, Andréia Martins da; SILVA, Luana Nunes da. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. **Sociedade em Debate**, v. 16, n. 1, p. 121-137, 2012.

SEVERINO, Patrícia et al. A inserção do profissional farmacêutico no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Farm.**, v. 89, n. 1, p. 56-58, 2008.

SILVA JÚNIOR, Eugênio Bispo; NUNES, Luciana Macatrão Nogueira. Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE). **Arq. Bras. Ciênc. Saúde**, v. 37, n. 2, p. 65-69, 2012.

SIMÃO, Renato Wagner Tinôco de Sousa; BATISTA, Almária Mariz. Armazenamento de Medicamentos em Unidades Básicas de Saúde de Macaíba, RN, Brasil. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, v. 28, n. 1, p. 40-46, 2016.

TOMASI, Elaine et al. Structure and work process in the prevention of cervical cancer in Health Basic Attention in Brazil: Program for the Improvement of Access and Quality. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 2, p. 171-180, 2015.

TOMASI, Elaine et al. Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017.

VEBER, Ana Paula et al. Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 47, n. 1, p. 75-80, 2011.

VIEIRA, Ana Magda Pinheiro; CRUZ, Ana Paula Freire da; CUNHA, Valdenice Fernandes da. Assistência farmacêutica em unidades básicas de saúde do município de Parnamirim-RN. **CATUSSABA-ISSN 2237-3608**, v. 2, n. 1, p. 35-50, 2012.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 906-913, 2011.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 73-84, 2013.

VIEIRA, Marlene Rosimar da Silva; LORANDI, Paulo Angelo; BOUSQUAT, Aylene. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do

Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1419-1428, 2008.

WHO. World Health Organization. **Medicines Strategy 2008-2013 (Draft)**. Geneva: WHO, 2008.

WHO. World Health Organization. **Medicines Strategy-countries the core: 2004-2007**. Geneva: WHO, 2004.

## CONCLUSÃO

Este estudo revelou importantes fragilidades quanto a pontos fundamentais da AF nos serviços de ABS no Brasil. Foi possível perceber que tanto nos aspectos da infraestrutura, quanto na disponibilidade de medicamentos essenciais para os serviços de atenção básica, os percentuais de adequação foram baixos, considerando a organização teórico-institucional que a AF dispõe no país. Os achados revelaram a baixa adequação da disponibilidade de medicamentos estratégicos para o controle de doenças crônicas e de programas importantes, como os da saúde da mulher, fato que tende a fragilizar o acesso da população a estes medicamentos e a assistência envolta nos mesmos.

Foram evidenciadas ainda importantes disparidades entre as regiões geopolíticas quanto à disponibilidade da infraestrutura e de medicamentos na ABS, mostrando iniquidades quanto à distribuição das ações e serviços relacionados a AF, com penalização das regiões mais pobres do país, contrariando o princípio da equidade estabelecido na lei orgânica da saúde, sendo necessário repensar a gestão da AF, de forma a garantir o acesso qualificado ao medicamento com capilaridade para todas as UBS brasileiras, a partir da execução correta dos mecanismos previstos para a implementação da AF no SUS.

Outro achado importante do estudo foi os altos percentuais de adequação da AF em municípios com baixa cobertura de ESF, revelando que a presença dessa estratégia nos municípios não se traduz necessariamente em melhor AF para a população adscrita, contrariando uma das finalidades essenciais daquela, que é melhorar a oferta dos serviços de saúde para as regiões mais vulneráveis do país, incluindo nestes termos o acesso ao medicamento.

Apesar das limitações de instrumento, o PMAQ-AB figura com importante instrumento na avaliação global de alguns pontos da AF na ABS, servindo como indutor de melhorias na infraestrutura dos ambientes de farmácia e disponibilidade de medicamentos na atenção básica. Porém, é necessário que sejam realizados outros estudos sobre a temática, que possam apreender os fatores relacionados a falta de infraestrutura e baixa disponibilidade de medicamentos, além de compreender a relação destes pontos com o acesso da população ao medicamento na ABS.

## REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; NASCIMENTO, Angela Alves do. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 9, p. 3939-3949, 2011.

ARAGÃO, Júlio. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista práxis**, v. 3, n. 6, 2013.

ARAÚJO, Aílson da Luz André de; FREITAS, Osvaldo de. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 42, n. 1, p. 137-146, 2006.

ARREAZA, Antônio Luis Vicente; MORAES, José Cássio de. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet]**, v. 15, n. 5, p. 2627-38, 2010.

BECKHAUSER, Gabriela Colonetti; VALGAS, Cleidson; GALATO, Dayani. Perfil do estoque domiciliar de medicamentos em residências com crianças. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 33, n. 4, p. 583-589, 2013.

BERNARDI, Carmen LB; BIEBERBACH, Emily Wagner; THOMÉ, Henrique Inácio. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. **Saúde e sociedade**, v. 15, n. 1, p. 73-83, 2006.

BERTOLDI, Andréa Dâmaso et al. Is the Brazilian pharmaceutical policy ensuring population access to essential medicines?. **Globalization and health**, v. 8, n. 1, p. 6, 2012.

BERTOLDI, Andréa Dâmaso et al. Perfil sociodemográfico dos usuários de medicamentos no Brasil: resultados da PNAUM 2014. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. supl2, p. 1s-11s, 2016.

BIGDELI, Maryam et al. Access to medicines from a health system perspective. **Health policy and planning**, v. 28, n. 7, p. 692-704, 2012.

BOING, Alexandra Crispim et al. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 691-701, 2013.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; UCHIMURA, Kátia Yumi. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde?. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, Distrito Federal: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. **Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990**. Lei orgânica de 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, Distrito Federal, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boas Práticas para a Estocagem de Medicamentos**. Brasília, Distrito Federal, 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria número 3.916 de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, Distrito Federal, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, Distrito Federal, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução número 338 de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, Distrito Federal, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica na Atenção Básica**: instruções técnicas para sua organização. 2ª edição. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, Distrito Federal, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Distrito Federal, 2006b.

