

Diagnóstico Situacional da **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL**

UMA SÍNTESE DE
EVIDÊNCIAS NO
CONTEXTO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE

ACESSE
A VERSÃO
DIGITAL



ORGANIZADORAS

Tatiana Chama Borges Luz

Noemia Urruth Leão Tavares



GEESA
FIOCRUZ MINAS



 **Universidade de Brasília**

 **Instituto
René Rachou
FIOCRUZ MINAS**

PMA
DISSEMINANDO
CIÊNCIA EM
SAÚDE PÚBLICA

 **FIOCRUZ**

SUS 

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO



Tatiana Luz

Há mais de dez anos vem realizando pesquisas em Assistência Farmacêutica, Políticas Farmacêuticas, Estudos de Utilização de Medicamentos e Farmacoepidemiologia, segundo as perspectivas de planejamento, gestão, implementação e avaliação de políticas e programas, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde. As investigações incluem a compreensão das necessidades e dos determinantes biopsicossociais e contextuais da saúde da população usuária do SUS nos territórios.

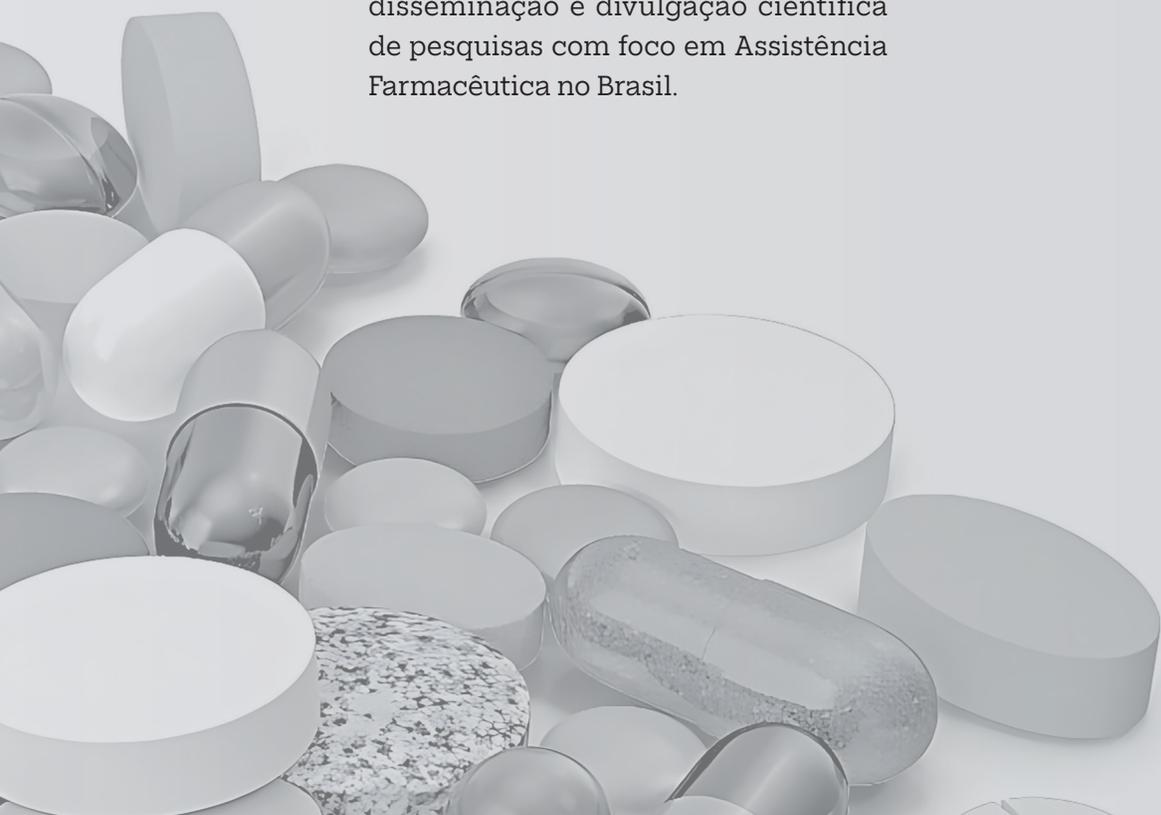


Noemia Tavares

A trajetória profissional é alicerçada no desenvolvimento de pesquisas com ênfase na área de Política e Sistemas de Saúde em especial as Políticas Farmacêuticas, bem como o estudo sobre o acesso e uso de medicamentos pela população brasileira. Atuou como gestora da Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica no Departamento de Assistência Farmacêutica do MS que faz a gestão federal das políticas de Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no SUS.



Este livro apresenta um panorama atual da implementação da Assistência Farmacêutica municipal no contexto da Atenção Primária, no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das evidências disponíveis sobre o tema no Brasil. Os resultados foram organizados em cinco componentes: Gestão Estratégica, Gestão Técnica, Gestão Local, Cuidado Farmacêutico e Resultados Seleccionados. As informações podem ser aplicadas aos municípios, como instrumento para subsidiar o planejamento e a gestão, bem como apoio à tomada de decisão e, ainda, para apoiar o desenvolvimento de políticas farmacêuticas adequadas às necessidades de saúde da população. O livro é caracterizado, ainda, como material técnico-pedagógico de disseminação e divulgação científica de pesquisas com foco em Assistência Farmacêutica no Brasil.



Diagnóstico Situacional da **ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL**

UMA SÍNTESE DE
EVIDÊNCIAS NO
CONTEXTO DA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE

ORGANIZADORAS

Tatiana Chama Borges Luz

Noemia Urruth Leão Tavares



GEESA
FIOCRUZ MINAS



 Universidade de Brasília

 Instituto
René Rachou
FIOCRUZ MINAS

PMA
DISSEMINANDO
CIÊNCIA EM
SAÚDE PÚBLICA

 FIOCRUZ

SUS 

MINISTÉRIO DA
SAÚDE

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
UNIÃO E RECONSTRUÇÃO



Sem evidências científicas, você é apenas uma pessoa com uma opinião.

William Edwards Deming (1900-1993)

Estatístico, professor universitário e consultor em negócios americano

Catálogo-na-fonte

Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ

Biblioteca do IRR

CRB/6 3740

L979d Luz, Tatiana Chama Borges.

2023

Diagnóstico Situacional da Assistência Farmacêutica Municipal: uma síntese de evidências no contexto da Atenção Primária à Saúde/Tatiana Chama Borges Luz (org.) – Belo Horizonte: Instituto René Rachou, 2023.

247 p il.: 160 x 230 mm.

ISBN: 978-65-994869-3-7

1. Assistência Farmacêutica. 2. Diagnóstico Situacional. 3. Gestão em Saúde. 4. Medicamentos para Atenção Básica. I. Tavares, Noemia Urruth Leão (Org.). II. Título

CDD – 22. ed. – 615.12

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Nísia Trindade Lima

PRESIDÊNCIA DA FIOCRUZ
Mario Santos Moreira

VICE-PRESIDÊNCIA DE PESQUISA E COLEÇÕES BIOLÓGICAS
Rodrigo Correa de Oliveira

PROGRAMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS E MODELOS DE ATENÇÃO E GESTÃO À SAÚDE – PMA/VPCCB

Beatriz da Costa Soares
Edjane Alves de Santana
Glória Maria dos Santos Rodrigues
Isabela Soares Santos
Isabella Koster
Laís Sousa Jannuzzi
Roberta Argento Goldstein
Rosane Marques de Souza
pma@fiocruz.br

INSTITUTO RENÉ RACHOU
Roberto Sena Rocha

**PESQUISA “PROJETO PLANEJA MINAS. POLÍTICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIAS
PARA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA MUNICIPAL: APLICAÇÃO DE METODOLOGIAS
PARTICIPATIVAS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”**

EQUIPE DE PESQUISA

Tatiana Chama Borges Luz
(coordenadora geral)
Noemia Urruth Leão Tavares
(coordenadora adjunta)
Betania Barros Cota
Elizabeth Moreira dos Santos
Jans Bastos Izidoro
Letisa Comparin Dalla Nora
Maria Eduarda Carrupt de Almeida
Rafaella de Oliveira Santos Silva
Sabrina Cerqueira Santos
Thaciana dos Santos Alcântara

REVISÃO

Tatiana Chama Borges Luz
Noemia Urruth Leão Tavares
Betania Barros Cota
Letisa Comparin Dalla Nora
Rafaella de Oliveira Santos Silva
Thaciana dos Santos Alcântara

PROJETO GRÁFICO E DIAGRAMAÇÃO
Thapcom Design + Ideias®

ELABORAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

Tatiana Chama Borges Luz
Noemia Urruth Leão Tavares
Betania Barros Cota
Elizabeth Moreira dos Santos
Jans Bastos Izidoro
Letisa Comparin Dalla Nora
Maria Eduarda Carrupt de Almeida
Rafaella de Oliveira Santos Silva
Sabrina Cerqueira Santos
Thaciana dos Santos Alcântara

Este trabalho é resultado de uma parceria interinstitucional. Foi realizado com base em dados de pesquisas conduzidas pelo Grupo de Estudos Transdisciplinares em Tecnologias em Saúde e Ambiente (GETESA) da Fiocruz Minas, de publicações científicas e de documentos oficiais. Recebeu apoio da Fundação Oswaldo Cruz/ Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas/ Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde – Fiocruz/VPCCB/PMA.

AUTORES

Betania Barros Cota. Farmacêutica e Mestre em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutora em Ciências da Saúde pelo Instituto René Rachou (IRR/Fiocruz Minas). Pesquisadora titular do Grupo de Estudos Transdisciplinares em Tecnologias em Saúde e Ambiente (GETESA/IRR/Fiocruz Minas).

Elizabeth Moreira dos Santos. Médica pela Universidade de Brasília (UnB), Mestre em Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) e PhD em Community Health pela Universidade de Illinois (EUA). Professora da Faculdade Cesgranrio e pesquisadora colaboradora no Laboratório de Situações Endêmicas Regionais (LASER/ENSP/Fiocruz/RJ).

Jans Bastos Izidoro. Farmacêutico e Mestre em Medicamentos e Assistência Farmacêutica pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Diretor de Medicamentos Básicos da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG).

Letisa Comparin Dalla Nora. Farmacêutica e Bioquímica pela Universidade Paulista (UNIP). Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília (UnB). Analista Técnica de Políticas Sociais da Superintendência Estadual do Ministério da Saúde em Goiás (SEMS/GO).

Maria Eduarda Carrupt de Almeida. Acadêmica do curso de Farmácia da Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP). Bolsista de Iniciação Científica do Grupo de Estudos Transdisciplinares em Tecnologias em Saúde e Ambiente do Instituto René Rachou (GETESA/IRR/Fiocruz Minas).

Noemia Urruth Leão Tavares. Farmacêutica pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande (FURG) e Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Adjunta do Departamento de Farmácia da Universidade de Brasília (UnB) e docente do quadro permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília e Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Brasília (FS/UnB/DF). Pesquisadora do Laboratório de Estudos Farmacêuticos da Universidade de Brasília (LEFAR/UnB).

Rafaella de Oliveira Santos Silva. Farmacêutica, Mestre e Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Pesquisadora e Pós-Doutoranda do Grupo de Estudos Transdisciplinares em Tecnologias em Saúde e Ambiente do Instituto René Rachou (GETESA/IRR/Fiocruz Minas).

Sabrina Cerqueira Santos. Farmacêutica, Mestre e Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Professora Adjunta do curso de Farmácia da Universidade Federal de Juiz de Fora - Campus Governador Valadares (UFJF-GV).

Tatiana Chama Borges Luz. Farmacêutica pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestre, Doutora e Pós-Doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Pós-Doutora pelo Karolinska Institutet (Suécia). Docente permanente do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto René Rachou (IRR/Fiocruz/MG). Líder e pesquisadora titular do Grupo de Estudos Transdisciplinares em Tecnologias em Saúde e Ambiente (GETESA/IRR/Fiocruz Minas).

Thaciana dos Santos Alcântara. Farmacêutica, Mestre em Ciências da Saúde, Doutora e Pós-Doutora em Ciências Farmacêuticas pela Universidade Federal de Sergipe (UFS). Pesquisadora, Pós-Doutoranda do Grupo de Estudos Transdisciplinares em Tecnologias em Saúde e Ambiente do Instituto René Rachou (GETESA/IRR/Fiocruz Minas).

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos, inicialmente, de agradecer ao apoio financeiro da Fiocruz por meio do Edital 2020, com foco na Atenção Primária de Saúde, do Programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (PMA/VPPCB/Fiocruz).

Agradecemos à equipe da gestão do Programa PMA pelo acompanhamento técnico-científico e administrativo-financeiro durante todo o processo de elaboração deste livro, em especial a Isabela Santos, Roberta Goldstein, Rosane Souza, Glória Rodrigues, Beatriz Soares, Edjane Santana, Laís Januzzi e Isabella Koster.

Nossos agradecimentos ao Instituto René Rachou, também conhecido como Fiocruz Minas, em especial ao nosso Diretor, Dr. Roberto Sena Rocha, e às vice-Diretorias de Gestão e Desenvolvimento Institucional, de Pesquisa e de Ensino, pelos apoios financeiro, de infraestrutura, de logística e técnico. Reconhecemos também as equipes do Serviço de Apoio a Projetos (SAPRO), da Secretaria Administrativa (SECAD) e do Serviço de Informática (SINFO), pelo suporte e presteza no atendimento das nossas inúmeras demandas.

Agradecemos também à Universidade de Brasília, por meio do LEFAR¹, pelo apoio a consolidação da parceria institucional com o GETESA².

1 Laboratório de Estudos Farmacêuticos (LEFAR/FS/UnB)

2 Grupo de Estudos Transdisciplinares em Tecnologias em Saúde e Ambiente (GETESA/IRR/Fiocruz Minas)

Somos gratos aos profissionais que participaram das etapas iniciais do desenvolvimento desse livro, em especial: Josiane Moreira da Costa, Euglébia Andrade de Oliveira, Marcela Alves de Abreu, Ana Karine Sarvel de Castro e Isabela Cristina Marques.

Importante destacar que durante a realização de várias pesquisas coordenadas pelo nosso grupo, o GETESA, cujos resultados também compõem essa obra, obtivemos o apoio de diversas instâncias, como a própria Fiocruz³, a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG⁴), o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, as Secretarias Municipais de Saúde e o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS/MG). A todos, o nosso muito obrigado!

Por fim, agradecemos a todos os gestores e profissionais de saúde e usuários do SUS que nos confiaram seus dados, percepções, experiências e vivências durante a realização de nossas pesquisas. Esperamos que este livro possa ajudar a construir soluções otimizadas às necessidades dos territórios e, portanto, aptas a efetivar um atendimento e assistência cada vez melhores em nosso sistema de saúde.

3 Editais Inova Fiocruz/Geração de Conhecimento/2018; PAPES VII/CNPq

4 Editais Universal Fapemig/2013; Universal Fapemig/2016; PPSUS/Fapemig/2017

PREFÁCIO

Jorge Antônio Zepeda Bermudez

Médico, Doutor em Saúde Pública

Pesquisador em Saúde Pública

Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz/RJ)

Vejo a oportunidade de escrever este Prefácio como um privilégio!

O que poderíamos esperar de um livro organizado por duas grandes pesquisadoras e professoras com altíssima capacitação acadêmica e vivência profissional na gestão da assistência farmacêutica, Tatiana Chama Borges Luz e Noemia Urruth Leão Tavares? Não bastasse a experiência das organizadoras, elas conseguiram juntar e coordenar um grupo de cerca de dez autor(e/a)s que contribuíram decisivamente para esta compilação, que passa a ser leitura obrigatória para gestores na Atenção Primária à Saúde. Este livro passa a ser destaque e referência no acervo de publicações, no Brasil e no mundo, que, nos últimos 25 anos, entenderam a importância estratégica da assistência farmacêutica e do acesso a medicamentos no contexto da saúde coletiva e das políticas e sistemas de saúde.

O título em si já nos provoca a leitura: “Diagnóstico Situacional da Assistência Farmacêutica Municipal. Uma síntese de evidências no contexto da Atenção Primária à Saúde”. A leitura da página com o Sumário já nos alerta para a essencialidade da leitura que estamos a iniciar. A apresentação, o percurso metodológico e o modelo lógico nos fornecem o necessário marco para a leitura. O caminho percorrido pela gestão estratégica da assistência farmacêutica e a gestão técnica do medicamento; o cuidado farmacêutico e a gestão local, peças tão importantes e necessárias nos nossos sistemas de saúde, são cuidadosamente apresentados e discutidos com maestria. Resultados selecionados e a discussão da disponibilidade, do uso racional e/ou uso seguro de medicamentos nos trazem um tema da maior atualidade.

Já no início da Apresentação, as autoras nos lembram como o processo de descentralização da política de saúde no Brasil determinou o aumento na participação dos municípios, mas sem considerar as limitações naturais em termos de planejamento, a inadequação de estruturas físicas e dos recursos humanos e financeiros. A defesa da utilização de evidências científicas acarreta enormes desafios a serem enfrentados. Esse desafio é abordado e enfrentado na elaboração dos textos que compõem este livro.

Uma série de questões norteadoras levaram à elaboração do diagnóstico situacional da Assistência Farmacêutica municipal no contexto da Atenção Primária à Saúde, dentre as quais destacam-se a estrutura organizacional e operacional básica, a gestão e os arranjos de governança, os sistemas de abastecimento e de cuidados farmacêuticos, a organização dos serviços e os resultados e impactos em termos de disponibilidade, uso seguro e racional de medicamentos. Com vistas ao diagnóstico situacional, as autoras procederam a um extenso levantamento e consulta bibliográfica que enriquece sobremaneira esta publicação, levando à elaboração do modelo lógico da assistência farmacêutica municipal na atenção primária à saúde. A elaboração teórica é realmente um primor, e um dos capítulos é dedicado à proposta de modelo lógico, muito bem detalhado e justificando ainda o uso de modelos lógicos como ferramentas de planejamento e monitoramento.

A descrição básica dos instrumentos de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde é associada à gestão da assistência farmacêutica no nível municipal, compondo todo um capítulo à parte, discutindo a necessidade de integrar a assistência farmacêutica no sistema de saúde municipal, mas ao mesmo tempo questionando se este fato assegura a capacidade de governança. O financiamento e a execução orçamentária são questões abordadas com muita propriedade. Cabe ressaltar que a operacionalização do financiamento do acesso aos medicamentos na rede de saúde do SUS é realizada em seus três componentes: Estratégico, Especializado e Básico, mais recentemente agravado pelo cenário de restrições orçamentárias/financeiras e o crônico subfinanciamento do SUS, que reflete no financiamento da assistência farmacêutica.

A força do trabalho e quais são os profissionais envolvidos na assistência farmacêutica municipal na atenção primária levantam toda uma reflexão estratégica nesta publicação.

Cabe ressaltar a importância levantada quanto à seleção, programação e aquisição de medicamentos no ciclo logístico da assistência farmacêutica, incluindo depoimentos de diversos profissionais envolvidos nestas ações. Diversos outros aspectos são descritos, detalhados e discutidos nesta publicação de maneira enriquecedora, incluindo os serviços clínico-assistenciais e técnico-pedagógicos, a gestão local com as necessidades de infraestrutura e organização das unidades de dispensação.

Cada capítulo apresenta suas considerações finais, razão pela qual a riqueza dos dados apresentados, os achados e os desafios são muito bem comentados. Constam também as referências bibliográficas de cada um dos capítulos. Os últimos capítulos apresentam resultados selecionados, munidos de dados muito claros e ilustrativos, em especial quanto à disponibilidade de medicamentos nos serviços de dispensação, uso racional e uso seguro de medicamentos.

Tentando resumir, este é um livro de fácil leitura, mas munido de muitos dados ilustrativos, o que nos coloca frente a frente com nossa realidade e os desafios a superar. Em especial neste momento político da retomada do diálogo entre os diferentes níveis de gestão do nosso SUS, da prioridade para políticas sociais e da superação das desigualdades, recomendamos sua leitura a todos aqueles que quiserem entender os desafios da assistência farmacêutica municipal, pois tenho a certeza de que todos os leitores encontrarão seus espaços de discussão, de participação e, quem sabe, de contribuir para a melhoria das condições de saúde de nossas populações.

Cumprimentamos efusivamente os/as autor(e/a)s, as organizadoras em especial, pela lucidez com que decidiram colocar em marcha uma ideia que certamente será muito bem acolhida e que estará contribuindo para uma sociedade mais justa e um Brasil mais solidário.

SUMÁRIO

UNIDADE 1

INTRODUÇÃO

- 1. Apresentação..... **15**
- 2. Percurso metodológico..... **18**
- 3. Modelo lógico da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde **38**

UNIDADE 2

GESTÃO ESTRATÉGICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- 4. Participação institucional..... **57**
- 5. Financiamento e execução orçamentária..... **68**
- 6. Força de trabalho..... **79**

UNIDADE 3

GESTÃO TÉCNICA DO MEDICAMENTO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- 7. Seleção de medicamentos **93**
- 8. Programação de medicamentos **103**
- 9. Aquisição de medicamentos **115**



UNIDADE 4

O CUIDADO FARMACÊUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

10. Serviços clínico-assistenciais e técnico-pedagógicos **127**

UNIDADE 5

GESTÃO LOCAL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

11. Infraestrutura das unidades de dispensação **145**

12. Organização das unidades de dispensação **166**

UNIDADE 6

RESULTADOS SELECIONADOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

13. Disponibilidade de medicamentos **189**

14. Uso racional de medicamentos **204**

15. Uso seguro de medicamentos **222**

CONCLUSÃO

16. Desafios e perspectivas da Assistência Farmacêutica Municipal..... **243**





UNIDADE 1

INTRODUÇÃO

- 1. Apresentação**
- 2. Percurso metodológico**
- 3. Modelo lógico da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde**

1

Apresentação

Tatiana Luz, Betania Cota e Noemia Tavares

A reorientação da Assistência Farmacêutica (AF), com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), está completando 25 anos. Ao longo desse tempo, muitos avanços foram alcançados, mas desafios importantes ainda persistem, especialmente no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

Pesquisas realizadas no Brasil vêm sistematicamente apontando para problemas gerenciais e organizacionais nos serviços farmacêuticos municipais relacionados à APS. O processo de descentralização da política de saúde no Brasil é um dos seus fatores determinantes, na medida em que aumentou a participação dos municípios na provisão de serviços de saúde, sem, contudo, considerar as limitações em termos de capacidade de planejamento, de recursos humanos e financeiros, as dificuldades de acesso e uso de tecnologias e a inadequação das estruturas físicas locais.

É preciso reconhecer, por outro lado, que os gestores e os profissionais da AF municipal têm atribuições e responsabilidades complexas relacionadas tanto à logística de medicamentos quanto à assistência aos usuários, e que o planejamento das ações nem sempre ocorre com base em metodologias robustas, uma vez que propostas de intervenção bem delineadas costumam requerer a combinação de saberes distintos e tempo. Nesse cenário, o uso das melhores evidências científicas disponíveis é uma estratégia importante para qualificar e garantir a efetividade das ações e serviços da AF na APS ofertados aos usuários do SUS.

O uso sistemático de evidências científicas na formulação e implementação das políticas de saúde apresenta vários desafios, desde dificuldades de adaptação e aplicação do conhecimento científico pelos tomadores de decisão e profissionais, ao baixo nível de interação entre política e pesquisa.

Se por um lado, não é algo novo o reconhecimento de que as informações científicas devem ser consideradas elementos importantes para o planejamento e delineamento de políticas, programas e ações em saúde, por outro, sabe-se que o uso sistemático dos resultados de pesquisas científicas para essas finalidades é ainda incipiente no Brasil, especialmente no contexto da AF.

Este livro é parte do projeto intitulado “Projeto Planeja Minas. Políticas baseadas em evidências para Assistência Farmacêutica Municipal: aplicação de metodologias participativas no contexto da Atenção Primária à Saúde”. Particularmente, a publicação é o resultado de um esforço coletivo de especialistas provenientes de instituições federais, estaduais e universidades para contribuir na translação e disseminação do conhecimento das evidências científicas disponíveis até o momento sobre a AF na APS, de maneira clara, leve e coerente, oferecendo, ainda, uma análise objetiva e sintética dos dados de pesquisa originados por diversas fontes.

Procurou-se portanto, a partir das melhores evidências disponíveis, contextualizar e tecer considerações sobre implementação da AF na APS sob a perspectiva temática abordada em cada capítulo, refletindo-se, ainda, sobre os principais problemas e desafios encontrados. As análises apresentadas trazem uma visão das potencialidades e fragilidades da AF na APS e têm as seguintes aplicações práticas:

- Identificar as barreiras e os desafios para a gestão e o planejamento da AF municipal no contexto da APS;
- Auxiliar na priorização dos problemas a serem solucionados e estratégias de enfrentamento;
- Subsidiar a elaboração de políticas farmacêuticas e programas específicos;
- Apoiar o delineamento de planos de monitoramento e de avaliação.

O livro se inicia com o detalhamento da metodologia adotada na sua elaboração, seguido do diagnóstico situacional da AF na APS, que por sua vez, é composto por dois componentes complementares: o modelo lógico da AF na APS e a síntese de evidências nesse contexto.

O modelo lógico da AF na APS é apresentado no **Capítulo 3**, que detalha, ainda, todos os aspectos teórico-conceituais e as etapas de sua elaboração. Já a síntese de evidências é apresentada nos capítulos subsequentes e foi organizada de acordo com o modelo lógico, considerando cinco componentes da AF:



O último capítulo contém os principais achados da síntese de evidências e apresenta propostas de encaminhamento diante dos desafios encontrados.

Esse livro é endereçado especialmente aos formuladores de políticas farmacêuticas, aos tomadores de decisão, aos gestores, aos profissionais da AF e equipes multiprofissionais, principalmente aqueles em atuação na APS, sendo também útil a todos aqueles interessados nessa temática.

Esperamos que esta publicação seja uma fonte de consulta e um estímulo à reflexão, provocando questionamentos da situação apresentada diante das realidades vivenciadas nos mais diversos territórios brasileiros, gerando, assim novos *insights*, perspectivas e possibilidades para o planejamento da AF mais eficiente e voltado às necessidades da população.

2

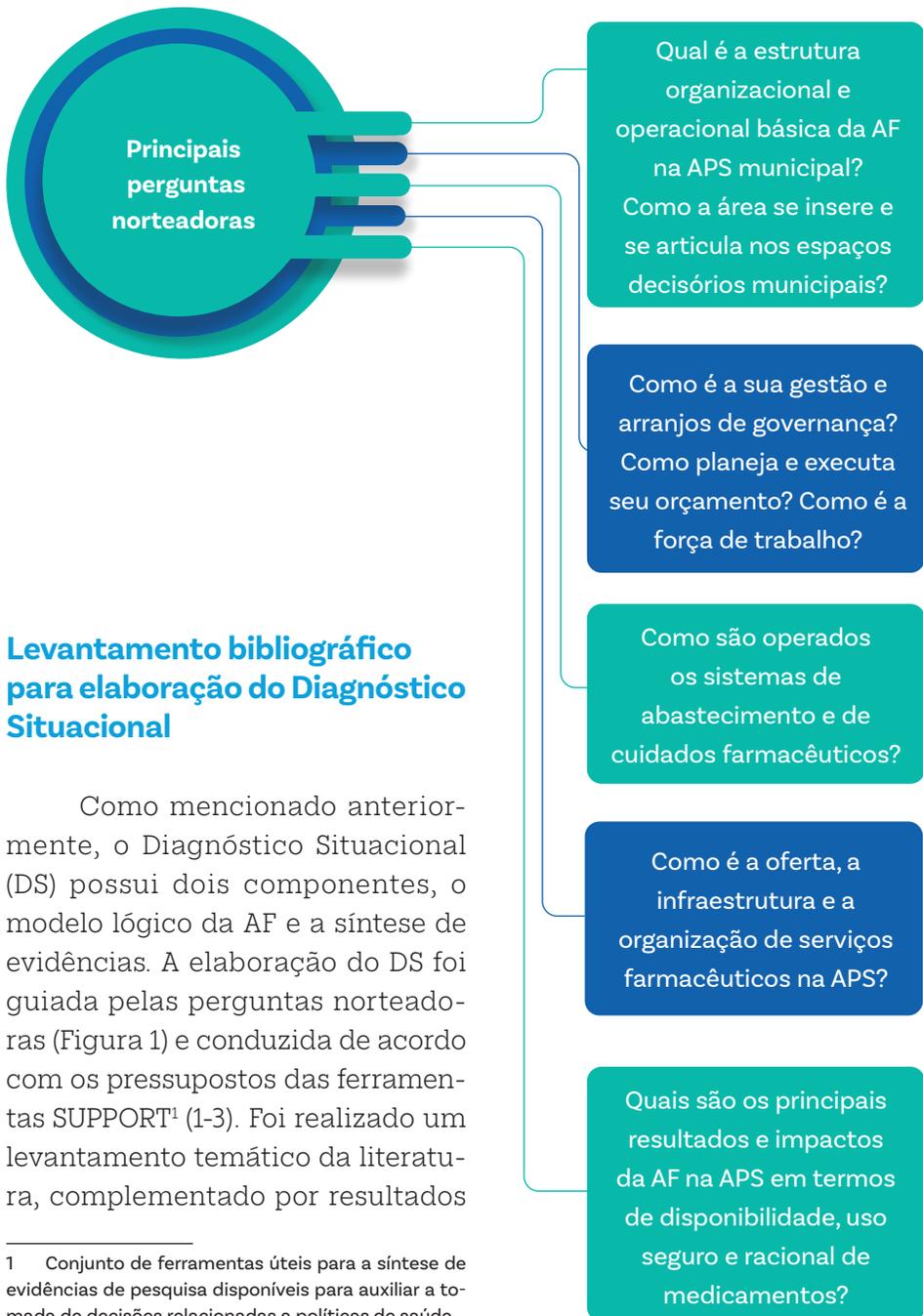
Percurso metodológico

Tatiana Luz, Betania Cota e Noemia Tavares

Este diagnóstico situacional da Assistência Farmacêutica (AF) no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) foi delineado para fornecer um panorama da implementação dessa área estratégica para o Sistema Único de Saúde (SUS) na esfera municipal no Brasil. A análise aqui apresentada permite alcançar uma visão ampliada da realidade da AF e um melhor conhecimento de seus desafios. Em conjunto, essas informações se constituem na fundamentação técnico-científica necessária para a construção de políticas públicas baseadas em evidências e em modelos gerenciais potentes, pautados na definição clara de prioridades, em propostas concretas de organização e/ou reorganização e no planejamento de ações que visem garantir uma maior efetividade na gestão da AF nos diferentes territórios do país.

Nesse livro, o diagnóstico situacional é composto por dois componentes complementares: o modelo lógico da AF na APS e a síntese de evidências nesse contexto. Várias questões nortearam a elaboração do diagnóstico situacional, como por exemplo: qual é a estrutura organizacional e operacional básicas da AF na APS municipal? Como a área se insere e se articula nos espaços decisórios municipais? A Figura 1 apresenta um resumo das principais questões norteadoras.

FIGURA 1 – Resumo das principais questões norteadoras da elaboração do diagnóstico situacional da Assistência Farmacêutica municipal no contexto da Atenção Primária à Saúde



Levantamento bibliográfico para elaboração do Diagnóstico Situacional

Como mencionado anteriormente, o Diagnóstico Situacional (DS) possui dois componentes, o modelo lógico da AF e a síntese de evidências. A elaboração do DS foi guiada pelas perguntas norteadoras (Figura 1) e conduzida de acordo com os pressupostos das ferramentas SUPPORT¹ (1-3). Foi realizado um levantamento temático da literatura, complementado por resultados

1 Conjunto de ferramentas úteis para a síntese de evidências de pesquisa disponíveis para auxiliar a tomada de decisões relacionadas a políticas de saúde.

selecionados de projetos de pesquisa². O levantamento da literatura incluiu a análise de diversos tipos de documentos:

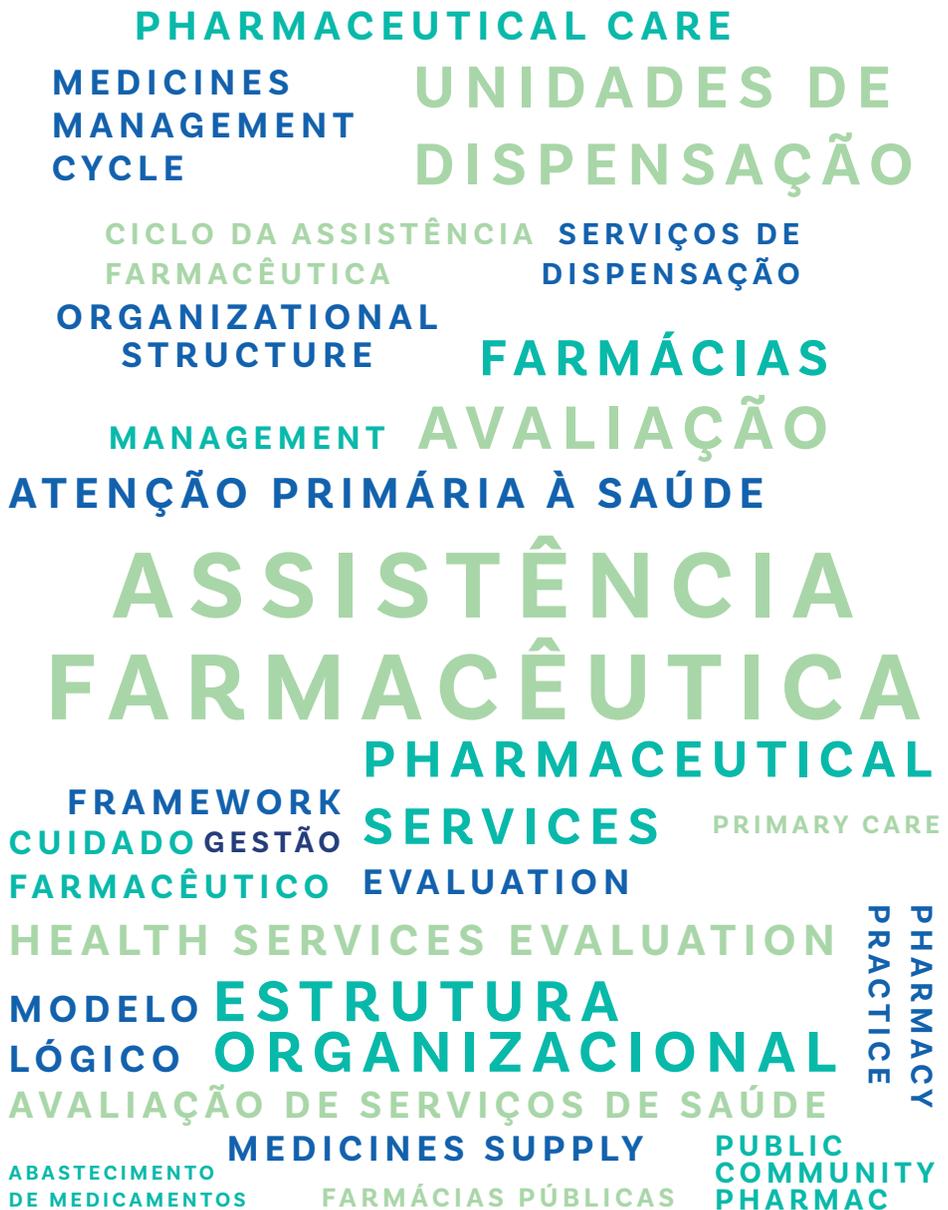
- Legislação brasileira, guias, relatórios e documentos oficiais relacionados à AF e publicados pelo Ministério da Saúde, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS, pelo Conselho Federal de Farmácia – CFF.
- Guias e protocolos elaborados por organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Management Science for Health (MSH) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).
- Artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais. Esses documentos foram incluídos por se tratar de trabalhos submetidos a revisão por pares, com ampla circulação (4).

A legislação, os guias, relatórios, documentos oficiais e protocolos foram pesquisados nos sites oficiais das instituições e em ferramentas de busca de arquivos armazenados em servidores da Internet. Complementarmente, foram pesquisadas nesses sites, exemplos de figuras representando esquemas e modelos lógicos da AF na APS.