BRASIL. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC n. 80, de 11 de maio de 2006**. Dispõe sobre o fracionamento de medicamentos em farmácias e drogarias. Diário Oficial da União, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, DF, 11 maio 2006c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde**: Evolução e perspectivas. Brasília, Distrito Federal: CONASS, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, Distrito Federal: CONASS, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a

Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Distrito Federal, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, Distrito Federal, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: manual instrutivo. Brasília, Distrito Federal, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012**. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR- SUS). Brasília, Distrito Federal, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: instrumento de avaliação externa para as equipes de atenção básica (Saúde da Família e equipe parametrizada). Brasília, Distrito Federal, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: instrumento de avaliação externa para os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, Distrito Federal, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 1.555 de 30 de julho de 2013**. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Distrito Federal, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2013**. 8ª edição. Brasília, Distrito Federal, 2013d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 271, de 27 de fevereiro de 2013**. Institui a Base Nacional de Dados de ações e serviços da Assistência Farmacêutica e regulamenta o conjunto de dados, fluxo e cronograma de envio referente ao Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Distrito Federal, 2013e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015**. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, Distrito Federal, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Nota metodológica da certificação das equipes de atenção básica participantes do programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica 2013-2014**. Brasília, Distrito Federal, 2015b.

BRUM, Lucimar Filot da Silva. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1457-1458, 2008.

CALVO, Maria Cristina Marino; HENRIQUE, Flávia. **Avaliação**: algumas concepções teóricas sobre o tema. In: LACERDA, Josimari Telino; TRAEBERT, Jefferson Luiz (Org). A odontologia e a estratégia saúde da família. Tubarão: Editora Unisul, 2006. p. 115-139.

CAMERON, Alexandra et al. Medicine prices, availability, and affordability in 36 developing and middle-income countries: a secondary analysis. **The Lancet**, v. 373, n. 9659, p. 240-249, 2009.

CANABARRO, Isabel Machado; HAHN, Siomara. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 18, n. 4, p. 345-355, 2009.

CHAMPAGNE, François et al. **A Avaliação no Campo da Saúde**: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, Astrid et al. Avaliação: conceitos e métodos. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011a. p. 41-60.

CHAMPAGNE, François et al. A Apreciação Normativa. In: BROUSSELLE, Astrid et al. Avaliação: conceitos e métodos. Tradução de Michel Colin. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011b. p. 77-94

CHISHOLM-BURNS, Marie. et al. US pharmacists' effect as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. **Medical Care**, v. 48, n. 10, p. 923-933, 2010.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, v. 24, sup. 1, s. 7-17, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **A assistência farmacêutica no SUS**. Brasília, Distrito Federal, 60 p., 2010. Disponível em: <[http://www.cff.org.br/userfiles/Manual%20SUS internet.pdf](http://www.cff.org.br/userfiles/Manual%20SUS%20internet.pdf)> Acesso em: 15 abr. 2016.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et al. **A avaliação na área da saúde**: conceitos e métodos. In: HARTZ, Zulmira Maria Araújo (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997. cap.2.

COSTA, Karen Sarmiento; NASCIMENTO JR, José Miguel do. HÓRUS: inovação tecnológica na assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 91-99, 2012.

COSTA, Karen Sarmiento et al. Fontes de obtenção de medicamentos para hipertensão e diabetes no Brasil: resultados de inquérito telefônico nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, 2011. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 1-13, 2016.

CUNHA, Camila Rocha da. **Gastos governamentais com medicamentos nos municípios brasileiros no período de 2009 a 2012**. Rio de Janeiro: ENSP, 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências/Área de Saúde Coletiva), Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz, 2014.

DAVID, Grazielle Custódio; SHIMIZU, Helena Eri; SILVA, Everton Nunes da. Atenção Primária à Saúde nos municípios brasileiros: eficiência e disparidades. **Saúde em Debate**, v. 39, n. spe, p. 232-245, 2015.

DONABEDIAN, Avedis. The quality of care: how can it be assessed?. **Jama**, v. 260, n. 12, p. 1743-1748, 1988.

DUNCAN, Bruce Bartholow et al. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 126-134, 2012.

EMMERICK, Isabel Cristina Martins; LUIZA, Vera Lucia; PEPE, Vera Lucia Edais. Pharmaceutical services evaluation in Brazil: broadening the results of a WHO methodology. **Ciencia & saude coletiva**, v. 14, n. 4, p. 1297-1306, 2009.

ESCOREL, Sarah et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 21, n. 2, p. 164-76, 2007.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 669-81, 2006.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciênc saúde coletiva**, v. 19, n. 12, p. 4851-60, 2014.

FREITAS, Juliana Maria Severino de Moraes; NOBRE, Arlândia Cristina Lima. Avaliação da assistência farmacêutica do município de Mombaça-CE. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 2, n. 1, p. 15-20, 2011.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.



GOMES, Rita de Cássia da Conceição; SILVA, Anieres Barbosa da; SILVA, Valdenildo Pedro da. Gestão social das políticas públicas nas pequenas cidades. **Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales**, v. 9, n. 194, 2005.

GUERRA JR, Augusto Afonso et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 15, n. 3, p. 168-75, 2004.

GUIMARÃES, Camila Diniz Branquinho. **Medicamentos essenciais nos serviços de saúde na Atenção Básica: avaliação pelo Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade**. Goiânia: UFG, 2015. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal de Goiás. Núcleo de estudos em Saúde Coletiva, 2015.

HELPER, Ana Paula et al. Affordability and availability of drugs for treatment of chronic diseases in the public health care system. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 31, n. 3, p. 225-232, 2012.

HENRIQUE, Flávia; CALVO, Maria Cristina Marino. Grau de implantação do Programa Saúde da Família e indicadores sociais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 5, 2009.