Já a literatura especializada foi levantada por meio de pesquisas de artigos listados nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (<https://bvsalud.org/>) e do Public Medical – PubMed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>). Foram pesquisados artigos científicos publicados entre os anos de 2015 e 2021. A busca foi norteada pelos seguintes descritores em português e em inglês, utilizados de forma isolada e em diferentes combinações:

2 Projetos de pesquisa que embasam o DS: (1) Projeto MedMinas. Assistência Farmacêutica Básica em Minas Gerais: avaliação dos serviços e do provimento e uso de medicamentos, financiado pelo Edital PP-SUS/Fapemig/2017; (2) Projeto ERAF. Avaliação retrospectiva, situacional e prospectiva da Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais, financiado pelo Programa Inova Fiocruz, Edital Geração de Conhecimento/2018; (3) Projeto Servir: Avaliação do papel de serviços farmacêuticos no acesso a medicamentos em Divinópolis, Minas Gerais, financiado pelo Edital Universal/Fapemig/2013. Esses projetos foram incluídos porque trazem resultados importantes sobre a implementação da AF na APS municipal e obedecem aos critérios de qualidade estabelecidos nos protocolos STROBE e COREQ.

FIGURA 2 - Nuvem de palavras com os descritores da busca bibliográfica realizada para elaboração do diagnóstico situacional



Foi feita uma pré-seleção dos trabalhos localizados nas bases bibliográficas pelo título e resumo e aqueles que preencheram os critérios de inclusão foram lidos na íntegra³ (n= 41 trabalhos). A seleção final dos trabalhos que compuseram a síntese de evidências foi feita com base nos critérios de qualidade estabelecidos em dois protocolos: STROBE (5) para estudos quantitativos e COREQ (6) para trabalhos qualitativos. Dessa forma, do conjunto de artigos, foram incluídos apenas os trabalhos que apresentaram adequadamente:

1. Referencial teórico, justificativa para execução do trabalho e objetivos;
2. Área, delineamento do estudo, procedimentos amostrais, seleção da população de estudo / participantes, fontes de dados, instrumentos;
3. Detalhamento da coleta de dados, período e técnica de coleta, duração do trabalho de campo;
4. Técnicas analíticas utilizadas, apresentação e interpretação dos resultados;
5. Limitações do estudo e generalização / extrapolação dos resultados.

O modelo lógico da Assistência Farmacêutica Municipal na Atenção Primária à Saúde

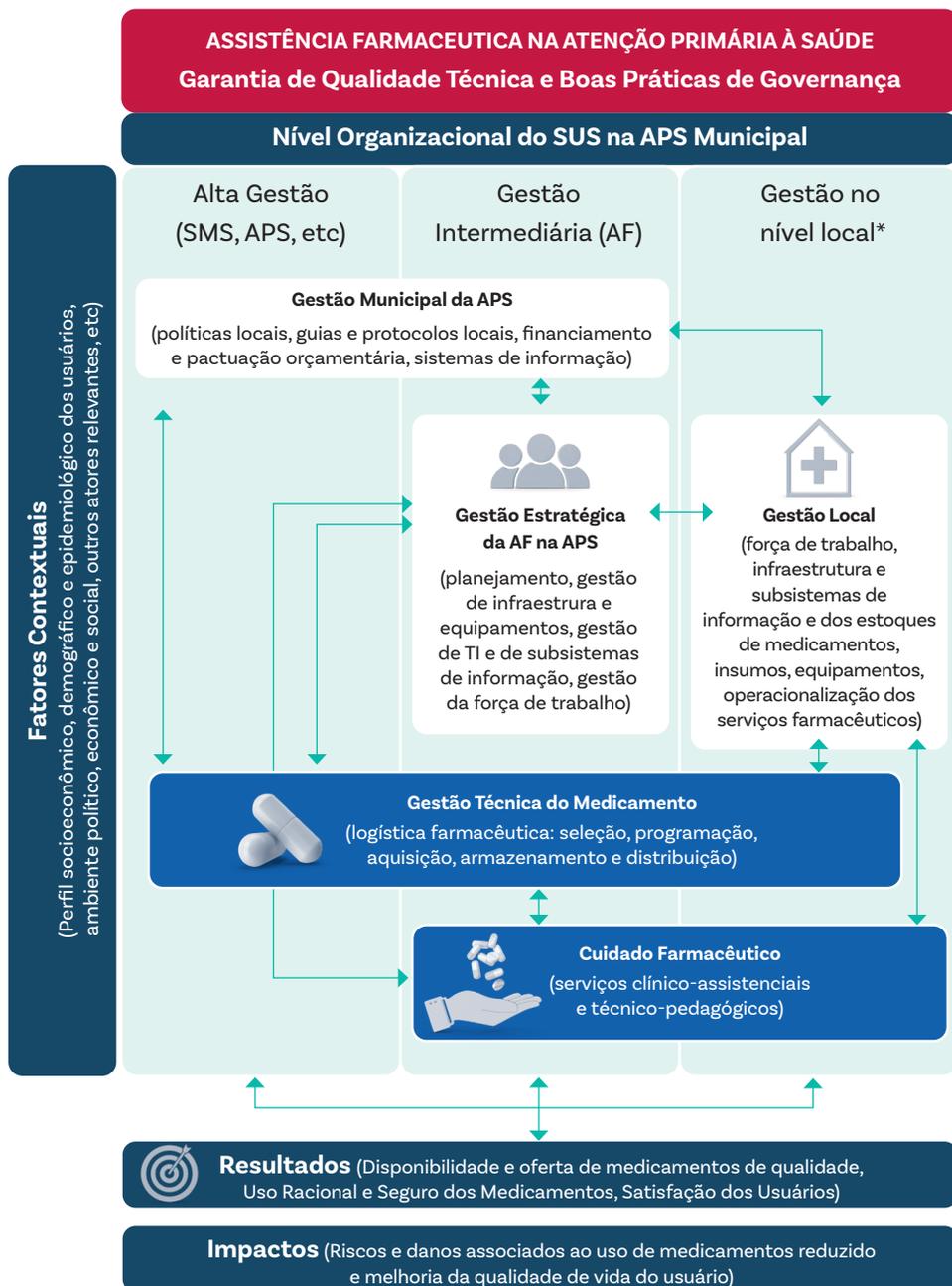
O modelo lógico da AF na APS foi elaborado na perspectiva da abordagem sistêmica (7) e na literatura levantada, buscando-se compreender como a AF opera e se inter-relaciona na APS municipal de acordo com os seus principais componentes e escopo, atores-chave, resultados e impactos esperados, além dos principais fatores que podem afetar o desempenho da área.

Foram propostas diversas versões do modelo que foram debatidas em rodadas de discussão até que se chegasse à validação de sua versão

3 Foram incluídos trabalhos que buscaram responder as perguntas norteadoras do estudo. Trabalhos de relato de experiências e relato de casos, em função da limitação em relação à aplicabilidade dos resultados em locais e contextos diferentes dos que foram estudados foram excluídos. Também foram excluídos trabalhos que avaliaram serviços farmacêuticos relacionados à APS que não são gerenciados pela AF municipal de acordo com as diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde(4, 5); trabalhos com foco no programa Farmácia Popular(6); artigos com pacientes oriundos de serviços privados ou clínicas de farmácias-escola e aqueles com conduzidos com usuários menores de 18 anos de idade, pois nesses estudos as respostas são fornecidas usualmente por informantes secundários e isso pode introduzir vieses na pesquisa(7). Além desses, os artigos de revisão foram excluídos da síntese porque: (1) baseiam-se em critérios próprios para seleção de publicações, sendo que essa lista incorpora trabalhos que estão fora do limite temporal estabelecido para esse diagnóstico (2015 a 2021); (2) essas publicações podem conter um ou mais estudos já incorporados na síntese, gerando duplicidade.

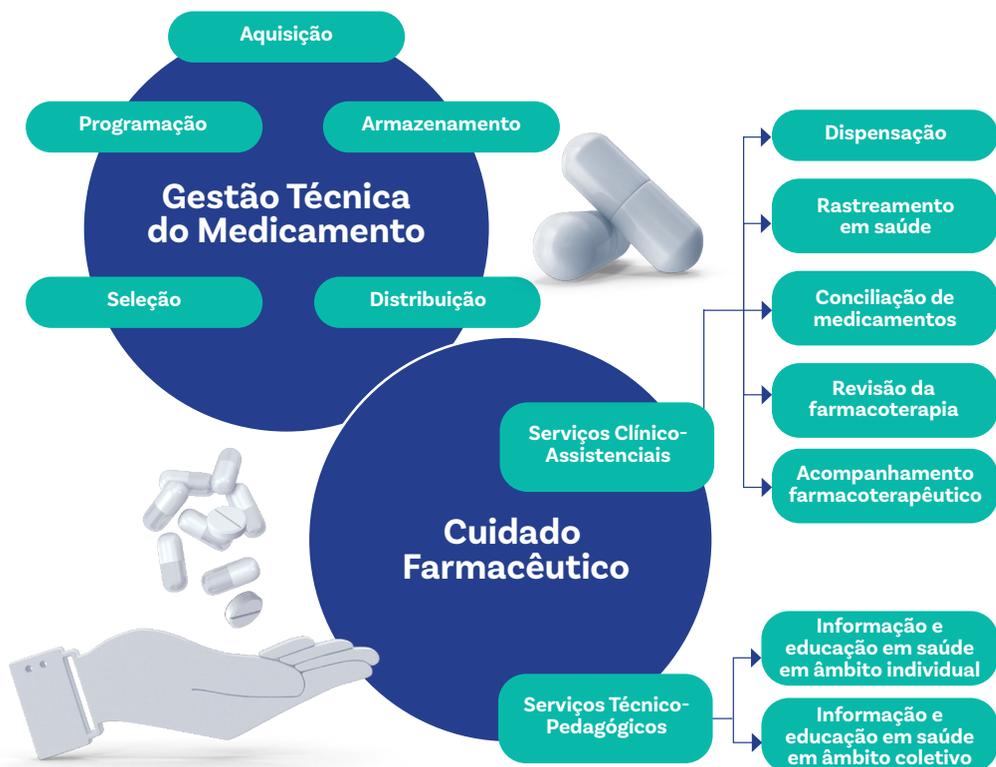
final, obtida por consenso (Figuras 3 e 4). Detalhamentos sobre o modelo estão apresentados no **Capítulo 3**.

FIGURA 3 - Modelo Lógico da Assistência Farmacêutica Municipal na Atenção Primária à Saúde



Nota: *Unidades de dispensação e demais pontos de atenção que oferecem serviços coordenados por farmacêuticos.

FIGURA 4 - Detalhamento das dimensões Gestão Técnica do Medicamento e do Cuidado Farmacêutico da Assistência Farmacêutica Municipal na Atenção Primária à Saúde



A síntese de evidências: estratégias metodológicas

A síntese de evidências ocorreu em quatro etapas, mostradas na Figura 5 e no Quadro 14. Na primeira etapa foi produzido um quadro-síntese inicial a partir dos 41 artigos pré-selecionados no levantamento bibliográfico. Cada artigo foi lido novamente e categorizado segundo seus dados de identificação (título, autor, revista, ano de publicação e resumo), abrangência amostral em termos geográficos (Brasil, regiões, estados ou municípios), detalhamento metodológico (delineamento de estudo, período, fonte de dados, técnica de coleta de dados, pergunta(s) da pesquisa e/ou aspectos e indicadores mensurados) e seus resultados.

Na segunda etapa, todos os artigos listados no quadro-síntese passaram por um processo de dupla checagem, no qual membros distintos

4 Os resultados dos projetos de pesquisa selecionados foram avaliados segundo esse mesmo racional.

da equipe realizaram nova revisão com leitura integral dos trabalhos. Esse processo resultou em mais um refinamento, tendo sido reduzido o número de artigos para 37.

Os Quadros 1, 2 e 3 mostram a relação final de documentos que foram incluídos no diagnóstico situacional. Alguns trabalhos constam de mais de um quadro porque usaram vários tipos de fontes de dados.

No Quadro 1 estão apresentados os trabalhos que coletaram os dados por meio de entrevistas com gestores, profissionais ou usuários do SUS.

QUADRO 1 - Artigos científicos selecionados para compor o Diagnóstico Situacional da Assistência Farmacêutica Municipal no contexto da Atenção Primária à Saúde, cujos dados foram coletados por meio de entrevistas

AUTOR, ANO	DELINEAMENTO	ABRANGÊNCIA AMOSTRAL	PARTICIPANTES DA PESQUISA/SERVIÇOS	FONTE DE DADOS
Álvares e col, 2017 (8)	Estudo transversal	Nacional	5.758 Usuários	Entrevistas face a face
Amorim e col, 2021 (9)	Estudo transversal	Municipal	417 Usuários	Entrevistas face a face
Araújo e col, 2017 (10)	Estudo descritivo	Nacional	285 Farmacêuticos	Entrevistas face a face
Barbosa e col, 2017 (11)	Estudo transversal	Estadual	184 Dispensadores 89 Gestores da AF 298 Médicos 1.159 Usuários	Entrevistas face a face e telefônicas
Barbosa e col, 2021 (12)	Estudo transversal	Estadual	949 Usuários	Entrevistas face a face
Barbosa e col, 2021 (13)	Estudo descritivo	Estadual	69 Dispensadores 69 Gestores da AF 69 Médicos 69 SMS 69 Usuários	Entrevistas face a face e telefônicas
Barros e col, 2017 (14)	Estudo transversal	Nacional	4.424 Dispensadores 4.866 Gestores da AF 5.758 Usuários	Entrevistas face a face e telefônicas

QUADRO 1 - Artigos científicos selecionados para compor o Diagnóstico Situacional da Assistência Farmacêutica Municipal no contexto da Atenção Primária à Saúde, cujos dados foram coletados por meio de entrevistas (continuação)

AUTOR, ANO	DELINEAMENTO	ABRANGÊNCIA AMOSTRAL	PARTICIPANTES DA PESQUISA/SERVIÇOS	FONTE DE DADOS
Bittencourt e col, 2017 (15)	Estudo transversal	Municipal	650 Usuários	Entrevistas face a face
Bueno e col, 2021 (16)	Estudo transversal	Municipal	1.186 Usuários	Entrevistas face a face
Costa e col, 2017 (17)	Estudo transversal	Nacional	1.139 Dispensadores 495 Gestores da AF	Entrevistas face a face, telefônicas
Faleiros e col, 2017 (18)	Estudo transversal	Nacional	507 Gestores da AF 369 SMS	Entrevistas telefônicas
Faraco e col, 2020 (19)	Estudo transversal combinado com dados secundários	Nacional	854 Dispensadores 285 Farmacêuticos 507 Gestores da AF 1.800 Usuários	Entrevistas face a face, telefônicas
Farias e col, 2021 (20)	Estudo transversal	Municipal	458 Usuários	Entrevistas face a face
Fernandes e col, 2020 (21)	Estudo transversal	Municipal	423 Usuários	Entrevistas face a face
Fernandes e col, 2020 (22)	Estudo transversal	Municipal	423 Usuários	Entrevistas face a face
Gerlack e col, 2017 (23)	Estudo transversal	Nacional	506 Gestores da AF	Entrevistas telefônicas
Gomes e col, 2019 (24)	Estudo transversal	Municipal	386 Usuários	Entrevistas face a face
Karnikowski e col, 2017 (25)	Estudo transversal	Nacional	1.139 Dispensadores 506 Gestores da AF 1.558 Médicos	Entrevistas face a face e telefônicas

QUADRO 1 - Artigos científicos selecionados para compor o Diagnóstico Situacional da Assistência Farmacêutica Municipal no contexto da Atenção Primária à Saúde, cujos dados foram coletados por meio de entrevistas (continuação)

AUTOR, ANO	DELINEAMENTO	ABRANGÊNCIA AMOSTRAL	PARTICIPANTES DA PESQUISA/SERVIÇOS	FONTE DE DADOS
Leite e col, 2017 (26)	Estudo transversal	Nacional	1.139 Dispensadores 495 Gestores da AF	Entrevistas face a face, telefônicas
Lima e col, 2017 (27)	Estudo transversal	Nacional	1.139 Dispensadores 1.585 Médicos 8.803 Usuários	Entrevistas face a face
Lima e col, 2019 (28)	Estudo transversal	Municipal	75 Equipes De Saúde Da Família	Entrevista por autopreenchimento
Luz e col, 2017 (29)	Estudo de métodos mistos	Municipal	4 Farmacêuticos 69 Usuários	Entrevistas face a face
Monteiro e col, 2021 (30)	Pesquisa avaliativa quantitativa	Regional	11 Gestores da AF	Entrevista por autopreenchimento
Nascimento e col, 2017 (31)	Estudo transversal	Nacional	8.803 Usuários 1.137 Dispensadores 1.186 Médicos	Entrevistas face a face, telefônicas
Nora e col, 2019 (32)	Estudo transversal	Nacional	417 Gestores da AF	Entrevistas face a face
Oliveira e col, 2018 (33)	Estudo descritivo	Estadual	19 Gestores da AF	Entrevistas face a face
Passagli e col, 2021 (34)	Estudo transversal	Municipal	1.201 Usuários	Entrevistas face a face
Rocha e col, 2021 (35)	Estudo transversal	Nacional	1.139 Dispensadores	Entrevistas face a face
Silva e col, 2021 (36)	Estudo descritivo	Municipal	24 Farmacêuticos	Entrevista por autopreenchimento
Souza e col, 2017 (37)	Estudo transversal	Nacional	1.139 Dispensadores 507 Gestores da AF 369 SMS	Entrevistas face a face e telefônicas

Nota: AF - Assistência Farmacêutica; SMS - Secretários Municipais de Saúde.

No Quadro 2 estão relacionados os trabalhos selecionados cujas fontes de dados foram prescrições, prontuários, documentos e bases de dados secundárias.