LUPPI, Carla Gianna et al. **Atenção Primária à saúde**. In: Ibañez, N.; Elias, P. E. M.; Seixas, P.H.D. Política e Gestão Pública em Saúde, Hucitec/CEALAG, São Paulo, 2011

MAGARINOS-TORRES, Rachel et al. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Cien Saude Colet**, v. 19, n. 9, p. 3859-3868, 2014.

MALTA, Deborah Carvalho; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa da. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 151-164, 2013.

MALTA, Deborah Carvalho et al. A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

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

MARQUES, Silvia Badim; DALLARI, Sueli Gandolfi. Garantia do direito social à assistência farmacêutica no Estado de São Paulo. **Revista de saúde pública**, v. 41, n. 1, p. 101-107, 2007.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção básica e atenção primária à saúde: origens e diferenças conceituais. **Revista de APS**, v. 12, n. 2, p. 204-213, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. Agora mais que nunca: uma revisão bibliográfica sobre a atenção primária à saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Oficinas de Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados**. Brasília: CONASS, 2009.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413812320100005000005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413812320100005000005&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em:20 mai. 2016

MENDES, Luiz Villarinho et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 109-23, 2014.

MENGUE, Sotero Serrate et al. Fontes de obtenção de medicamentos para tratamento de hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 192-203, 2015.

MENGUE, Sotero Serrate et al. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. supl2, p. 1s-9s, 2016.

MENOLLI, Poliana Vieira da Silva; IVAMA, Adriana Mitsue; JÚNIOR, Luis Cordoni. Caracterización de los servicios farmacéuticos de atención primaria del Sistema Único de Salud en Londrina, Paraná, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 25, n. 3, p. 254-260, 2009.

MIRANDA, Elaine Silva et al. Disponibilidade no setor público e preços no setor privado: um perfil de medicamentos genéricos em diferentes regiões do Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 25, n. 10, p. 2147-58, 2009.

MOTA, Roberta Rodrigues de Alencar; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica: questões a problematizar. **Rev. enferm. UERJ**, v. 23, n. 1, p. 122-127, 2015.

MOURA, Ana Célia. Análise da organização e estruturação da Assistência Farmacêutica nos municípios do Estado do Amazonas. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 4, n. 3, p. 39-42, 2010.

MURAKAMI, Israel; NETO, Luciane Maria Ribeiro; SILVA, Alexsandro Macedo. A importância do fracionamento de medicamentos para o SUS: um estudo piloto. **Revista Brasileira de Farmácia, São Paulo**, p. 883-892, 2012.

NAVES, Janeth de Oliveira Silva; SILVER, Lynn Dee. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 2, p. 223-230, 2005.

NOVAES, Hillegonda Maria Dutilh. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev saúde pública**, v. 34, n. 5, p. 547-59, 2000.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da política nacional de medicamentos à atenção básica à saúde. **Cienc Saude Coletiva**, v. 15, n. Supl 3, p. 3561-7, 2010.

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Avaliação da assistência farmacêutica básica em um município da Bahia, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 34, n. 4, p. 853, 2011.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158, 2013.

OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa et al. **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2014.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE; BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil**. Brasília: OPAS: MS, 2005.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde; OMS, Organização Mundial da Saúde. **Renovação da Atenção Primária à Saúde nas Américas: posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS)**. Washington, 2007.

PIMENTEL, Fernando Castim; ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; SOUZA, Wayner Vieira de. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. **Saúde debate**, v. 39, n. 104, p. 88-101, 2015.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 6, n. 2, 2012.

PINTO, Hêider Aurélio; SOUSA, Allan Nuno Alves de; FERLA, Alcindo Antônio. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em debate**. Londrina. Vol. 38, n. esp.(out. 2014), p. 358-372, 2014.

PNUD. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Desenvolvimento humano nas macrorregiões brasileiras**. Brasília, Distrito Federal, 2014. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/arquivos/21MAR\\_IDHM\\_WEB.pdf](http://www.pnud.org.br/arquivos/21MAR_IDHM_WEB.pdf)> Acesso em: 15 abr. 2016.

POÇAS, Kátia Crestine; FREITAS, Lúcia Rolim Santana de; DUARTE, Elisabeth Carmen. Censo de estrutura da Atenção Primária à Saúde no Brasil (2012): estimativas de coberturas potenciais. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, n. 2, p. 275-284, 2017.

REIS, Adriano Max Moreira; PERINI, Edson. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, conseqüências e gerenciamento. **Cien Saude Colet**, v. 13, n. Supl, 2008.

SANTOS-PINTO, Cláudia Du Bocage et al. Novos delineamentos da Assistência Farmacêutica frente à regulamentação da Lei Orgânica da Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1056-1058, 2013.

SCHMIDT, Maria Inês et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1949-1961, 2011.

SENNA, Mônica de Castro Maia; COSTA, Andréia Martins da; SILVA, Luana Nunes da. Atenção à saúde em grandes centros urbanos: desafios à consolidação do SUS. **Sociedade em Debate**, v. 16, n. 1, p. 121-137, 2012.

SEVERINO, Patrícia et al. A inserção do profissional farmacêutico no Programa de Saúde da Família. **Rev. Bras. Farm**, v. 89, n. 1, p. 56-58, 2008.

SILVA JÚNIOR, Eugênio Bispo; NUNES, Luciana Macatrão Nogueira. Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE). **Arq. Bras. Ciênc. Saúde**, v. 37, n. 2, p. 65-69, 2012.

SIMÃO, Renato Wagner Tinôco de Sousa; BATISTA, Almária Mariz. Armazenamento de Medicamentos em Unidades Básicas de Saúde de Macaíba, RN, Brasil. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, v. 28, n. 1, p. 40-46, 2016.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. 725 p.

TOMASI, Elaine et al. Structure and work process in the prevention of cervical cancer in Health Basic Attention in Brazil: Program for the Improvement of Access and Quality. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 2, p. 171-180, 2015.

TOMASI, Elaine et al. Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, 2017.

VEBER, Ana Paula et al. Pharmaceutical assistance in local public health services in Santa Catarina (Brazil): characteristics of its organization. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 47, n. 1, p. 75-80, 2011.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 24, n. 2, p. 91-100, 2008.

VIEIRA, Ana Magda Pinheiro; CRUZ, Ana Paula Freire da; CUNHA, Valdenice Fernandes da. Assistência farmacêutica em unidades básicas de saúde do município de Parnamirim-RN. **CATUSSABA-ISSN 2237-3608**, v. 2, n. 1, p. 35-50, 2012.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Aplicações diretas para aquisição de medicamentos no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 5, p. 906-913, 2011.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Financiamento da assistência farmacêutica no sistema único de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 73-84, 2013.

VIEIRA, Marlene Rosimar da Silva; LORANDI, Paulo Angelo; BOUSQUAT, Aylene. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1419-1428, 2008.

WHO. World Health Organization. **Medicines Strategy 2008-2013 (Draft)**. Geneva: WHO, 2008.

WHO. World Health Organization. **Medicines Strategy-countries the core: 2004-2007**. Geneva: WHO, 2004.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A – TABELAS COMPLETAS SOBRE A ADEQUAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E SEUS COMPONENTES NA ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE DO BRASIL

Tabela 1 – Distribuição da adequação global, da infraestrutura e de medicamentos na atenção básica da saúde do Brasil, 2017

VARIÁVEIS	NÍVEIS DAS VARIÁVEIS	GLOBAL				INFRA-ESTRUTURA				MEDICAMENTOS			
		AD	%	ND	%	AD	%	ND	%	AD	%	ND	%
	BRASIL	50	0.28%	17852	99.72%	315	1.8%	17587	98.2%	890	5.0%	17012	95.0%
REGIÕES DO PAÍS <sup>1</sup>	CENTRO OESTE	2	0.17%	1160	99.83%	33	2.8%	1129	97.2%	27	2.3%	1135	97.7%
	NORDESTE	4	0.05%	8251	99.95%	27	0.3%	8228	99.7%	254	3.1%	8001	96.9%
	NORTE	0	0.00%	1298	100.00%	10	0.8%	1288	99.2%	16	1.2%	1282	98.8%
	SUDESTE	24	0.56%	4268	99.44%	144	3.4%	4148	96.6%	293	6.8%	3999	93.2%
	SUL	20	0.69%	2875	99.31%	101	3.5%	2794	96.5%	300	10.4%	2595	89.6%
PORTE POPULACIONAL <sup>1</sup>	ATÉ 19.403	18	0.34%	5351	99.66%	150	2.8%	5219	97.2%	268	5.0%	5101	95.0%
	DE 19.404 a 97.330	6	0.08%	7142	99.92%	36	0.5%	7112	99.5%	283	4.0%	6865	96.0%
	A PARTIR DE 97.331	26	0.48%	5359	99.52%	129	2.4%	5256	97.6%	339	6.3%	5046	93.7%
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO <sup>2</sup>	0,00 - 0,599	2	0.05%	3943	99.95%	12	0.3%	3933	99.7%	75	1.9%	3870	98.1%
	0,600 - 0,699	9	0.14%	6256	99.86%	68	1.1%	6197	98.9%	282	4.5%	5983	95.5%
	0,700 - 1	39	0.51%	7653	99.49%	235	3.1%	7457	96.9%	533	6.9%	7159	93.1%
COBERTURA DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA <sup>3</sup>	BAIXA COB ESF	24	0.45%	5337	99.55%	123	2.3%	5238	97.7%	325	6.1%	5036	93.9%
	MÉDIA COB DE ESF	9	0.16%	5620	99.84%	64	1.1%	5565	98.9%	225	4.0%	5404	96.0%
	MAIOR COB DE ESF	17	0.25%	6895	99.75%	128	1.9%	6784	98.1%	340	4.9%	6572	95.1%

Fonte: Elaborado a partir dos dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), segundo ciclo, 2014.

<sup>1</sup>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

<sup>2</sup>Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), IDHM do ano de 2014.

<sup>3</sup>Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS).

Tabela 2- Distribuição dos seis desfechos relacionados a subdimensão infraestrutura da assistência farmacêutica na atenção básica da saúde do Brasil de acordo com as regiões geopolíticas, porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e cobertura de estratégia de saúde da família, Brasil, 2017.

VARIÁVEIS	NÍVEIS DAS VARIÁVEIS	FARMACEUTICO*				ÁREA DE DISPENSAÇÃO				ÁREA DE FRACIONAMENTO			
		POSSUI	%	NÃO POSSUI	%	NÃO POSSUI	%	POSSUI	%	NÃO POSSUI	%	POSSUI	%
	BRASIL	2670	44.6%	3319	55.4%	2953	16.5%	14949	83.5%	14992	83.7%	2910	16.3%
REGIÕES DO PAÍS <sup>1</sup>	CENTRO OESTE	155	55.6%	124	44.4%	230	19.8%	932	80.2%	920	79.2%	242	20.8%
	NORDESTE	469	30.0%	1095	70.0%	1677	20.3%	6578	79.7%	6981	84.6%	1274	15.4%
	NORTE	104	39.5%	159	60.5%	155	11.9%	1143	88.1%	1055	81.3%	243	18.7%
	SUDESTE	1204	50.3%	1190	49.7%	655	15.3%	3637	84.7%	3635	84.7%	657	15.3%
	SUL	738	49.6%	751	50.4%	236	8.2%	2659	91.8%	2401	82.9%	494	17.1%
PORTE POPULACIONAL <sup>1</sup>	ATÉ 19.403	992	53.1%	877	46.9%	919	17.1%	4450	82.9%	4469	83.2%	900	16.8%
	DE 19.404 a 97.330	547	29.8%	1288	70.2%	1331	18.6%	5817	81.4%	6033	84.4%	1115	15.6%
	A PARTIR DE 97.331	1131	49.5%	1154	50.5%	703	13.1%	4682	86.9%	4490	83.4%	895	16.6%
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO <sup>2</sup>	0,00 - 0,599	173	24.9%	523	75.1%	858	21.7%	3087	78.3%	3362	85.2%	583	14.8%
	0,600 - 0,699	653	42.0%	902	58.0%	1119	17.9%	5146	82.1%	5245	83.7%	1020	16.3%
	0,700 - 1	1844	49.3%	1894	50.7%	976	12.7%	6716	87.3%	6385	83.0%	1307	17.0%
COBERTURA DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA <sup>3</sup>	BAIXA COB ESF	979	47.0%	1105	53.0%	677	12.6%	4684	87.4%	4476	83.5%	885	16.5%
	MÉDIA DE ESF	733	40.5%	1077	59.5%	978	17.4%	4651	82.6%	4762	84.6%	867	15.4%
	MAIOR DE ESF	958	45.7%	1137	54.3%	1298	18.8%	5614	81.2%	5754	83.2%	1158	16.8%