QUADRO 2 - Artigos científicos selecionados para compor o Diagnóstico Situacional da Assistência Farmacêutica Municipal no contexto da Atenção Primária à Saúde cujos dados foram obtidos por observação direta e fontes secundárias (documentos e bases de dados)

AUTOR, ANO	DELINEAMENTO	ABRANGÊNCIA AMOSTRAL	FONTE DE DADOS
Amorim e col, 2021 (9)	Estudo transversal	Municipal	Análise documental
Barbosa e col, 2017 (11)	Estudo transversal	Estadual	Observação direta da disponibilidade física de medicamentos e dos serviços farmacêuticos das unidades de dispensação
Barbosa e col, 2021 (13)	Estudo descritivo	Estadual	Observação direta da disponibilidade física de medicamentos
Bernardo e col, 2021 (38)	Estudo multimétodos de abordagem sociotécnica	Municipal	Base de dados secundárias e análise documental
Bittencourt e col, 2017 (15)	Estudo transversal	Municipal	Observação direta da disponibilidade física de medicamentos e análise documental
Carvalho e col, 2020 (39)	Estudo transversal	Municipal	Análise documental
Costa e col, 2017 (17)	Estudo transversal	Nacional	Observação direta da disponibilidade física de medicamentos e dos serviços farmacêuticos das unidades de dispensação, dos locais de armazenamento e de entrega de medicamentos

QUADRO 2 - Artigos científicos selecionados para compor o Diagnóstico Situacional da Assistência Farmacêutica Municipal no contexto da Atenção Primária à Saúde cujos dados foram obtidos por observação direta e fontes secundárias (documentos e bases de dados) (continuação)

AUTOR, ANO	DELINEAMENTO	ABRANGÊNCIA AMOSTRAL	FONTE DE DADOS
Faraco e col, 2020 (19)	Estudo transversal combinado com dados secundários	Nacional	Observação direta dos serviços farmacêuticos das unidades de dispensação
Farias e col, 2021 (20)	Estudo transversal	Municipal	Análise documental
Fernandes e col, 2020 (21)	Estudo transversal	Municipal	Observação direta de medicamentos contidos e vencidos em estoque domiciliar
Gomes e col, 2019 (24)	Estudo transversal	Municipal	Análise documental
Leite e col, 2017 (26)	Estudo transversal	Nacional	Observação direta dos serviços farmacêuticos das unidades de dispensação
Leite e col, 2017 (40)	Estudo transversal	Nacional	Observação direta das instalações das unidades de dispensação
Monteiro e col, 2021 (30)	Pesquisa avaliativa quantitativa	Regional	Base de dados secundários e análise documental
Nascimento e col, 2017 (31)	Estudo transversal	Nacional	Observação direta da disponibilidade física de medicamentos e dos serviços farmacêuticos das unidades de dispensação
Nora e col, 2019 (32)	Estudo transversal	Nacional	Análise documental
Pereira e col, 2021 (41)	Estudo descritivo	Nacional	Base de dados secundários
Pontes e col, 2017 (42)	Estudo transversal	Nacional	Base de dados secundários
Rocha e col, 2021 (35)	Estudo transversal	Nacional	Observação direta da disponibilidade física de medicamentos e dos serviços farmacêuticos das unidades de dispensação e dos locais de armazenamento

QUADRO 2 - Artigos científicos selecionados para compor o Diagnóstico Situacional da Assistência Farmacêutica Municipal no contexto da Atenção Primária à Saúde cujos dados foram obtidos por observação direta e fontes secundárias (documentos e bases de dados) (continuação)

AUTOR, ANO	DELINEAMENTO	ABRANGÊNCIA AMOSTRAL	FONTE DE DADOS
Santos e col, 2021 (43)	Estudo descritivo	Municipal	Base de dados secundária
Zanetti e col, 2017 (44)	Estudo transversal	Municipal	Análise documental

No Quadro 3 constam informações sobre os projetos de pesquisa selecionados para compor o diagnóstico situacional.

QUADRO 3 - Resultados selecionados de projetos de pesquisa do Grupo de Estudos Transdisciplinares em Tecnologias em Saúde e Ambiente (GETESA/IRR/Fiocruz Minas)

AUTOR, PERÍODO	DELINEAMENTO	ABRANGÊNCIA AMOSTRAL	PARTICIPANTES	FONTE DE DADOS
Luz e col, 2019 - 2021 (45)	Estudo de métodos mistos, com abordagem quantitativa e qualitativa	Estadual	112 SMS 112 Gestores da AF 107 Farmacêuticos 112 Responsáveis pela CAF 91 Responsáveis pelo Setor De Compras	Entrevistas telefônicas e entrevistas por autopreenchido Base de dados secundária
Luz e col, 2017 - 2021 (46)	Estudo de métodos mistos, com abordagem quantitativa e qualitativa	Estadual	24 SMS 27 Gestores da APS 26 Gestores da AF 24 Farmacêuticos 26 Dispensadores 892 Usuários	Entrevistas face a face e análise documental
Luz e col, 2013 - 2015 (47)	Estudo de métodos mistos, com abordagem qualitativa e quantitativa	Municipal	1 SMS 5 Gestores da AB 4 Farmacêuticos 69 Usuários	Entrevistas face a face Base de dados secundária

Nota: AF - Assistência Farmacêutica; APS - Atenção Primária à Saúde; CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico; SMS - Secretários Municipais de Saúde.

A Figura 5 resume os passos adotados nas etapas 1, 2 e 3. Na terceira etapa foram elaborados cinco quadros-síntese finais a partir da bibliografia selecionada. Os trabalhos foram classificados segundo os componentes previstos no modelo lógico da AF na APS:⁵

- Gestão Estratégica da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde;
- Gestão Técnica do Medicamento;
- Gestão Local;
- Cuidado farmacêutico;
- Resultados selecionados da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde.

FIGURA 5 - Revisão e categorização dos artigos selecionados nas bases de dados BVS e PubMed



5 Não foram encontrados artigos contendo informações para todos os componentes do modelo lógico, mas vários trabalhos apresentaram resultados para mais de um componente.

O painel de indicadores e a análise de dados

Na quarta etapa foi estabelecido um painel de indicadores considerando-se todo o material gerado pelo levantamento bibliográfico. De modo específico, foi realizada uma análise dos métodos e dos resultados apresentados em cada artigo científico e obtidos pelos projetos de pesquisa selecionados, a fim de se estabelecer uma padronização que resultou, ao final, em um conjunto de 252 indicadores.

Os indicadores foram posteriormente classificados de acordo com um dos cinco componentes estabelecidos na etapa anterior e, em seguida, agrupados em 12 dimensões (Quadro 4). Esse material foi organizado em bancos de dados para integrar toda a informação gerada e possibilitar a realização de análises específicas apresentadas em cada capítulo deste livro.

Os guias, protocolos, relatórios e demais documentos oriundos do levantamento bibliográfico foram utilizados como embasamento teórico durante todo o processo. O painel de indicadores está apresentado no Quadro 4, obtido por meio de consenso.

QUADRO 4 - Painel de indicadores segundo componente, dimensão, número e exemplo de indicadores

COMPONENTE	DIMENSÃO	NÚMERO DE INDICADORES	EXEMPLO DE INDICADOR
Gestão Estratégica da AF na APS	Participação institucional da AF nas SMS	14	AF faz parte do organograma da SMS
	Financiamento e execução orçamentária da AF nas SMS	17	AF tem autonomia de gestão de seus recursos financeiros
	Força de trabalho da AF municipal	24	Número de farmacêuticos relacionados às unidades de dispensação

QUADRO 4 - Painel de indicadores segundo componente, dimensão, número e exemplo de indicadores (continuação)

COMPONENTE	DIMENSÃO	NÚMERO DE INDICADORES	EXEMPLO DE INDICADOR
Gestão Técnica do Medicamento*	Seleção	18	Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT)
	Programação	8	Existência de POP para as atividades de Programação e de Aquisição
	Aquisição	9	Existência de cronograma para distribuição de medicamentos
Gestão Local	Infraestrutura das unidades de dispensação	49	Existência de área para consulta farmacêutica
	Organização das unidades de dispensação	34	Existência de senha para atendimento
Cuidado Farmacêutico*	Serviços Clínico-assistenciais e Técnico-pedagógicos	25	Realização de consultas farmacêuticas
Resultados selecionados da AF na APS	Disponibilidade de medicamentos	14	Disponibilidade média de medicamentos traçadores
	Uso racional de medicamentos	20	Número médio de medicamentos prescritos
	Uso seguro de medicamentos	20	Nível de conhecimento da prescrição pelos usuários
TOTAL DE INDICADORES			252

Notas: * Não foram identificados trabalhos que investigaram todos os elementos dos subsistemas de Gestão Técnica do Medicamento e do Cuidado Farmacêutico.

AF: Assistência Farmacêutica; APS: Atenção Primária à Saúde; SMS: Secretaria Municipal de Saúde; POP: Procedimentos Operacional Padrão.

Os dados qualitativos provenientes de transcrições de falas geradas no âmbito dos projetos de pesquisa selecionados para compor esse livro (46, 48) foram analisados segundo a Análise de Conteúdo (48), que segue as etapas de realização de leituras flutuantes para exploração do material, codificação, categorização, recategorização e interpretação.

Já os dados quantitativos foram obtidos das publicações de forma direta ou adaptada. Os dados dos projetos de pesquisa foram analisados por meio de estatísticas descritivas e de testes de hipóteses, quando pertinente. Em todos os casos, optou-se por apresentar apenas as medidas-sumário, como estimativas de médias, frequências, razões e proporções.⁶

A organização final do livro

Os capítulos 3 a 15 apresentam o diagnóstico situacional da AF na APS. De modo específico, o Capítulo 3 apresenta o modelo lógico da AF na APS e os demais contêm os resultados da síntese de evidências. Os capítulos estão organizados segundo dimensões relacionadas à Gestão Estratégica da AF na APS, à Gestão Técnica do Medicamento, ao Cuidado Farmacêutico, à Gestão Local e aos Resultados selecionados da AF na APS. Completa essa obra, um capítulo de conclusão que resume os principais pontos da síntese de evidências, contendo, ainda, algumas propostas de encaminhamento.

Para apoiar a escrita do livro foi preparado, ainda, um Manual de Normas e Procedimentos, contendo detalhes acerca dos objetivos da publicação, do conteúdo geral e básico de cada capítulo, das diretrizes para análise e interpretação do painel de indicadores e orientações aos autores, como por exemplo, a organização interna de cada capítulo, o limite de palavras, a preparação de elementos gráficos e de referências bibliográficas. A redação ficou a cargo da equipe de autores, que se dividiram entre os diferentes capítulos. Foram realizadas, ainda, buscas bibliográficas adicionais para apoiar a contextualização e discussão de pontos específicos ao longo do livro.

Todos os capítulos passaram, ainda, por etapas de discussão (antes e durante a elaboração) e de revisão (preliminar e final) pela equipe de autores, com objetivo de verificar, além dos conteúdos específicos, a clareza, a sequência lógica, a fluidez, a consistência e a coerência do texto.

⁶ Optou-se por não apresentar medidas de dispersão, como desvio-padrão, variância e também de intervalo, como intervalos de confiança nessa obra. No entanto, pode-se acessar as publicações na íntegra por meio dos links estão fornecidos na lista de referências para acesso a essas informações.

Referências

*As referências que fazem parte da síntese de evidências estão **destacadas em azul** e podem ser acessadas na íntegra pelos links fornecidos.

1. OXMAN, A. D. et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking? **Health Research Policy and Systems**, v.7, supl.1, S1, 2009.
2. LAVIS, J. N. et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). **Health Research Policy and Systems**, v.7, supl.1, S1, 2009.
3. OXMAN A. D. et al. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 12: Finding and using research evidence about resource use and costs. **Health Research Policy and Systems**, v.7, supl.1, S12, 2009.
4. RIBEIRO, L. A.; SCATENA, J. H. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saúde e Sociedade**, v. 28, n. 2, p. 95-110, 2019.
5. VON ELM, E. et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. **British medical Journal**, v. 335, n. 7624, p. 806-808, 2007.
6. TONG A.; SAINSBURY P.; CRAIG J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007.
7. SAVIGNY, D.; ADAM T.; editores. Systems thinking for health systems strengthening. Geneva, Switzerland: **Alliance for Health Policy and Systems Research**, World Health Organization, 2009. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44204/9789241563895_eng.pdf;jsessionid=7A30176BF1E3AD0F9D6DA0371A565B87?sequence=1. Acesso em: 07 jan. 2021.
8. ÁLVARES, J. et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, p. 20s, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139773/135052>. Acesso em: 10 jan. 2021.
9. AMORIM, W. W. et al. Physician and patient-related factors associated with inappropriate prescribing to older patients within primary care: a cross-sectional study in Brazil. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 139, n. 2, p. 107-116, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/spmj/a/6R-GLwGyyRW34DBLsnVmmby/>. Acesso em: 13 jan. 2021.
10. ARAÚJO, P. S. et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, p. 6s, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139748/135016>. Acesso em: 10 jan. 2021.
11. BARBOSA, M. M. et al. Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2475-2486, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rc4KBFg9KDqZtHh-zSFRh5Gr/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2021.
12. BARBOSA, M. M. et al. Access to medicines in the Brazilian Unified Health System's primary health care: assessment of a public policy. **Journal of Comparative Effectiveness Research**, v. 10, n. 10, p. 869-879, 2021. Disponível em: <https://www.futuremedicine.com/doi/epub/10.2217/cer-2021-0026>. Acesso em: 10 jan. 2021.
13. BARBOSA, M. M. et al. Strategies to improve the availability of medicines in primary health care in Brazil: findings and implications. **Journal of Comparative Effectiveness Research**, v. 10, n. 3, p. 243-253, 2021. Disponível em: <https://www.futuremedicine.com/doi/epub/10.2217/cer-2020-0125>. Acesso em: 10 jan. 2021.
14. BARROS, R. D. de. et al. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, p. 8s, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139772/135050>. Acesso em: 13 jan. 2021.
15. BITTENCOURT, R. A. et al. Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 2, p. 310-323, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/FQKNhrwvHGvRhmt-Qg3C6c5n/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2021.
16. BUENO, M. A. M.; SIMÕES, T. C.; LUZ, T. C. B. Diferenças na disponibilidade de medicamentos prescritos na Atenção Primária: evidências do Projeto Prover. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 1191-1203, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BXGwGyVc79Nj8vj7663DVtB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 jan. 2021.
17. COSTA, E. A. et al. Situação sanitária dos medicamentos na atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, p. 12s, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139744/135012>. Acesso em: 13 jan. 2021.

18. FALEIROS, D. R. et al. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, p. 14s, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139734/135002>. Acesso em: 13 jan. 2021.
19. FARACO, E. B. et al. The pharmacy workforce in public primary healthcare centers: promoting access and information on medicines. **Pharmacy practice**, v. 18, n. 4, p. 2048. Disponível em: <https://www.pharmacypractice.org/index.php/pp/article/view/2048/861>. Acesso em: 13 jan. 2021.
20. FARIAS, A. D. et al. Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: um estudo na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5, p. 1781-1792, 2021. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/prescricao-de-medicamentos-potencialmente-inapropriados-para-idosos-um-estudo-na-atencao-primaria-a-saude/17974?id=17974>. Acesso em: 13 jan. 2021.
21. FERNANDES, M. R. et al. Prevalência e fatores associados à presença de medicamentos vencidos em estoques caseiros. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 390-399, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/yv4mNzPMTL7YSz84wm-JKp4z/?lang=pt>. Acesso em 01 nov. 2022.
22. FERNANDES, M. R. et al. Armazenamento e descarte dos medicamentos vencidos em farmácias caseiras: problemas emergentes para a saúde pública. **Einstein** (São Paulo), v. 18, 2020. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/armazenamento-e-descarte-dos-medicamentos-vencidos-em-farmacias-caseiras-problemas-emergentes-para-a-saude-publica/>. Acesso em 01 nov. 2021.
23. GERLACK, L. F. et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, p. 15s, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139739/135006>. Acesso em: 03 nov. 2021.
24. GOMES, M. S. et al. Polypharmacy in older patients at primary care units in Brazil. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 41, n. 2, p. 516-524, 2019. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-018-00780-5>. Acesso em 01 nov. 2021.
25. KARNIKOWSKI, M. G. de O. et al. Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, p. 9s, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139742/135008>. Acesso em: 10 nov. 2021.
26. LEITE, S. N. et al. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl.2, p. 11s, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139757/135038>. Acesso em: 1 nov. 2021.
27. LIMA, M. G. et al. Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl.2, p. 23s, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139771/135048>. Acesso em: 10 jan. 2021.
28. LIMA, C. A. et al. Qualidade do cuidado: Avaliação da disponibilidade de insumos, imunobiológicos e medicamentos na Atenção Básica em município de Minas Gerais, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1900, 2019. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/1900>. Acesso em: 10 jan. 2021.
29. LUZ, T. C. B. et al. Serviços farmacêuticos na Atenção Básica: há sintonia entre farmacêuticos e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2463-2474, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/TfvtdMZyGZqkcZT68wwM7SD/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 17 jan. 2021.
30. MONTEIRO, E. R.; LACERDA, J. T.; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal na promoção do uso racional de medicamentos em municípios de médio e grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, el. 00112920, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/fvVQzJxd-qWmJjg8KZjzWR7c/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2021.
31. NASCIMENTO, R. C. R. M. do. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl.2, p. 10s, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139736/135004>. Acesso em: 10 jan. 2021.
32. NORA, L. C. D. et al. Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 278-286, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/KYkPhdVkwgSc43BGMWQzPMk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 17 jan. 2021.
33. OLIVEIRA, W. R.; COSTA, K. S.; TAVARES, N. U. L. Gestão da Assistência Farmacêutica em regiões de saúde do Ceará: um recorte do Projeto QualisUS-Rede. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 9, n. 1, p. 95-109, 2018. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/10438/9200>. Acesso em: 17 jan. 2021.

34. PASSAGLI, L. C. F. et al. Knowledge of prescribed drugs among primary care patients: findings from Prover Project. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 43, p. 1265-1273, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-021-01246-x>
35. ROCHA, W. H. et al. Influence of pharmaceutical services organization on the availability of essential medicines in a public health system. **Journal of Comparative Effectiveness Research**, v. 10, n. 6, p. 519-532, 2021. <https://www.futuremedicine.com/doi/epub/10.2217/cer-2020-0259>. Acesso em: 18 jan. 2021.
36. SILVA, R. P. S. F.; FIGUEIREDO, F. W. S.; SOUTO, R. P. do. Profile of pharmaceutical care in primary health centers in São Bernardo do Campo, Southeastern Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 57, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjps/a/sfNKKhLxHbYQZBD5ZJd4DZg/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 18 jan. 2021.
37. SOUZA, G. S. et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl.2, p. 7s, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139760/135042>. Acesso em: 18 jan. 2021.
38. BERNARDO, N. L. M. D. C.; SOARES, L.; LEITE, S. N. A sociotechnical approach to analyze pharmaceutical policy and services management in primary health care in a Brazilian municipality. **Pharmacy**, v.9, n. 1:39, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2226-4787/9/1/39/htm>. Acesso em: 18 jan. 2021.
39. CARVALHO, H. E. F. et al. Análise de prescrições de antimicrobianos na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54:e03607, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jreeusp/a/pcJnb9B6VNGWzrxPd4nB4Yr/?lang=pt>. Acesso em: 18 jan. 2021.
40. LEITE, S. N. et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl.2, p. 13s, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139755/135036>. Acesso em: 20 jan. 2021.
41. PEREIRA, N. C. et al. Implementation of pharmaceutical services in Brazilian primary health care: a cross-sectional study. **BMC Family Practice**, v. 22, n. 170, 2021. Disponível em: <https://bmcpimcare.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12875-021-01516-7.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2021.
42. PONTES, M. A. et al. Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2453-2462, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nM-ZSk6xDywx7Cmb4wHcy9N/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 jan. 2021.
43. SANTOS, B. D. et al. Clinical impact of a comprehensive medication management service in primary health care. **Journal of Pharmacy Practice**, v. 34, n. 2, p. 265-271, 2021. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0897190019866309>. Acesso em: 26 jan. 2021.
44. ZANETTI, M. O. B.; MARCHETTI, J. M.; DE ANDRADE, R. C. G. Adequação da prescrição de medicamentos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto-SP: estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.12, n. 39, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1443>. Acesso em: 10 jan. 2021.
45. LUZ, T.C.B. et al. Avaliação retrospectiva, situacional e prospectiva da Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais. Projeto ERAF. Grupo de Estudos Transdisciplinares de Tecnologias em Saúde e Ambiente-Getesa, Instituto René Rachou, Minas Gerais, Brasil. Financiado pelo Programa Inova Fiocruz, Edital Geração de Conhecimento, 2019. Disponível em: <https://getesa.minas.fiocruz.br/2022/10/18/projeto-erajf>. Acesso em: 03 fev. 2023.
46. LUZ, T.C.B. et al. Assistência Farmacêutica Básica em Minas Gerais: avaliação dos serviços e do provimento e uso de medicamentos. Projeto MedMinas. Grupo de Estudos Transdisciplinares de Tecnologias em Saúde e Ambiente-Getesa, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Minas Gerais, Brasil. Nº do Contrato: APQ-04124-17. Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais Fapemig, 2017. Disponível em: <https://getesa.minas.fiocruz.br/2022/10/15/projeto-medminas/>. Acesso em: 03 fev. 2023.
47. LUZ, T. C. B. et al. Projeto Servir: avaliação do papel de serviços farmacêuticos no acesso a medicamentos em Divinópolis, Minas Gerais. Belo Horizonte: Grupo de Estudos Transdisciplinares em Educação em Saúde e Ambiente-Getesa, Instituto René Rachou, Minas Gerais, Brasil, 2013. Disponível em: <https://getesa.minas.fiocruz.br/2022/09/20/projeto-servir/>. Acesso em: 03 fev. 2023.
48. PATTON, M.Q. Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice. Saint Paul: **SAGE Publications Inc.**; 2015.

3

Modelo lógico da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde

Tatiana Luz, Noemia Tavares, Rafaella Silva, Thaciana Alcântara, Maria Eduarda Almeida, Letisa Nora, Betania Cota, Elizabeth Moreira

A Assistência Farmacêutica (AF) no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) pode ser compreendida como “*um conjunto de práticas que envolvem atividades de regulação, planejamento, distribuição e dispensação de medicamentos essenciais e também aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, como os de hipertensão e diabetes, asma e rinite, saúde mental e saúde da mulher, alimentação e nutrição e combate ao tabagismo*” (1, 2). Os medicamentos são, portanto, um dos elementos-chave da AF na APS para a garantia da atenção integral e contínua das necessidades e problemas de saúde de maior relevância para a população, tanto de forma individual quanto coletiva (3).

Desde a implantação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998 (4) foi estabelecido o arcabouço técnico-legal para nortear a reorientação da AF fundamentada na descentralização da gestão, na otimização e na eficácia do sistema de distribuição de medicamentos no setor público para a promoção do acesso e do uso racional a esses produtos. Em termos operacionais, a AF na APS tem se caracterizado pelas atividades

relacionadas à logística farmacêutica, ou seja, de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos e também ao Cuidado Farmacêutico, com ações e serviços específicos direcionados para a promoção, proteção, recuperação e prevenção de danos e agravos à saúde relacionados aos medicamentos (5).

É importante ressaltar que as políticas farmacêuticas no país, ao definirem as competências dos entes federativos, destacaram o papel dos municípios como provedores e prestadores dos serviços relacionados à AF na APS. Dessa forma, foram consideradas tanto a autonomia quanto a discricionariedade desses entes no que diz respeito à configuração e implementação da AF municipal, incluindo a oferta dos serviços a ela relacionados para as populações de seus territórios (4, 6, 7). Não foi estabelecido, porém, nenhum padrão de estrutura organizacional para a área.

Para atingir os objetivos de acesso e de uso racional de medicamentos, no entanto, a AF deve possuir uma estrutura organizacional que permita seu desempenho adequado e com capacidade de adaptação em função das mudanças políticas econômicas, sociais e culturais em potencial. Além disso, é importante que essa estrutura organizacional também possua interação permanente com outros setores de modo a permitir readequações diante das circunstâncias, com uma gestão orientada para resultados, de forma planejada e com objetivos definidos (8).

O uso de modelos lógicos como ferramentas de planejamento e monitoramento

Uma forma de sistematizar a estrutura organizacional da AF e seus recursos, esclarecer as estratégias, objetivos, resultados e impactos é descrevendo-a por meio de um modelo lógico.

Modelos são representações visuais de ideias sistematizadas, isto é, expressam teorias e pressupostos sobre um objeto (9). O modelo lógico é uma ferramenta objetiva que mostra a concepção de uma política, programa ou serviço e apresenta elementos de seu funcionamento ideal, ilustrando a racionalidade interna desse funcionamento, ou seja, a interação entre recursos, atividades previstas e efeitos esperados (10, 11).

Operacionalmente, o modelo lógico pode ser compreendido como um esquema que caracteriza os principais componentes e/ou atores envolvidos em uma política, programa ou serviço e suas inter-relações, vínculos, contexto, bem como a relação entre o que se deve produzir e os resultados a serem alcançados, integrando a estrutura e o funcionamento esperado (12, 13).

Até o momento, não foi identificado na literatura um modelo lógico que explicita como a AF opera e se inter-relaciona na APS municipal. Embora a AF seja parte do sistema de saúde, essa área técnica tem sido reduzida as suas funções, não sendo retratada de uma forma mais integrada aos outros componentes do sistema.

De fato, muito do que já foi publicado sobre a AF concentra-se nas funções de logística farmacêutica, caracterizadas pelo “Ciclo da Assistência Farmacêutica” (8, 14) e, mais recentemente, há representações para a função do Cuidado Farmacêutico (15). Há também autores que buscaram desenvolver modelos que integram ambos (16, 17).

Dessa forma, verifica-se uma lacuna importante na literatura que articule a AF na APS. Esse capítulo tem como objetivo descrever as etapas de desenvolvimento e o resultado do processo de elaboração de um modelo lógico da AF na APS.

O processo de elaboração do modelo

Para a elaboração do modelo lógico partiu-se de um *framework* previamente estabelecido para avaliação da AF na APS proposto por Luz e colaboradores (18) considerando-se, ainda, as duas funções principais de logística farmacêutica e de cuidado farmacêutico, bem como os objetivos da área técnica de promoção do acesso e do uso racional de medicamentos.

Inicialmente, foi analisado o referencial bibliográfico apresentado no **Capítulo 2** e realizadas buscas adicionais de arquivos de figuras, diagramas ou esquemas relacionados à AF armazenados em servidores da Internet. Em seguida, foi realizado um novo levantamento da literatura sobre elaboração de modelos lógicos (10-13).

A construção do modelo foi norteada pela abordagem sistêmica, que pressupõe as políticas, os programas e os serviços como sistemas de ações que podem ser simples, complicados ou complexos (19, 20). Os sistemas são compreendidos como ferramentas analíticas que ajudam a identificar e entender organismos distintos, prever seus comportamentos e conceber as modificações necessárias para alcançar os efeitos desejados (20). No caso dos sistemas de saúde, essa abordagem parte do pressuposto de que eles são, na verdade, um grande macrossistema constituído de vários subsistemas, que, por sua vez, são compostos por organizações, pessoas e ações com objetivo finalístico de promover, restaurar ou manter a saúde da população (19).

Em termos operacionais, a abordagem sistêmica leva em consideração três aspectos principais: os elementos ou características que compõem o sistema, as interconexões entre eles, e as suas funções e propósitos (20). No caso dos sistemas de saúde, são contabilizados seis elementos: liderança e governança, financiamento, força de trabalho, oferta de serviços, tecnologia da informação e tecnologias médicas. Esses elementos mantêm múltiplas interações, interconexões e arranjos, de forma que as intervenções em qualquer um desses elementos modificam o sistema como um todo (19).

Durante o processo de construção do modelo lógico da AF na APS buscou-se detalhar seus componentes e escopo, os atores-chave, os resultados e os impactos esperados, além dos principais fatores que podem afetar o seu desempenho. Além disso, explorou-se a interconexão básica da AF com outros atores do sistema de saúde, modulando-se pelas atribuições específicas da área no contexto da APS.

Componentes do modelo lógico e sua sistematização

Foram elaboradas versões preliminares do modelo que foram submetidas a etapas de validação que incluiu pesquisadores de instituições de pesquisa e ensino, na área da Saúde, até que se chegou, por consenso, à versão final do modelo, apresentado nas Figuras 1 e 2.

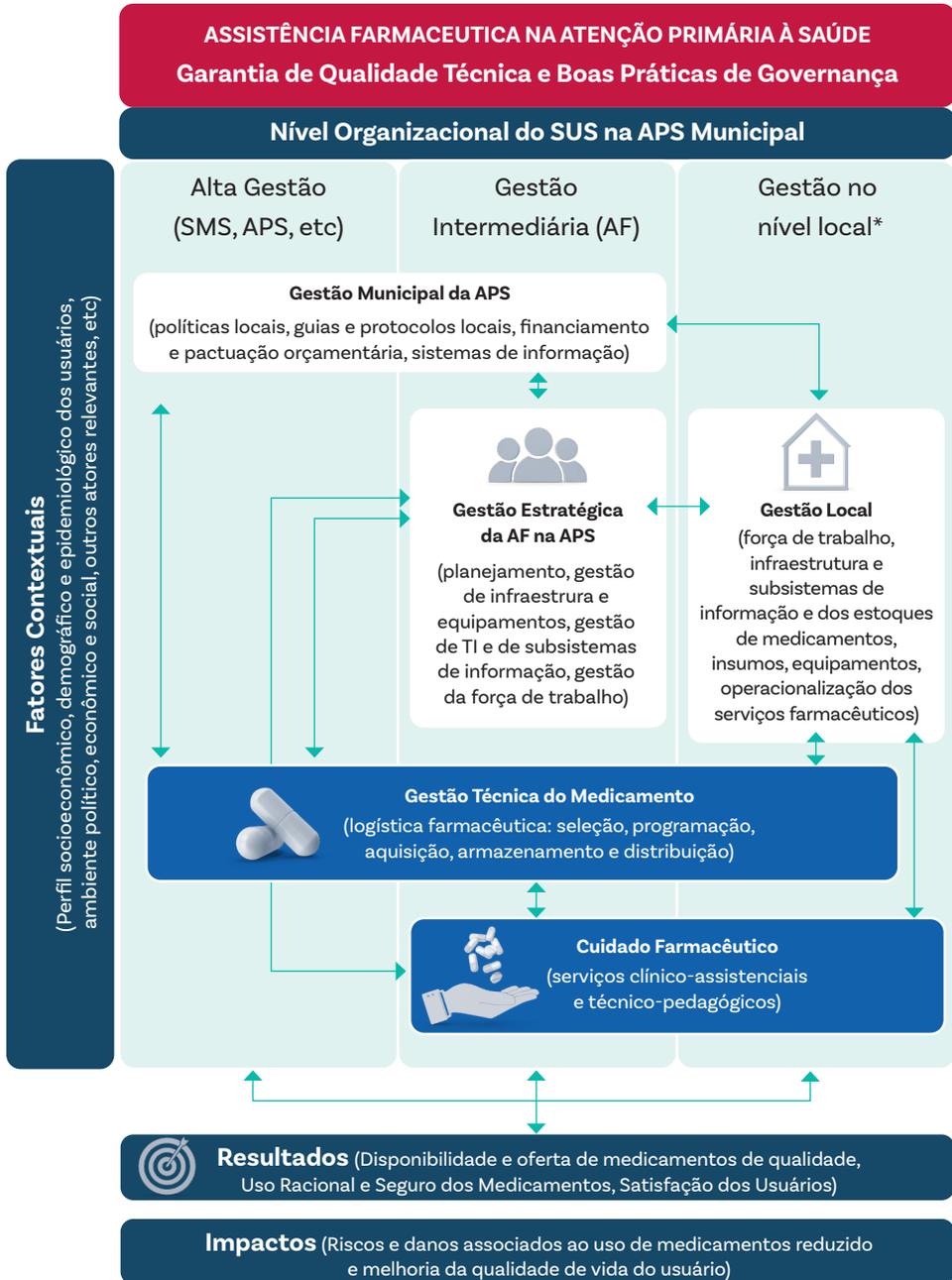
A Figura 1 apresenta a estrutura organizacional básica geral da AF na APS no nível municipal, permitindo uma visão global dos seus com-

ponentes essenciais para o alcance de seus resultados e impactos desejados. Além de destacar quais elementos da AF e atividades específicas são relevantes para a APS, o modelo descreve quais são as inter-relações com as instâncias e atores municipais ligados direta ou indiretamente à área da AF, considerando-se que a área tanto influencia como é influenciada de várias formas pelos níveis hierárquicos superiores e inferiores, assim como pelo contexto no qual todo o sistema está inserido, devendo ser considerada um organismo vivo e dinâmico. O contexto, no modelo, é representado por todos os fatores extrínsecos ao sistema de saúde, como o perfil socioeconômico, demográfico e epidemiológico dos usuários, o ambiente político, econômico e social municipal, assim como quaisquer outros atores relevantes que possam ter repercussões diretas na saúde e/ou nas necessidades de saúde da população.

Para compreender o modelo da AF na APS, no entanto, é necessário, antes de tudo, entender alguns conceitos que o subsidiam. O modelo se inicia com os descritores “Garantia de Qualidade Técnica” e “Boas Práticas de Governança”. A garantia de qualidade técnica está expressa porque a AF possui os medicamentos como insumos essenciais (21), sendo suas atividades orientadas segundo esses produtos. Dessa forma, um conjunto de normas e de critérios técnicos são necessários para que a AF, conforme previsto nas políticas farmacêuticas (4, 21) e legislação e normas específicas, possa garantir o abastecimento, a conservação, o controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica de medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre os medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, dos usuários e da população, de modo a assegurar o uso racional dos produtos farmacêuticos.

O modelo também destaca as “boas práticas de governança” como outro descritor relevante porque isso implica não somente a capacidade de planejar, formular, implementar e cumprir as ações e funções da AF na APS, mas também que o que foi planejado seja executado para atingir os objetivos e resultados de forma transparente, produzindo os efeitos pretendidos e alcançando o maior rendimento possível a partir da utilização dos recursos disponíveis (22).

FIGURA 1 - Modelo Lógico da Assistência Farmacêutica Municipal na Atenção Primária à Saúde



Nota: *Unidades de dispensação e demais pontos de atenção que oferecem serviços coordenados por farmacêuticos.

Por fim, cumpre-se destacar o papel da gestão estratégica no modelo. A gestão estratégica pode ser definida como uma prática de gestão que parte de um planejamento estratégico e que, por meio de tomada de decisões, alocação de recursos e implementação de mudanças, atinge-se maior eficácia, eficiência e efetividade nas organizações de saúde (23, 24). Esse conceito é fundamental para que a gestão da AF, historicamente centrada nos medicamentos e de cunho operacional, seja substituída por uma gestão técnica, política e social, articulada e integrada ao sistema de saúde como um todo (25). De fato, a gestão da AF na APS deve alinhar-se aos princípios do SUS, respeitando as competências, os níveis de qualidade técnica exigidos e a responsabilização, organizando-se de forma a garantir a transparência da economicidade (custo) e rendimento (custo-efetividade) de suas ações (eficiência e efetividade), respondendo aos órgãos de controle da gestão pública, de regulação e normatização específica e correlata da área.

Ainda sobre a Figura 1, é possível identificar três níveis de gestão representados no modelo: a alta gestão municipal, o nível intermediário da gestão e a gestão local¹. A alta gestão municipal é caracterizada pelos níveis hierárquicos mais altos do sistema de saúde municipal. Nesse nível, o ator mais relevante é o gestor municipal de saúde, que possui o cargo de secretário de saúde. A ele compete o comando do sistema municipal de saúde por meio do exercício das seguintes macrofunções: (1) formulação de políticas locais e do planejamento em saúde; (2) organização, coordenação, regulação, controle e avaliação do sistema de saúde; (3) administração de recursos físicos, financeiros e orçamentários; (4) prestação de serviços de saúde. Cada macrofunção compreende um conjunto de subfunções e de atribuições que são de responsabilidade de gestores da saúde, os quais atuam em campos específicos como Vigilância em Saúde, Atenção à Saúde, Atenção Hospitalar, entre outros (26).

O modelo destaca, ainda, como parte da alta gestão municipal, a gestão da APS. Ainda que os municípios possuam regimentos e organogramas internos próprios definindo sua estrutura organizacional, os cargos e a subordinação entre as diferentes áreas, é importante destacar que a APS está posicionada na alta gestão no modelo em função das suas

1 A articulação sinérgica dos três níveis é que influencia positivamente a qualidade técnica da AF e as boas práticas de governança.