Fonte: Elaborado a partir dos dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), segundo ciclo, 2014.

\* Para esta variável foi considerado o subconjunto amostral das UBS que disseram dispor de outros profissionais além daqueles da equipe mínima.

<sup>1</sup>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

<sup>2</sup>Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), IDHM do ano de 2014.

<sup>3</sup>Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS).



Continuação da Tabela 2

VARIÁVEIS	NÍVEIS DAS VARIÁVEIS	SALA DE ESTOCAGEM				ARMAZENAMENTO CORRETO				COMPUTADOR			
		NÃO POSSUI	%	POSSUI	%	NÃO POSSUI	%	POSSUI	%	NÃO POSSUI	%	POSSUI	%
	BRASIL	14451	80.7%	3451	19.3%	4396	24.6%	13506	75.4%	12981	72.5%	4921	27.5%
REGIÕES DO PAÍS <sup>1</sup>	CENTRO OESTE	936	80.6%	226	19.4%	327	28.1%	835	71.9%	829	71.3%	333	28.7%
	NORDESTE	7074	85.7%	1181	14.3%	2257	27.3%	5998	72.7%	7460	90.4%	795	9.6%
	NORTE	1113	85.7%	185	14.3%	378	29.1%	920	70.9%	1036	79.8%	262	20.2%
	SUDESTE	3231	75.3%	1061	24.7%	887	20.7%	3405	79.3%	2449	57.1%	1843	42.9%
	SUL	2097	72.4%	798	27.6%	547	18.9%	2348	81.1%	1207	41.7%	1688	58.3%
PORTE POPULACIONAL <sup>1</sup>	ATÉ 19.403	4119	76.7%	1250	23.3%	1318	24.5%	4051	75.5%	3744	69.7%	1625	30.3%
	DE 19.404 a 97.330	6185	86.5%	963	13.5%	1781	24.9%	5367	75.1%	6018	84.2%	1130	15.8%
	A PARTIR DE 97.331	4147	77.0%	1238	23.0%	1297	24.1%	4088	75.9%	3219	59.8%	2166	40.2%
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO <sup>2</sup>	0,00 - 0,599	3344	84.8%	601	15.2%	1181	29.9%	2764	70.1%	3605	91.4%	340	8.6%
	0,600 - 0,699	5263	84.0%	1002	16.0%	1548	24.7%	4717	75.3%	5221	83.3%	1044	16.7%
	0,700 - 1	5844	76.0%	1848	24.0%	1667	21.7%	6025	78.3%	4155	54.0%	3537	46.0%
COBERTURA DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA <sup>3</sup>	BAIXA COB ESF	4176	77.9%	1185	22.1%	1260	23.5%	4101	76.5%	3258	60.8%	2103	39.2%
	MÉDIA COB DE ESF	4684	83.2%	945	16.8%	1423	25.3%	4206	74.7%	4362	77.5%	1267	22.5%
	MAIOR COB DE ESF	5591	80.9%	1321	19.1%	1713	24.8%	5199	75.2%	5361	77.6%	1551	22.4%

Fonte: Elaborado a partir dos dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), segundo ciclo, 2014.

\* Para esta variável foi considerado o subconjunto amostral das UBS que disseram dispor de outros profissionais além daqueles da equipe mínima.

<sup>1</sup>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

<sup>2</sup>Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), IDHM do ano de 2014.

<sup>3</sup>Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS).

Tabela 3 - Distribuição da adequação da subdimensão disponibilidade de medicamentos, segundo grupos farmacológicos, na atenção básica da saúde do Brasil de acordo com as regiões geopolíticas, porte populacional, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) e cobertura de estratégia de saúde da família, Brasil, 2017.