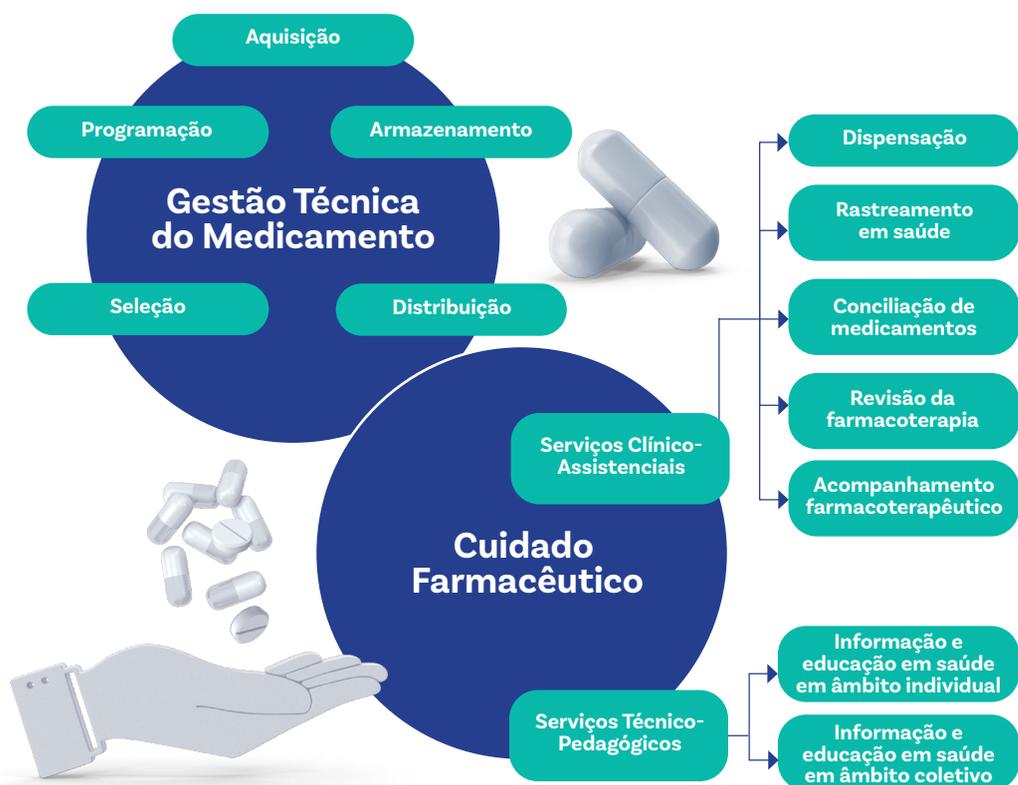
responsabilidades. No âmbito do sistema de saúde municipal, a APS tem, entre outros papéis, a formulação das políticas locais, a gestão financeira e pactuação orçamentária, a formulação de guias e de protocolos de tratamento locais e o gerenciamento do sistema de informações. A APS é a principal porta de entrada do sistema e é também o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS, sendo orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (27, 28). Tem atribuições relativas à promoção e proteção da saúde; prevenção de agravos; diagnóstico, tratamento; reabilitação; redução de danos e manutenção da saúde, de modo a desenvolver a atenção integral que resulte em melhoria da situação de saúde e autonomia das pessoas e tenha impacto nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (28).

O nível intermediário destaca a gestão estratégica da AF na APS. Nesse nível, encontram-se as atribuições de planejamento, coordenação, monitoramento, execução e avaliação da AF municipal e também de articulação com as outras esferas de governo e com áreas, setores e departamentos do sistema municipal de saúde, com foco na melhoria contínua da qualidade. A AF tem papel de destaque para o delineamento, implementação e avaliação de políticas farmacêuticas locais, de planos estratégicos específicos e integrados às diretrizes da gestão municipal com foco na atuação na APS, assim como na gestão dos serviços farmacêuticos municipais de forma coordenada com os demais serviços de saúde. Além disso, envolve o planejamento e a gestão da força de trabalho e das ações de educação permanente, da infraestrutura e de equipamentos, das tecnologias de informação e dos demais subsistemas de informação relacionados à AF, desde a produção até a análise de dados relevantes para a área (29).²

A gestão estratégica da AF coordena, ainda, dois importantes subsistemas, o de Gestão Técnica do Medicamento e o de Cuidado Farmacêutico, sinalizados na Figura 1 e detalhados na Figura 2.

2 Para mais detalhes sobre as atribuições e funções da gestão estratégica da AF na APS, recomenda-se a leitura do Instrumento de Referência dos Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica, publicado pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS (29).

FIGURA 2 - Detalhamento dos componentes dos subsistemas de Gestão Técnica do Medicamento e do Cuidado Farmacêutico da Assistência Farmacêutica Municipal na Atenção Primária à Saúde



O subsistema de Gestão Técnica do Medicamento é operacionalizado segundo a logística farmacêutica ou ciclo da AF, que se inicia na etapa de seleção de medicamentos e é finalizado na etapa de distribuição, conforme mostrado na Figura 2. No contexto da APS, a gestão técnica deve ser executada em conformidade com as relações de medicamentos essenciais (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME e listas estaduais e municipais) e com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (28, 29) para garantir o acesso aos medicamentos nos serviços de saúde. Importante ressaltar que, nesse modelo, a dispensação de medicamentos não faz parte da logística como ocorre em outras representações do ciclo da AF (8, 30, 31), dado que, essa etapa está inserida no Cuidado Farmacêutico (29, 32).

As etapas da logística estão apresentadas resumidamente no Quadro 1.³

QUADRO 1. Etapas da Logística Farmacêutica no contexto da Atenção Primária à Saúde

ETAPA	DESCRIÇÃO	OBJETIVOS
Seleção de medicamentos	Processo de escolha de medicamentos a serem ofertados para a população, baseado em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos. A seleção deve ser conduzida por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica para assegurar a escolha de medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos.	Racionalizar o uso de medicamentos, harmonizar condutas terapêuticas, direcionar o processo de aquisição, produção e políticas farmacêuticas.
Programação de medicamentos	Consiste em estimar quantidades a serem adquiridas para atendimento à demanda dos serviços por um determinado período de tempo. Deve se basear na etapa de seleção, sendo norteadas pela relação de medicamentos escolhidos naquela etapa.	Evitar riscos de desabastecimento e de aquisição de medicamentos em quantidades inadequadas, para mais ou para menos, em relação à demanda. Também objetiva evitar a ocorrência de aquisições desnecessárias.
Aquisição de medicamentos	Consiste na efetivação de um conjunto de procedimentos em que são definidos, para os medicamentos programados, o modo de compra, quanto e quando realizar essas compras.	Suprir as necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade adequadas ao menor custo possível, com ganhos de escala, isto é, preços menores em função do maior volume da compra. Objetiva, também, manter a regularidade do sistema de abastecimento.

³ O resultado das evidências sobre essas etapas estão apresentadas na **Unidade 3**. Nesse livro, não foram incluídas evidências sobre armazenamento e distribuição por não terem sido localizadas publicações abordando essas etapas que preenchessem os critérios de inclusão (ver **Capítulo 2**). Ressalta-se que informações específicas sobre armazenamento nas unidades de dispensação da APS, no entanto, foram incluídas e estão sistematizadas no **Capítulo 11**.

QUADRO 1. Etapas da Logística Farmacêutica no contexto da Atenção Primária à Saúde (continuação)

ETAPA	DESCRIÇÃO	OBJETIVOS
Armazenamento de medicamentos	Conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que têm por finalidade garantir as condições adequadas de recepção, guarda, conservação, controle de estoque e a segurança contra danos físicos, furtos ou roubos.	Garantir medicamentos estocados com a qualidade de conservação necessária para a distribuição, dispensação e utilização.
Distribuição de medicamentos	Consiste no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, transportados em quantidade, qualidade, eficiência e tempo oportunos.	Garantir a disponibilidade de medicamentos de qualidade em todos os locais de atendimento aos usuários.

Fonte: Adaptado de Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (29), Pinto (33), Brasil (8) e *Management Sciences for Health* (34).

O subsistema de Cuidado Farmacêutico se caracteriza pela prestação de serviços clínico-assistenciais e técnico-pedagógicos. Em geral, o Cuidado Farmacêutico, pode ser compreendido como um modelo de prática farmacêutica que envolve ações e serviços realizados pelo profissional farmacêutico levando em consideração as concepções do indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde, visando à prevenção e resolução de problemas da farmacoterapia, à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, bem como à prevenção de doenças (15, 35, 36). Do ponto de vista da gestão estratégica da AF, destacam-se, entre outras, as ações relativas à coordenação das ações do Cuidado Farmacêutico municipal, incluindo a organização e o monitoramento dos serviços, articulação junto a outros profissionais ou serviços de saúde, participação na elaboração das diretrizes de gestão da clínica, instrumentos de coordenação assistencial e linhas de cuidado, comissões e fóruns especializados, apoio à implementação de sistemas de informação específicos e gestão desses sistemas (29).

Finalmente, a última instância gestora apresentada no modelo é a gestão local. Nessa instância, estão destacadas as unidades de dispensação, que são os locais mais comuns da prestação de serviços farmacêuticos na APS, mas também estão incorporados nesse nível os demais pontos de atenção que oferecem serviços coordenados por farmacêuticos.

As unidades de dispensação de medicamentos mais usuais na APS são as farmácias públicas, os dispensários e os postos de medicamentos. Já os pontos de atenção coordenados por farmacêuticos são os espaços nos quais se ofertam os serviços de Cuidado Farmacêutico. Esses serviços podem ser ofertados nos espaços das unidades de dispensação e em outros espaços específicos localizados em unidades básicas de saúde, no âmbito das equipes de Estratégia Saúde da Família, em centros de saúde ou qualquer outra unidade estabelecida pela gestão municipal/gestão estratégica da AF.

Como mencionado anteriormente, o Cuidado Farmacêutico pode ser dividido em dois subcomponentes, os serviços clínico-assistenciais e os serviços técnico-pedagógicos (15). Os serviços clínico-assistenciais correspondem aos serviços providos por farmacêuticos, de forma integrada com a equipe de saúde, centrados no usuário e em suas necessidades relacionadas aos medicamentos (36). Já os serviços técnico-pedagógicos, visam à educação e ao empoderamento da equipe de saúde e da comunidade para a promoção do uso racional e adequado de medicamentos, com práticas voltadas especialmente para a coletividade (5, 36). Nos Quadros 2 e 3 há um resumo dos tipos de serviços de Cuidado Farmacêutico mais comuns na APS, sua definição, tipo de ambiente requerido para sua realização, bem como o público a que se destina, incluindo, ainda, a temporalidade da prestação, se transversal ou longitudinal. Serviços transversais são finalizados no momento da prestação, ou seja, novos encontros entre os farmacêuticos e o público-alvo exigem nova prestação do serviço. Já os serviços longitudinais necessitam de continuidade na sua prestação.

QUADRO 2 - Serviços clínico-assistenciais de cuidado farmacêutico no nível da Atenção Primária à Saúde

SERVIÇO	TIPO DE AMBIENTE REQUERIDO PARA REALIZAÇÃO	PÚBLICO-ALVO	TEMPORALIDADE DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO
<p>Dispensação</p> <p>Serviço proporcionado pelo farmacêutico, geralmente em cumprimento a uma prescrição de profissional habilitado. Envolve a análise dos aspectos técnicos e legais do receituário, a realização de intervenções, o fornecimento do medicamento e de outros produtos para a saúde ao usuário ou ao cuidador, a orientação sobre seu uso adequado e seguro, os benefícios, a conservação e o descarte corretos.</p>	Semiprivativo ou privativo	Usuário e/ou cuidador	Transversal
<p>Acompanhamento farmacoterapêutico</p> <p>Serviço pelo qual o farmacêutico realiza o gerenciamento da farmacoterapia, por meio da análise das condições de saúde, dos fatores de risco e do tratamento do usuário, da implantação de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e do acompanhamento do usuário.</p>	Privativo	Usuário, cuidador e/ou equipe de saúde	Longitudinal
<p>Revisão da farmacoterapia</p> <p>Serviço pelo qual o farmacêutico faz uma análise estruturada e crítica sobre os medicamentos utilizados pelo usuário, com os objetivos de minimizar a ocorrência de problemas relacionados à farmacoterapia, melhorar a adesão ao tratamento e os resultados terapêuticos, bem como reduzir o desperdício de recursos.</p>	Privativo	Prescritor, usuário e/ou cuidador	Transversal
<p>Conciliação de Medicamentos</p> <p>Serviço pelo qual o farmacêutico elabora uma lista precisa de todos os medicamentos (nome ou formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica, dose, via de administração e frequência de uso, duração do tratamento) com objetivo de aprimorar o registro dessas informações e prevenir erros, como duplicidades ou omissões de medicamentos, principalmente quando o usuário transita pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde.</p>	Privativo	Prescritor, usuário e/ou cuidador	Transversal

QUADRO 2 - Serviços clínico-assistenciais de cuidado farmacêutico no nível da Atenção Primária à Saúde (continuação)

SERVIÇO	TIPO DE AMBIENTE REQUERIDO PARA REALIZAÇÃO	PÚBLICO-ALVO	TEMPORALIDADE DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO
<p>Rastreamento em saúde</p> <p>Serviço que possibilita a identificação provável de doença ou condição de saúde, em pessoas assintomáticas ou sob risco de desenvolvê-las, pela realização de procedimentos, exames ou aplicação de instrumentos de entrevista validados, com subsequente orientação e encaminhamento do usuário a outro profissional ou serviço de saúde para diagnóstico e tratamento.</p>	Variado*	Usuário	Transversal

Fonte: Adaptado de Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (29), Brasil (17, 36, 37, 38) e Conselho Federal de Farmácia (17).

Nota: * Semiprivativo, privativo ou público.

QUADRO 3 - Serviços técnico-pedagógicos de cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde

TIPO	DEFINIÇÃO	TIPO DE AMBIENTE REQUERIDO PARA REALIZAÇÃO	PÚBLICO-ALVO	REQUER CONTINUIDADE
Informação e educação em saúde em âmbito individual	Serviços que compreendem diferentes estratégias educativas, as quais integram os saberes popular e científico, de modo a contribuir para aumentar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes sobre os problemas de saúde e seus tratamentos, a fim de promover o uso correto do medicamento. São voltadas aos usuários, à equipe de saúde e à comunidade.	Variado*	Usuários	Não
Informação e educação em saúde em âmbito coletivo	Serviços que compreendem diferentes estratégias educativas, as quais integram os saberes popular e científico, de modo a contribuir para aumentar conhecimentos, desenvolver habilidades e atitudes sobre os problemas de saúde e seus tratamentos, a fim de promover o uso correto do medicamento. São voltadas aos usuários, à equipe de saúde e à comunidade.	Variado*	Grupo de usuários, comunidade ou profissionais	Não

Fonte: Adaptado de Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (29), Brasil (17, 35, 37, 38) e Conselho Federal de Farmácia (17).

Nota: * Semi-privativo, privativo ou público.

A gestão local, além da operacionalização dos serviços farmacêuticos na APS, possui outras atribuições destacadas no modelo, como a gestão local da força de trabalho, da infraestrutura e dos subsistemas de informação e dos estoques de medicamentos, insumos e equipamentos

que estão sob sua responsabilidade. A gestão local se integra e segue os mesmos pressupostos de qualidade estabelecidos para a gestão da AF como um todo, respeitando os níveis hierárquicos municipais e as competências, assim como assumindo a corresponsabilização cabível pelas ações. Além disso, a gestão local também deve estar integrada com os diferentes profissionais e serviços da rede de atenção à saúde, tendo um papel relevante a desempenhar para o acesso a medicamentos e a melhoria da segurança e efetividade do uso de medicamentos pela população.

Dois outros componentes do modelo merecem destaque, os resultados e os impactos. Os resultados expressos no modelo são os aqueles considerados finalísticos da AF na APS, ou seja, que decorrem diretamente do desempenho da AF municipal e de seus dois principais subsistemas, o da gestão técnica do medicamento e do Cuidado Farmacêutico, como a disponibilidade e oferta de medicamentos de qualidade, o uso racional e seguro dos medicamentos, a adesão aos tratamentos e a satisfação dos usuários. Importante ressaltar que esses resultados devem ser mensuráveis, pois são uma importante fonte de retroalimentação de todo o sistema, devendo ser monitorados e avaliados continuamente para adequar as políticas de saúde, especialmente as farmacêuticas, o planejamento e a gestão estratégica da AF com vistas à melhoria contínua da qualidade.

Finalmente, os impactos são caracterizados por efeitos pretendidos quando todo o conjunto – sistema da AF na APS associado aos fatores contextuais – opera unido em benefício da saúde, com riscos e danos associados ao uso de medicamentos pela população sendo reduzidos e a qualidade de vida dos usuários sendo aprimorada.

Considerações Finais

A utilização de modelos lógicos em planejamento, monitoramento e avaliação tem respondido a diversas questões teóricas, empíricas e de aplicabilidade de políticas, programas e serviços de saúde.

Alguns desses modelos, carregam controvérsias inerentes à sua concepção por focar representações estáticas da realidade (37). O modelo lógico apresentado neste capítulo, em contraposição a uma representação fixa, foi desenvolvido com base em uma abordagem sistêmica

e integradora que busca, ainda, distinguir os macroprocessos, as competências, as responsabilidades, os seus efeitos específicos esperados e os fatores que podem afetar o desempenho da AF na APS.

Importante destacar que o modelo aqui apresentado não é definitivo e nem tem a intenção de retratar todos os elementos que dizem respeito ao sistema da AF municipal. Modelos são ferramentas de comunicação, representando a mudança esperada no sistema e como este deve funcionar para que essa mudança ocorra. O modelo é, ainda, uma projeção simplificada do que pode ser a realidade.

Por outro lado, pondera-se que o modelo lógico desenvolvido ajuda a preencher uma lacuna em relação a outros previamente propostos, caracterizando o funcionamento da AF na APS e hibridizando, de forma integradora, seus elementos essenciais – os sistemas de Gestão Técnica e de Cuidado Farmacêutico. Além disso, considerando-se que todo sistema, para atingir os efeitos esperados, tem que funcionar de acordo com as boas práticas de planejamento e gestão, o modelo lógico proposto também fomenta a revisão crítica dos processos adotados nos municípios. Nesse sentido, esse modelo deve ser visto, ainda, como uma ferramenta que permite avaliar a AF implementada, além de facilitar a sua contextualização, o seu planejamento e monitoramento e a otimização de ações e de serviços, podendo ser utilizado de forma isolada, em combinação a outros modelos lógicos ou adaptado para as realidades dos diferentes territórios.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 jul. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html. Acesso em 22 ago. 2022.

2. BARRETO, J. L.; GUIMARÃES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.

3. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Servicios farmacéuticos basados en la atención pri-**

maria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.6). Washington, DC: OPAS, 2013. Disponível em: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SerieRAPSANo6-2013.pdf>. Acesso em 22 ago. 2022.

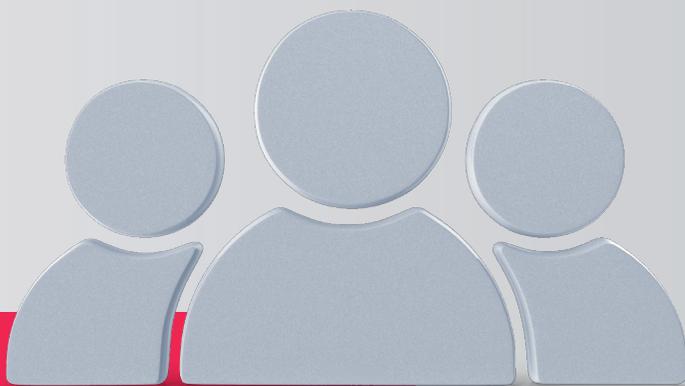
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916**, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 out. 1998a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 30 nov. 2022.