VARIÁVEIS	NÍVEIS DAS VARIÁVEIS	ANTIPARASITÁRIOS				ANTIANÊMICOS				ANTIASMÁTICOS				CONTRACEPTIVOS			
		AD	%	ND	%	AD	%	ND	%	AD	%	ND	%	AD	%	ND	%
	BRASIL	3244	18.1%	14658	81.9%	3585	20.0%	14317	80.0%	3792	21.2%	14110	78.8%	3513	19.6%	14389	80.4%
REGIÕES DO PAÍS <sup>1</sup>	CENTRO OESTE	196	16.9%	966	83.1%	128	11.0%	1034	89.0%	168	14.5%	994	85.5%	224	19.3%	938	80.7%
	NORDESTE	1105	13.4%	7150	86.6%	1455	17.6%	6800	82.4%	1053	12.8%	7202	87.2%	1404	17.0%	6851	83.0%
	NORTE	183	14.1%	1115	85.9%	140	10.8%	1158	89.2%	99	7.6%	1199	92.4%	163	12.6%	1135	87.4%
	SUDESTE	1021	23.8%	3271	76.2%	1186	27.6%	3106	72.4%	1339	31.2%	2953	68.8%	829	19.3%	3463	80.7%
	SUL	739	25.5%	2156	74.5%	676	23.4%	2219	76.6%	1133	39.1%	1762	60.9%	893	30.8%	2002	69.2%
PORTE POPULACIONAL <sup>1</sup>	ATÉ 19.403	979	18.2%	4390	81.8%	1110	20.7%	4259	79.3%	1038	19.3%	4331	80.7%	634	11.8%	4735	88.2%
	DE 19.404 a 97.330	1180	16.5%	5968	83.5%	1132	15.8%	6016	84.2%	1196	16.7%	5952	83.3%	1374	19.2%	5774	80.8%
	≥97.331	1085	20.1%	4300	79.9%	1343	24.9%	4042	75.1%	1558	28.9%	3827	71.1%	1505	27.9%	3880	72.1%
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO <sup>2</sup>	0,00 - 0,599	518	13.1%	3427	86.9%	651	16.5%	3294	83.5%	349	8.8%	3596	91.2%	325	8.2%	3620	91.8%
	0,600 - 0,699	996	15.9%	5269	84.1%	1081	17.3%	5184	82.7%	1058	16.9%	5207	83.1%	1114	17.8%	5151	82.2%
	0,700 - 1	1730	22.5%	5962	77.5%	1853	24.1%	5839	75.9%	2385	31.0%	5307	69.0%	2074	27.0%	5618	73.0%
COBERTURA DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA <sup>3</sup>	BAIXA ESF	1084	20.2%	4277	79.8%	1315	24.5%	4046	75.5%	1426	26.6%	3935	73.4%	1301	24.3%	4060	75.7%
	MÉDIA DE ESF	927	16.5%	4702	83.5%	905	16.1%	4724	83.9%	1162	20.6%	4467	79.4%	1213	21.5%	4416	78.5%
	MAIOR DE ESF	1233	17.8%	5679	82.2%	1365	19.7%	5547	80.3%	1204	17.4%	5708	82.6%	999	14.5%	5913	85.5%

Fonte: Elaborado a partir dos dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), segundo ciclo, 2014

<sup>1</sup>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

<sup>2</sup>Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), IDHM do ano de 2014.

<sup>3</sup>Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS).

Continuação da Tabela 3

VARIÁVEIS	NÍVEIS DAS VARIÁVEIS	ANTI-HIPERTENSIVOS				ANTIDIABÉTICOS				ANTIBIÓTICOS				ANALGÉSICOS				ANTISECRETORES			
		AD	%	ND	%	AD	%	ND	%	AD	%	ND	%	AD	%	ND	%	AD	%	ND	%
	BRASIL	3651	20.4%	14251	79.6%	8313	46.4%	9589	53.6%	1357	7.6%	16545	92.4%	15350	85.7%	2552	14.3%	5679	31.7%	12223	68.3%
REGIÕES DO PAÍS <sup>1</sup>	CENTRO OESTE	144	12.4%	1018	87.6%	678	58.3%	484	41.7%	45	3.9%	1117	96.1%	952	81.9%	210	18.1%	361	31.1%	801	68.9%
	NORDESTE	813	9.8%	7442	90.2%	3187	38.6%	5068	61.4%	401	4.9%	7854	95.1%	6773	82.0%	1482	18.0%	2259	27.4%	5996	72.6%
	NORTE	73	5.6%	1225	94.4%	545	42.0%	753	58.0%	54	4.2%	1244	95.8%	993	76.5%	305	23.5%	385	29.7%	913	70.3%
	SUDESTE	1577	36.7%	2715	63.3%	2466	57.5%	1826	42.5%	457	10.6%	3835	89.4%	3875	90.3%	417	9.7%	1464	34.1%	2828	65.9%
	SUL	1044	36.1%	1851	63.9%	1437	49.6%	1458	50.4%	400	13.8%	2495	86.2%	2757	95.2%	138	4.8%	1210	41.8%	1685	58.2%
PORTE POPULACIONAL <sup>1</sup>	ATÉ 19.403	1231	22.9%	4138	77.1%	2646	49.3%	2723	50.7%	501	9.3%	4868	90.7%	4646	86.5%	723	13.5%	1815	33.8%	3554	66.2%
	19.404 ↔ 97.330	1203	16.8%	5945	83.2%	2586	36.2%	4562	63.8%	388	5.4%	6760	94.6%	5931	83.0%	1217	17.0%	2064	28.9%	5084	71.1%
	≥97.331	1217	22.6%	4168	77.4%	3081	57.2%	2304	42.8%	468	8.7%	4917	91.3%	4773	88.6%	612	11.4%	1800	33.4%	3585	66.6%
ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO <sup>2</sup>	0,00 - 0,599	314	8.0%	3631	92.0%	1327	33.6%	2618	66.4%	156	4.0%	3789	96.0%	3067	77.7%	878	22.3%	1027	26.0%	2918	74.0%
	0,600 - 0,699	1148	18.3%	5117	81.7%	2651	42.3%	3614	57.7%	458	7.3%	5807	92.7%	5316	84.9%	949	15.1%	1932	30.8%	4333	69.2%
	0,700 - 1	2189	28.5%	5503	71.5%	4335	56.4%	3357	43.6%	743	9.7%	6949	90.3%	6967	90.6%	725	9.4%	2720	35.4%	4972	64.6%
COBERTURA DA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA <sup>3</sup>	BAIXA de ESF	1174	21.9%	4187	78.1%	2879	53.7%	2482	46.3%	495	9.2%	4866	90.8%	4595	85.7%	766	14.3%	1756	32.8%	3605	67.2%
	MÉDIA DE ESF	1128	20.0%	4501	80.0%	2460	43.7%	3169	56.3%	299	5.3%	5330	94.7%	4877	86.6%	752	13.4%	1789	31.8%	3840	68.2%
	MAIOR DE ESF	1349	19.5%	5563	80.5%	2974	43.0%	3938	57.0%	563	8.1%	6349	91.9%	5878	85.0%	1034	15.0%	2134	30.9%	4778	69.1%