5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica: aplicação do método clínico: Volume 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

6. PEREIRA, N. C.; LUIZA, V. L.; CRUZ, M. M. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p. 451-468, 2015.
7. PEREIRA, N. C. et al. Implementation of pharmaceutical services in Brazilian primary health care: a cross-sectional study. **BMC Family Practice**, v. 22, n. 1, 170, 2021.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para sua organização. 2.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 100 p. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>. Acesso em 22 ago. 2022.
9. BUNGE, M. Caçando a realidade. São Paulo: Editora Perspectiva, 2010. 464p.
10. MACHADO, F. C. A. et al. Modelo lógico para os ciclos de melhoria da estratégia saúde da família. **Revista Ciência Plural**, v. 7, n. 3, p. 158-179, 2021.
11. MACHADO, F. C. A.; SILVEIRA, R. M. V.; OLIVEIRA, S. F. Desenvolvimento de um modelo lógico para o serviço de assistência especializada. **Revista Ciência Plural**, v. 8, n. 2, e24290, 2022.
12. FERREIRA HC, M.; GONZALEZ, R. . Como elaborar Modelo Lógico de programa: um roteiro FERREIRA, H. R. S. A.; CASSIOLATO, M. M. D. M. C.; GONZALEZ, R. H. S. **Como elaborar Modelo Lógico de programa: um roteiro básico**. Brasília, DF: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 21 p., 2007.
13. WK KELLOGG FOUNDATION. **Logic Model Development Guide**. Using Logic Models to Bring Together Planning, Evaluation, and Action. Battle Creek, MI: WK Kellogg Foundation, 2004. Disponível em: <https://www.nj.gov/state/assets/pdf/ofbi/kellogg-foundation-logic-model-development-guide.pdf>. Acesso em 22 ago. 2022.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Planejar é preciso**: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 74 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/06_1143_M.pdf. Acesso em 22 ago. 2022.
15. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços Farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade**: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília, DF: CFF, 2016. 200 p.
16. CORRER, C. J.; OTUKI, M. F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 108 p.
18. LUZ, T. C. B. et al. MedMinas project: design and use of mixed methods in the evaluation of pharmaceutical services in primary health care in Minas Gerais, Brazil. **BMC Medical Research Methodology**, v. 22, n. 1, 80, 2022.
19. SAVIGNY, D.; ADAM, T. (ed.). **Systems thinking for health systems strengthening**. Geneva, Switzerland: Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization, 2009. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44204/9789241563895_eng.pdf;jsessionid=7A30176BF1E3AD0F9D6DA0371A565B87?sequence=1. Acesso em: 30 nov. 2022.
20. ARNOLD, R. D.; WADE, J. P. A definition of systems thinking: A systems approach. **Procedia Computer Science**, v. 44, p. 669-678, 2015.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338**, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 mai. 2004. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sauolegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 30 nov. 2022.
22. TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Referencial para avaliação de governança em políticas públicas**. Brasília, DF: TCU, 2014. 91 p. Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/referencial-para-avaliacao-de-governanca-em-politicas-publicas.htm>. Acesso em 22 ago. 2022.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS**: ParticipaSUS. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 41 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_estrategica_participa-sus_2ed.pdf. Acesso em: 30 nov. 2022.
24. PEDROSO, M. C. **Um modelo de gestão estratégica para serviços de saúde**. 2010. Tese (Doutorado Programa de Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

25. LEITE, S. N.; MENDES, S.J.; CAMPESE, M. (org.) **Módulo Transversal - Gestão da assistência farmacêutica**. Florianópolis, SC: Universidade Federal de Santa Catarina, 2015. 206 p. Disponível em: www.unasus.ufsc.br/gestaofarmacaceutica. Acesso em: 30 nov. 2022.
26. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2015. 133 p.
27. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **O que é Atenção Primária**. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em 30 nov. 2022.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 30 nov. 2022.
29. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Instrumento de referência dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica**. Brasília, DF: CONASEMS, 2021. 72 p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/09/Cartilha_Finalizando.pdf. Acesso em 30 nov. 2022.
30. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2007. 186 p.
31. JARAMILLO, N. M.; CORDEIRO, B. C. Assistência Farmacêutica. In: OSORIO-DE-CASTRO, C. et al. (org). **Assistência Farmacêutica Gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fio-cruz, p. 27-38, 2014.
32. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Manual do (a) gestor (a) Municipal do SUS**: “Diálogos no cotidiano”. 2a edição digital - revisada e ampliada. Brasília, DF: CONASEMS, 2021. 440 p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf. Acesso em: 06 out. 2022.
33. PINTO, V. **Armazenamento e distribuição: o medicamento também merece cuidados**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde, v.12, n.1, 2016. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/Fasciculo%20012a.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2022.
34. MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. **MDS-3. Managing Access to Medicines and Health Technologies**. 3 ed. Arlington, VA: Lynne Rienner, 2012.
35. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://assistencia-farmacaceutica-ab.conasems.org.br/publicacao/gestao-cuidado-farmacaceutico/>. Acesso em: 30 nov. 2022.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **O Cuidado Farmacêutico no contexto do sistema de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_farmacaceutico_contexto_sistema_saude_v1.pdf. Acesso em: 30 nov. 2022.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº. 44**, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 nov. 2009. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4f6b6a80474575cf83b9d-73fbc4c6735/180809_rdc_44.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em 30 nov. 2022.
38. 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, 2009. 44 p. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/40%20-%20BRASIL_%20MINIST%C3%89RIO%20DA%20SA-C3%9ADE%202009%20Diretrizes%20para%20Estrutura%C3%A7%C3%A3o%20de%20Farm%C3%A1cias%20no%20%C3%A2mbito%20do%20SUS.pdf. Acesso em: 30 nov. 2022.
39. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Atividades e serviços farmacêuticos no SUS: proposta para a gestão municipal**. 2020. Disponível em: [https://www.cff.org.br/userfiles/file/atividades%20e%20servi%C3%A7os%20farmac%C3%Aauticos%20no%20SUS_14122020\(1\).pdf](https://www.cff.org.br/userfiles/file/atividades%20e%20servi%C3%A7os%20farmac%C3%Aauticos%20no%20SUS_14122020(1).pdf). Acesso em 30 nov. 2022.
40. MIDGLEY, G. System Thinking for Evaluation. In: WILLIAMS, B; IMAM, I. (ed.) **Systems concepts in evaluation: an expert anthology**. Point Reyes, CA: EdgePress of Inverness, p. 11-34, 2007.

UNIDADE 2



GESTÃO ESTRATÉGICA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- 4. Participação institucional**
- 5. Financiamento e execução orçamentária**
- 6. Força de trabalho**

4

Participação institucional

Tatiana Luz e Jans Izidoro

A Assistência Farmacêutica (AF) municipal, tendo os medicamentos como insumo essencial e visando seu uso racional, desempenha um papel fundamental no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente no que diz respeito à garantia da assistência integral e contínua às necessidades e problemas de saúde de maior relevância para a população (1-3).

Desde o final da década de 1990, todo um conjunto de regulamentações, normas técnicas e manuais definindo as atribuições da AF na APS vem sendo publicado. Muito do que foi produzido tem foco nas ações, financiamento e estruturação relacionadas à gestão técnica do medicamento e, mais recentemente, ao cuidado farmacêutico (1, 2, 4-6). Dessa forma, a ênfase histórica da gestão da AF na logística de medicamentos vem sendo objeto de debates, especialmente porque a consolidação dessa área no âmbito da APS passa pela integração às redes de atenção à saúde, trabalho em equipe e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (7-9), superando visões tradicionais, estritamente tecnicistas e burocráticas.

De fato, de acordo com o modelo lógico da AF na APS apresentado no **Capítulo 3**, para que sejam alcançados os resultados pretendidos, como, por exemplo, a disponibilidade e a oferta de medicamentos de qualidade, o uso racional e seguro dos medicamentos, além dos seus impactos - como a melhoria na qualidade de vida dos usuários -, é essencial

que haja articulação e integração da AF com os diferentes níveis da gestão da saúde municipal. Mais do que isso, é indispensável que haja participação da AF na formulação das políticas públicas de saúde locais, na elaboração dos instrumentos de gestão, nas pactuações orçamentárias e que haja atuação da área nos espaços decisórios municipais.

Os principais instrumentos de planejamento utilizados no SUS são o “Plano de Saúde”, a “Programação Anual” e o “Relatório de Gestão” (Quadro 1).

QUADRO 1 - Descrição básica dos instrumentos de planejamento no âmbito do Sistema Único de Saúde

INSTRUMENTO	DESCRIÇÃO
Plano Municipal de Saúde (PMS)	Elaborado a cada quatro anos. É a base para a definição e implementação de todas as iniciativas, assim como da execução, do acompanhamento e da avaliação da gestão do sistema de saúde. Contempla todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade e o atendimento às necessidades de saúde da população. O plano de saúde norteia a elaboração orçamentária da saúde. Deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde.
Programação Anual de Saúde (PAS)	Elaboração anual. Operacionaliza as intenções expressas no plano de saúde, contendo as metas anuais, ações, indicadores de monitoramento e a alocação dos recursos orçamentários a serem executados. Deve ser encaminhada ao respectivo Conselho de Saúde para aprovação.
Relatório Anual de Gestão (RAG)	Elaboração anual. Deve conter as diretrizes, objetivos e indicadores do Plano de Saúde, assim como as metas da PAS previstas e executadas. O RAG orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

Fonte: Adaptado de Brasil (10) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (11).

Esses instrumentos são operacionalizados em um processo cíclico, integrado e sistêmico de planejamento e devem, ainda, ser compatibilizados com os instrumentos de planejamento e orçamento de governo em cada esfera de gestão – municipal, estadual e federal –, quais sejam: o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), descritos no Quadro 2 (10).

QUADRO 2 - Descrição básica dos instrumentos de planejamento e orçamento de governo

INSTRUMENTO	DESCRIÇÃO
Plano Plurianual (PPA)	Trata-se de um instrumento da administração e do planejamento público cujo conteúdo é a programação do governo, para quatro anos, de suas diretrizes, objetivos e metas, descrevendo os programas e ações que resultarão em bens e serviços para a população.
Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)	Instrumento da administração pública responsável por mediar a PPA e a LOA, definindo diretrizes e metas prioritárias – contidos no PPA – relacionando-as à viabilidade orçamentária subsequente ao exercício. Portanto, a LDO deve conter as metas e os objetivos prioritários, bem como as orientações para a elaboração da LOA para o ano seguinte.
Lei Orçamentária Anual (LOA)	Elaboração anual. Permite ao gestor apresentar os resultados alcançados com a execução da PAS e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde.

Fonte: Adaptado do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (12).

Os instrumentos de planejamento e orçamento de governo (Quadro 2) permitem ajustar as ações às reais possibilidades financeiras do exercício, de modo a permitir um controle mais efetivo das receitas e das despesas públicas (13). O PPA, por exemplo, tem como elos a LDO, que estabelece os parâmetros necessários para a alocação dos recursos no orçamento anual, e a LOA, que estrutura os planos e detalha o programa de governo, autorizando sua execução efetiva.

Segundo a legislação, o processo de planejamento e orçamento do SUS será ascendente, do nível local ao federal, ouvidos seus órgãos colegiados e deliberativos, como os Conselhos de Saúde. Os Conselhos, por sua vez, estabelecem as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, considerando as características epidemiológicas e de organização dos serviços nos diferentes territórios (11).

Considerando que a AF deve ser vista sob a ótica integral (13), o modelo lógico apresentado no **Capítulo 3** reforça a necessidade de implementar a “gestão estratégica da AF”. Dessa forma, a gestão é realizada de forma sistêmica, interdependente e integrada a outras áreas e setores, sendo orientada para resultados mais eficazes, eficientes e efetivos (14, 15).

Um dos pré-requisitos da implementação da gestão estratégica da AF é a sua institucionalização no sistema de saúde, uma vez que a ausência desse elemento gera desperdícios de recursos humanos e financeiros e ameaça a sustentabilidade da área nos espaços organizacionais (16). A institucionalização pode ser entendida como o processo em que uma determinada área ou setor se torna parte integral de um sistema organizacional formal. Esse processo ocorre por meio da formalização de estruturas, rotinas, fluxos e procedimentos, sendo fomentado e potencializado pela extensão com que as partes interessadas interagem entre si (16, 17).

No caso da AF, é importante considerar, ainda, que a sua institucionalização no sistema de saúde municipal tem efeitos na sua gestão, no desenvolvimento de práticas e atividades inerentes à área, na organização, no desenvolvimento e no financiamento dos serviços farmacêuticos e na participação nas instâncias deliberativas da saúde (18).

A formalização da Assistência Farmacêutica no sistema de saúde municipal

A formalização da AF na estrutura organizacional das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) legaliza seu espaço de atuação perante os demais setores da saúde e da gestão pública, conferindo maior visibilidade e sustentabilidade à área (18, 19). Além disso, do ponto de vista da gestão da AF, é importante compreender a estrutura organizacional na qual a área está inserida para que se possa avaliar os fluxos, as competências, os diferentes papéis e as responsabilidades dentro da estrutura hierárquica, uma vez que isso influencia diretamente a capacidade de planejamento e de gestão da área (20). Outro aspecto igualmente importante é a demonstração, em funcionogramas, da estruturação interna da AF e o detalhamento das principais atividades desempenhadas pela área.

Apesar da relevância, nem todos os municípios possuem a AF incluída nos organogramas das SMS. Pesquisas realizadas no país indicam que o percentual de inclusão varia entre 74,3% e 84,2% dos municípios, a depender da amostra estudada (18, 21, 22), conforme destacado na Figura 1.

FIGURA 1 – Percentual de inclusão da Assistência Farmacêutica nos organogramas das Secretarias Municipais de Saúde de acordo com diferentes estudos



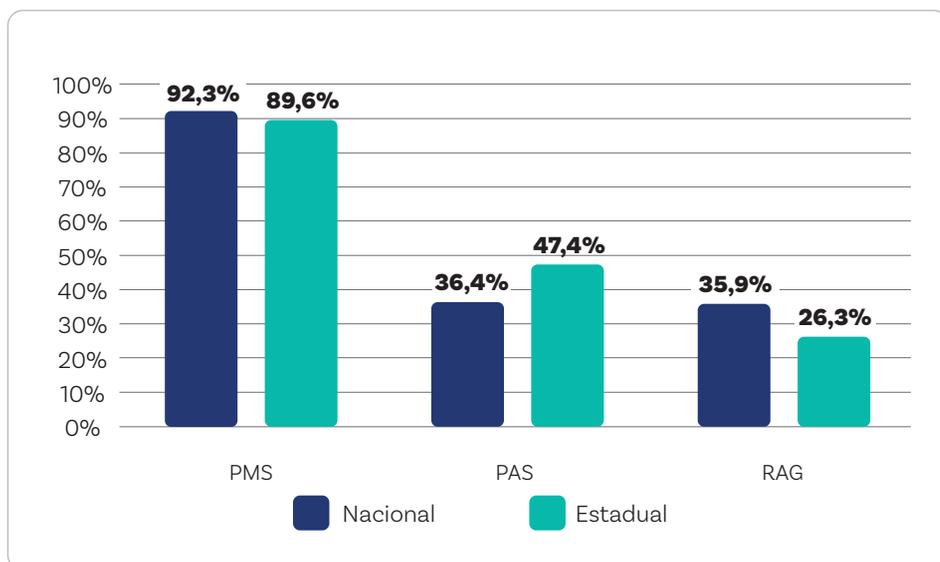
Fontes: Adaptado de Souza e col (18), Oliveira e col (21) e Luz e col (22).

Além da necessidade de representação nos organogramas institucionais, a formalização da AF passa, ainda, pela previsão de suas competências e responsabilidades nos instrumentos de planejamento e gestão do SUS, como os Planos Municipais de Saúde (PMS), as Programações Anuais de Saúde (PAS) e os Relatórios de Anuais de Gestão (RAG).

Nesse sentido, pesquisas mostram que há um elevado grau de representação da área nos PMS, entre 89,6% e 92,3%, a depender da amostra considerada, se estadual (22) ou nacional (18). Porém, o mesmo não acontece em relação aos instrumentos PAS e RAG. Nesse caso, as pesquisas com representatividade nacional (13) e estadual (21) mostram baixos percentuais de incorporação da AF (Figura 2).

Com relação à PAS, por exemplo, um estudo nacional mostrou que a AF está incluída em pouco mais de um terço dos municípios (36,4%) (13). Já um estudo realizado no estado do Ceará trouxe uma realidade um pouco melhor, com a AF incluída nos instrumentos de quase metade das localidades (47,4%) (21). Considerando a inclusão da AF nos RAG, por outro lado, os resultados são piores. A pesquisa nacional mostrou que a área está presente em apenas 35,9% dos municípios (13) e a estadual revelou que pouco mais de um quarto (26,3%) das localidades informaram ter essa ação descrita nos RAG (21) (Figura 2).

FIGURA 2 – Percentual de inclusão da Assistência Farmacêutica nos instrumentos de planejamento e gestão das Secretarias Municipais de Saúde, de acordo com diferentes estudos



Fonte: Adaptado de Souza e col (18), Luz e col (22), Nora e col (13) e Oliveira e col (21).

Nota: PMS - Plano Municipal de Saúde; PAS - Programação Anual de Saúde; RAG - Relatório Anual de Gestão.

Outro espaço que também faz parte da estrutura das SMS são os Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Os CMS são órgãos colegiados, deliberativos e permanentes, que exercem as funções de formular estratégias e controlar a execução da política de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros. É de responsabilidade do CMS a análise e aprovação dos PMS, PAS e RAG. A composição dos CMS é paritária, compreendendo os representantes dos usuários (50% dos membros), dos profissionais de saúde (25% dos membros) e dos gestores e prestadores de serviços (25% dos membros) (23). Dessa forma, a participação da AF nos CMS é essencial para, além de fortalecer o papel dos farmacêuticos enquanto trabalhadores de saúde, também promover a articulação da área com diferentes atores, inclusive de forma intersetorial, em favor da transparência das ações da gestão pública.

Há poucos trabalhos publicados no país que exploram a participação da AF nos CMS, mas um estudo de abrangência nacional mostrou um grau mediano (41,6%) de participação da área nessas instâncias (19).