Fonte: Elaborado a partir dos dados da avaliação externa do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), segundo ciclo, 2014

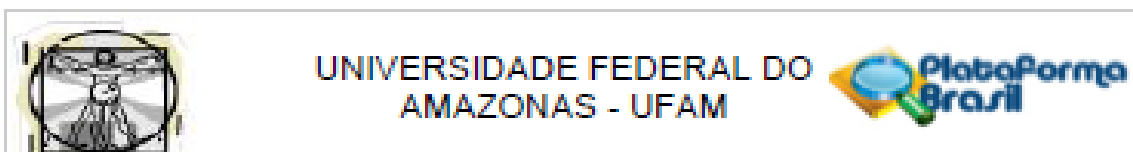
<sup>1</sup>Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)

<sup>2</sup>Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), IDHM do ano de 2014.

<sup>3</sup>Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (DAB/MS).

**ANEXOS**

## ANEXO I – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA DA SAÚDE COM BASE NO PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB)

**Pesquisador:** ANA CYRA DOS SANTOS LUCAS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 63503816.5.0000.5020

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Amazonas - UFAM

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.889.859

#### Apresentação do Projeto:

A proposta deste estudo objetiva fornecer subsídios para a qualificação na organização e estruturação da assistência farmacêutica na atenção básica no âmbito dos serviços municipais do Brasil. Assim, diante das lacunas de conhecimento sobre o desempenho da AF na atenção básica no Brasil, e a necessidade de obter-se tais informações, ditas como estratégicas para a melhoria da AF nos serviços de atenção básica, formula-se o seguinte problema de pesquisa: Qual o desempenho da assistência farmacêutica nos serviços de atenção básica no Brasil, segundo os dados do PMAQ-AB, frente ao preconizado na Política Nacional de Assistência Farmacêutica?

#### Objetivo da Pesquisa:

##### Objetivo Primário:

Avaliar o desempenho da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica no Brasil, segundo a Política Nacional de Assistência Farmacêutica

##### Objetivo Secundário:

- Construir Indicadores de qualidade da Assistência Farmacêutica nos serviços de atenção básica envolvendo questões do módulo I do PMAQAB, ciclo 2-
- Identificar agrupamentos de municípios segundo o desempenho da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, em relação aos indicadores de qualidade.
- Analisar o desempenho da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica,

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Aclanópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (02)3305-5130

Fax: (02)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 1.000.050

segundo as características relacionadas ao sistema de saúde e as demográficas dos municípios.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **Riscos:**

O risco para o anonimato está sempre presente em pesquisas com seres humanos, mas o banco de dados do PMAq não possui registros de identificação dos respondentes aos questionários, o que assegura o seu anonimato. Além disso, os dados, nesta pesquisa, serão tratados de forma conjunta o que diminuirá a possibilidade de exposição de respostas individuais, ainda que não identificadas. Os pesquisadores envolvidos estarão atentos a qualquer medida adicional que possa ser necessária para resguardar a confidencialidade dos dados em relação aos respondentes que originaram o banco do PMAq.

##### **Benefícios:**

Poder fornecer subsídios para o aprimoramento dos aspectos relacionados a AF que serão estudados e com isso, contribuir para a qualificação da mesma no âmbito dos serviços de atenção básica.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

##### **Metodologia Proposta:**

Trata-se de um estudo avaliativo, transversal, com abordagem quantitativa e foco no desempenho da organização da assistência farmacêutica nos serviços de atenção básica no Brasil que foram avaliados pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) ciclo 2. Neste estudo avaliar-se-á as dimensões da estrutura da assistência farmacêutica e da disponibilidade de medicamentos na atenção básica. Os estudos transversais ou de corte transversal são fundamentais dentro da epidemiologia pelo fato de permitirem visualizar a situação de uma população ou de uma realidade em determinado ponto da história, permitindo inclusive realizar ou não associação entre variáveis, estabelecendo relação de causa e efeito. Estes estudos permitem ainda determinar indicadores de saúde de determinada população e geralmente são utilizados para avaliar serviços de saúde (SITTA et al., 2010; ARAGÃO, 2013). A pesquisa avaliativa pode ser entendida como a utilização em conjunto de procedimentos das ciências sociais para a realização de julgamentos sobre programas de intervenção, analisando sua base conceitual e os processos operacionais e sua implementação no contexto no qual se inserem, podendo ainda desdobrar-se em variados tipos de análise, de acordo com o contexto o qual estão se desenvolvendo, entre eles a análise de desempenho (ARREAZA; MORAES, 2010) conforme propõem-se este estudo.

**ÁREA DO ESTUDO:** A área compreendida neste estudo compreende todos os municípios brasileiros

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 1.889/859

em que houve equipes que aderiram ao PMAQ- Ciclo II.

**UNIVERSO DA PESQUISA** Tendo sido de adesão voluntária para a realização das ações de Avaliação Externa do PMAQ-AB, as equipes avaliadas não foram selecionadas de maneira aleatória. Assim, as equipes que compõem o universo da pesquisa, foram aquelas que aderiram ao programa de avaliação proposto pelo Ministério da Saúde. Para este trabalho, o universo da pesquisa será composto por todas as equipes que responderam o questionário do Módulo I da avaliação externa, dentro da fase de certificação das equipes no ciclo 2 do referido programa.

**TÉCNICA DE COLETA DOS DADOS-A** coleta de dados para formação do banco de dados a ser utilizado nesta pesquisa foi realizada no segundo semestre de 2014 em todo o território nacional, por pesquisadores envolvidos com a Avaliação Externa, mediante uso de Instrumento específico (BRASIL, 2013a). Antes da realização da pesquisa de campo, os entrevistadores foram treinados e efetuaram a coleta em todas as unidades de saúde da família que optaram pela adesão ao PMAQ-AB. Durante a pesquisa, ocorreu a aplicação de 4 (quatro) módulos de questionários (BRASIL, 2013a) em meio eletrônico: Módulo I – Observação da unidade de saúde; Módulo II – Entrevista com profissionais da Atenção Básica; Módulo III – Entrevistas com usuários na UBS e; Módulo IV –

Entrevista com o profissional do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2013b).

Na presente proposta de pesquisa serão priorizados os itens do módulo I (ANEXO I) que permitem analisar os aspectos relacionados à assistência

farmacêutica, no âmbito da atenção básica. Assim, as perguntas a serem extraídas do banco e utilizadas nesta pesquisa são as compreendidas no módulo I, na dimensão: "Características estruturais e ambiente da unidade de saúde" e subdimensão: "sobre os ambientes da Farmácia" e na dimensão: "medicamentos componentes da farmácia básica" (BRASIL, 2013a).

**UNIDADES DE ANÁLISE-**As unidades de análise de deste estudo serão as equipes de saúde da família dos municípios do Brasil que participaram da avaliação externa do PMAQ-AB ciclo 2 (dois).

**Critério de Inclusão:** Serão incluídos os dados das equipes que aderiram ao programa.

**Critério de Exclusão:** Serão excluídos os dados das equipes que não estejam completos no banco.

**Metodologia de Análise de Dados:**

Os dados serão processados no programa Microsoft Office Excel e exportados para análise no Software R. Para identificar a associação entre as características acima descritas e o desempenho dos grupos de municípios identificados através da Análise de Agrupamento, será aplicada a análise de correspondência múltipla (ACM). Este tipo de análise converte uma matriz de dados em um tipo particular de representação gráfica em que as linhas e colunas da matriz são simultaneamente representadas em dimensão reduzida, isto é, por pontos num gráfico em que os eixos são os

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

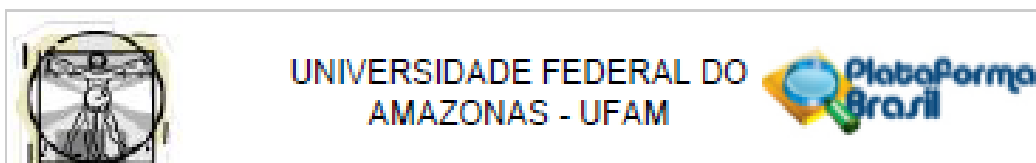
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-5130

Fax: (92)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br



Continuação do Parecer: 1.000.059

fatores ou dimensões criadas no processo (HAIR et al, 2009). Uma vez que a ACM é aplicada estritamente a dados categóricos as variáveis de caracterização dos municípios do estudo serão categorizadas de acordo com a proposta de ARAKAWA, T. (2015),

através de valores médios e percentis para os indicadores relacionados ao sistema de saúde, garantindo categorias que estejam de acordo com a distribuição dos dados na amostra utilizada. As variáveis que representam a caracterização dos municípios de estudo (demográficas e relacionadas aos sistemas de saúde) serão denominadas variáveis ativas por deterem o papel principal na determinação dos resultados disponibilizados no plano fatorial. Feita a descrição do espaço no plano fatorial em função das associações entre as variáveis ativas, será incluída a variável passiva (grupos de municípios segundo desempenho), a fim de investigar sua relação com as ativas (SCATENA et al, 2009, citada por ARAKAWA, T. 2015).

#### Cronograma de Execução

Revisão de Literatura 05/12/2016 30/06/2017

Análise dos dados 01/03/2017 31/05/2017

Elaboração do Relatório Final 01/06/2017 30/06/2017

Coleta de dados 01/02/2017 28/02/2017

Identificação de Orçamento Tipo Valor em Reais (R\$)

Orçamento Financeiro Total em R\$ R\$ 2.580,00

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto em tela provavelmente é um TCC do curso de especialização em Saúde Pública da Flocruz Amazonia- Leônidas e Maria Deane e contém todos os elementos de um estudo científico: Introdução, Objetivos, Metodologia, Cronograma e Orçamento Financeiro.

Folha de Rosto- Contemplada e assinada pela prof. Dra. Luitza Gamelo,

Termo de Anuência - Contemplado.

TCLE - Não se Aplica por se tratar de um estudo com dados secundários.

#### Recomendações:

Não se Aplica

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos de parecer pela Aprovação.SMJ

#### Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Teresina, 4950

Bairro: Adilandópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

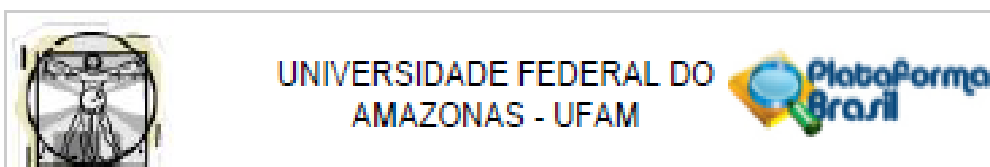
Município: MANAUS

Telefone: (02)3305-5130

Fax: (02)3305-5130

E-mail: cep@ufam.edu.br





Continuação do Parecer: 1.009.059

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_837222.pdf	09/12/2016 18:04:33		Acelto
Folha de Rosto	FRassin.pdf	09/12/2016 18:03:50	ANA CYRA DOS SANTOS LUCAS	Acelto
Outros	Anuencia.pdf	03/12/2016 17:32:11	ANA CYRA DOS SANTOS LUCAS	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoCEP.pdf	03/12/2016 17:28:04	ANA CYRA DOS SANTOS LUCAS	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 12 de Janeiro de 2017

Assinado por:

Elana Maria Pereira da Fonseca  
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 4050  
 Bairro: Adrianópolis CEP: 69.057-070  
 UF: AM Município: MANAUS  
 Telefone: (02)3305-5130 Fax: (02)3305-5130 E-mail: cep@ufam.edu.br