Será que a formalização da Assistência Farmacêutica garante a sua capacidade de governança?

A capacidade de governança deve ser compreendida aqui como a capacidade de avaliar, direcionar e monitorar os processos de tomada de decisão, com vistas à formulação e condução de políticas públicas e de prestação de serviços de interesse da sociedade, com base na eficiência administrativa e no alcance de resultados (24).¹

Apesar de existirem alguns avanços no processo de formalização da AF nos espaços organizacionais e, em alguma medida, no enquadramento da área no planejamento municipal, há muitas fragilidades no que diz respeito à sua capacidade de governança.

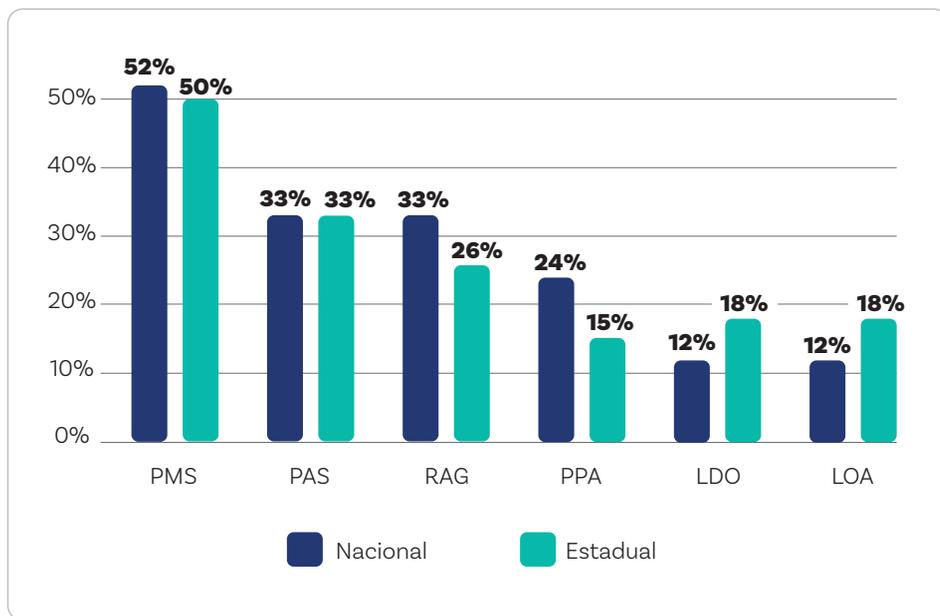
Algumas evidências reforçam o baixo grau de inserção da AF na gestão, no planejamento e na pactuação orçamentária e estão apresentadas na Figura 3. Nessa figura podem ser observados vários instrumentos importantes, como PMS, PAS, RAG, PPA, LDO e LOA, assim como o percentual correspondente de participação da área da AF em sua elaboração.

De acordo com a Figura 3, pode-se observar que a área da AF está envolvida na elaboração de apenas 50% dos PMS, independentemente da amostra avaliada, seja nacional ou estadual. Além disso, somente cerca de um terço dos municípios contam com a AF para a confecção das PAS e dos RAG (13, 22). Em Minas Gerais, os gestores da AF informaram ainda que a prestação de contas relativa aos recursos previstos e executados para a AF apareceu em apenas metade dos RAG (52,4%), resultado que vai inclusive na contramão de deliberação estabelecida pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) do Estado (25).

A situação fica pior quando se avalia o nível de participação da AF na elaboração dos instrumentos PPA, das LDO e das LOA. Nesses casos, esse nível varia entre não mais que 12% e 24%, a depender do tipo de instrumento e da amostra de municípios incluída, seja nacional ou estadual (13, 22) (Figura 3).

1 Conceito adaptado de Teixeira e Gomes (22).

FIGURA 3 – Percentual de participação da área da Assistência Farmacêutica na elaboração de instrumentos de gestão, planejamento e orçamento de acordo com diferentes estudos



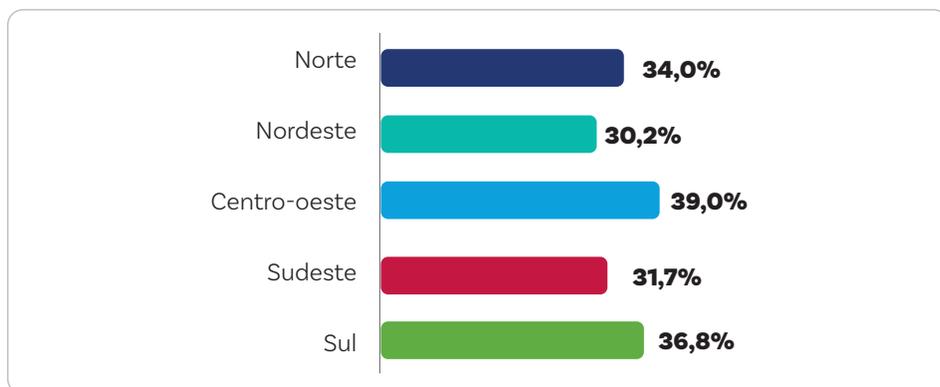
Fonte: Adaptado de Nora e col (13) e Luz e col (22).

Nota: PMS - Plano Municipal de Saúde; PAS - Programação Anual de Saúde; RAG - Relatório Anual de Gestão; PPA - Plano Plurianual; LDO - Lei de Diretrizes Orçamentárias; LOA - Lei Orçamentária Anual.

Em conjunto, as evidências apresentadas suscitam algumas reflexões. Considerando que esses instrumentos contêm as diretrizes, objetivos, metas e orçamentos da Saúde e da administração pública para um período de quatro anos, a não participação da AF na sua elaboração, impacta negativamente o planejamento de curto e de médio prazos da área (13). Ademais, se as ações da AF não estiverem contempladas nos instrumentos, não haverá previsão orçamentária para a execução das ações e, conseqüentemente, não será disponibilizado o aporte financeiro necessário para o período. Uma outra consequência bastante negativa da não participação é o aumento do risco de se desenvolver instrumentos inadequados para a AF, já que não foram ouvidos aqueles que detêm o conhecimento da área sob os pontos de vista técnico e prático. Esse aspecto também potencializa o risco, posteriormente à publicação, de não adesão dos profissionais ao planejamento realizado, prejudicando o alcance das metas e objetivos propostos (13).

Como já destacado anteriormente, a participação da AF nos CMS é mediana, mas é importante compreender como se dá a articulação da área nesses espaços. A discussão de temas próprios da AF permite ressaltar a sua importância para a resolutividade e qualidade dos serviços e programas de saúde, além de ampliar a sua capacidade de governança. Um estudo nacional revelou que a prestação de contas da AF ao CMS foi informada por 82,8% dos gestores da área (18). No entanto, em apenas 33,4% dos municípios ocorrem deliberações sempre ou repetidamente sobre questões concernentes à AF nesses espaços (18). A Figura 4 mostra esses percentuais por região do país.

FIGURA 4 - Percentual de municípios, segundo região, nos quais há deliberação sempre ou repetidamente sobre a Assistência Farmacêutica nos Conselhos Municipais de Saúde



Fonte: Adaptado de Souza e col (18).

Considerações Finais

A gestão estratégica da AF depende de seu fortalecimento, estruturação e capacidade de mobilizar apoio e recursos políticos, financeiros e humanos. As evidências apresentadas no capítulo vão de encontro a esses pressupostos.

De fato, mesmo considerando que algum avanço na formalização da AF esteja ocorrendo nos municípios, os dados indicam que a integração da área ao sistema de saúde ainda é incipiente na maioria das localidades do país. Há desafios significativos à articulação de seus saberes e práticas específicos aos processos de planejamento e de gestão da Saúde municipal.

As evidências também apontam para uma baixa inserção da AF nos espaços decisórios e deliberativos municipais. Esse cenário impulsiona a exclusão político-social da área, fragilizando a sua capacidade de influenciar diretamente as negociações, a tomada de decisão e de estabelecer as pactuações necessárias para a sua sustentabilidade.

O compromisso com a reorientação da AF no SUS não é algo novo. No entanto, dada a complexidade inerente à área, é preciso adotar medidas que possam legitimar seu campo de atuação, com definição clara de papéis, objetivos específicos, responsabilidades e arranjos de gestão para que se possa alcançar resultados efetivos.

Referências

1. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud. Documento de posición de la OPS/OMS (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.6). Washington, DC: OPAS, 2013. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dm-documents/2013/SerieRAPSA06-2013.pdf>. Acesso em: 06 out. 2022.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916**, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 out. 1998. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 06 out. 2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338**, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 mai. 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em 27 jun. 2022.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 100 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_15.pdf. Acesso em: 06 out. 2022.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica**: aplicação do método clínico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação**. Relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 125 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmacutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf. Acesso em: 06 out. 2022.
8. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Instrumento de referência dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica**. Brasília, DF: CONASEMS, 2021. 72 p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/09/Cartilha_Finalizando.pdf. Acesso em: 10 abr. 2022.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 05 out. 2022.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 1**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das Normas sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 out. 2017. Disponível em: http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_1_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 06 out. 2022.
11. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2015. 133 p.
12. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Manual do (a) gestor (a) Municipal do SUS**: “Diálogos no cotidiano”. 2a edição digital - revisada e ampliada. Brasília, DF: CONASEMS, 2021. 440 p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf. Acesso em: 06 out. 2022.
13. NORA, L. C. D. et al. Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 278-286, 2019.
14. COELHO JUNIOR, F. A. Gestão estratégica: um estudo de caso de percepção de mudança de cultura organizacional. **Psico-USF**, v. 8, n. 1, p. 81-89, 2003.
15. LANDIN, E.; GUIMARÃES, M.; WILL, R. O planejamento e a gestão estratégica na saúde: a experiência do Laboratório Central de Saúde Pública do Estado da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 39, supl. 1, p. 41-59, 2015.
16. KUCHENMULLER, T. et al. Domains and processes for institutionalizing evidence-informed health policy-making: a critical interpretive synthesis. **Health Research Policy and Systems**, v. 20, n. 1, p. 27, 2022.
17. TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 821-828, 2012.
18. SOUZA, G.S. et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 2, p. 7s, 2017.
19. GERLACK, L. F. et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl. 2, p. 15s, 2017.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Gestão e planejamento da Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvms/publicacoes/gestao_planejamento_assistencia_farmaceutica_sus.pdf. Acesso em: 06 out. 2022.
21. OLIVEIRA, W.; COSTA, K. S.; TAVARES, N. U. L. Gestão da Assistência farmacêutica em Regiões de saúde do Ceará: um recorte do Projeto QualiSUS-Rede. **Revista Gestão & Saúde (Brasília)**, v. 09, n. 01, 2018.
22. LUZ, T.C.B. et al. Avaliação retrospectiva, situacional e prospectiva da Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais. Projeto ERAF. Grupo de Estudos Transdisciplinares de Tecnologias em Saúde e Ambiente-Getesa, Instituto René Rachou, Minas Gerais, Brasil. Financiado pelo Programa Inova Fiocruz, Edital Geração de Conhecimento, 2018.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conselhos de Saúde**: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. 2. ed. Brasília, DF: 2013. 28 p.
24. TEIXEIRA, A. F.; GOMES, R. C. Governança pública: uma revisão conceitual. **Revista do Serviço Público**, v. 70, n. 4, p. 519-550, 2019.
25. MINAS GERAIS (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Deliberação CIB-SUS/MG nº 3.043**, de 13 de novembro de 2019. Aprova as normas de financiamento e gestão do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), no âmbito do SUSMG, as diretrizes para a descentralização de recursos e dá outras providências. 2019. Disponível em: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203043%20-%20SUBPAS_SAF_DMB%20_Financiamento_CBAF_final_apos%20CT%20\(002\).pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%203043%20-%20SUBPAS_SAF_DMB%20_Financiamento_CBAF_final_apos%20CT%20(002).pdf). Acesso em: 31 out. 2022.

5

Financiamento e execução orçamentária

Noemia Tavares e Letisa Nora

O financiamento da Assistência Farmacêutica (AF) é entendido como um componente fundamental para a execução das suas ações e serviços no Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM) preveem a garantia de recursos pela União, Estados e Municípios para a distribuição direta ou descentralizada de medicamentos, bem como o financiamento específico para os medicamentos da APS (1).

O financiamento da AF segue as normas dispostas para o financiamento do SUS. Em 2007 foram instituídos seis blocos de financiamento para a realização das transferências de recursos federais aos Estados, ao Distrito Federal e Municípios, incluindo um específico para a AF. Dez anos após, em 2017 (2), ocorreu a unificação dos blocos de financiamento e os recursos federais passam a ser organizados e transferidos na forma de dois blocos (custeio e investimento), conforme apresentado no Quadro 1. A AF, a partir de então, foi incorporada ao Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde, como um grupo de ações específico, onde são realizadas as transferências federais para o financiamento dos medicamentos e insumos farmacêuticos constantes na Relação Nacional de Medicamentos (Rename).

QUADRO 1 - Blocos de Financiamento do Sistema Único de Saúde

BLOCO	DESCRIÇÃO
Bloco de Custeio das Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)	Bloco onde são realizados os repasses destinados à manutenção da prestação das ASPS e ao funcionamento dos órgãos realizados fundo a fundo, em uma única conta financeira.
Bloco de Investimento na Rede de Serviços Públicos de Saúde	Bloco destinado à aquisição de equipamentos, obras de novas construções para as ASPS, e obras de reforma e/ou adequações de imóveis já existentes também tem conta corrente única.

Fonte: Adaptado de Brasil (2).

Cabe destacar que a responsabilidade pelo financiamento da AF acontece de acordo com pactuações na Comissão Intergestores Tripartite, compartilhada pelas três esferas de gestão do SUS e é regulamentada em portarias específicas, atualizadas periodicamente (2,3).

A operacionalização do financiamento da AF que norteia a organização do acesso aos medicamentos na rede de saúde do SUS é realizada em três componentes: Estratégico, Especializado e Básico, em que os entes gestores do SUS, a depender de cada grupo, participam financiando, através da aquisição direta ou por repasse de contrapartidas financeiras (Quadro 2).

QUADRO 2 - Componentes da Assistência Farmacêutica

BLOCO	DESCRIÇÃO
Componente Básico da AF (CBAF)	Destina-se à aquisição de medicamentos e insumos para os agravos e programas de saúde comuns no âmbito Atenção Primária à Saúde.
Componente Estratégico da AF (CESAF)	Destina-se ao financiamento de medicamentos indicados ao tratamento de agravos específicos, associados a um perfil endêmico, com importância epidemiológica, impacto socioeconômico ou que acometem populações vulneráveis.
Componente Especializado da AF (CEAF)	Estratégia de acesso a medicamentos em âmbito ambulatorial no SUS, que visa a integralidade do tratamento medicamentoso de doenças cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde.

Fonte: Adaptado a partir de Brasil (2).

Na APS, os medicamentos relacionados aos agravos e programas de saúde dedicados a suprir as necessidades básicas individuais e coletivas da população estão incluídos no Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) constantes no Anexo I e IV da Rename e são ofertados prioritariamente nas farmácias das Unidades Básicas da rede municipal de saúde (4). Tendo a Rename como instrumento norteador, os municípios devem estabelecer a sua Relação Municipal de Medicamentos (Remume) ou a Relação Regional de Medicamentos (Rereme) para organizar a oferta de medicamentos no âmbito local e regional (5).

As responsabilidades financeiras e executivas do CBAF são regulamentadas atualmente pelas Portarias nº 1.555, de 30 de julho de 2013, e nº 2.001, de 3 de agosto de 2017. Em 2017, com a consolidação das normas sobre o financiamento e as políticas de saúde pelo Ministério da Saúde, essas regras passaram a compor “portarias de consolidação” (6). No ano de 2019, a Portaria nº 3.193, de 9 de dezembro de 2019 (7), alterou o artigo 537 da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, e incluiu a adoção do Índice de Desenvolvimento Humano (IDHM) para ajuste do valor per capita da contrapartida federal, visando considerar a equidade no financiamento da AF.

Cabe destacar que o financiamento do CBAF é de responsabilidade tripartite (União, Estados, do Distrito Federal e Municípios), com aplicação de valores mínimos, por habitante, de seus orçamentos próprios. É importante destacar que as Comissões Intergestores Bipartite podem pactuar valores acima dos definidos em âmbito nacional, e os recursos federais e estaduais são repassados mensalmente ao Fundo Municipal de Saúde dos municípios, que são os responsáveis pela gestão descentralizada da execução do componente. Entretanto, os municípios e os estados podem pactuar a forma de gestão (centralizada no estado, parcialmente ou descentralizada a nível municipal) dos recursos no âmbito local na instância de pactuação bipartite do SUS (2, 7).

Os critérios e valores de aplicação dos recursos do CBAF, segundo a regulamentação vigente, estão apresentados no Quadro 3.

CRITÉRIOS E VALORES
<ul style="list-style-type: none">• Valor per capita definido para cada ente da Federação para financiar medicamentos constantes na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename (Anexos I e IV):<ul style="list-style-type: none">• União:<ul style="list-style-type: none">• a) IDHM muito baixo: R\$ 6,05 por habitante/ano;• b) IDHM baixo: R\$ 6,00 por habitante/ano;• c) IDHM médio: R\$ 5,95 por habitante/ano;• d) IDHM alto: R\$ 5,90 por habitante/ano;• e) IDHM muito alto: R\$ 5,85 por habitante/ano.• Estados: R\$ 2,36 por habitante/ano.• Municípios: R\$ 2,36 por habitante/ano.• DF: aplicará, no mínimo, o somatório dos valores de estados e municípios – R\$ 4,72• Os valores definidos podem ser majorados conforme pactuações nas respectivas Comissões Intergestores Bipartite (CIB).• Estados, DF e Municípios podem usar 15% dos repasses estaduais e dos recursos próprios para estruturação de serviços e educação continuada – foco na Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde.

Fonte: Adaptado de Brasil (2, 6).

Nota: DF - Distrito Federal; IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano.

Importante considerar que o financiamento da AF deve estar em consonância com o orçamento público disponível, conforme os instrumentos de planejamento orçamentário previstos na Constituição Federal de 1988 (8) e apresentados no **Capítulo 1**, a saber o Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Os recursos orçamentários programados no âmbito municipal devem levar em conta os valores oriundos dos repasses somados às contrapartidas de cada esfera de gestão, e outras ações além da aquisição de medicamentos podem ser incorporadas como atividades de qualificação, melhorias na infraestrutura, dentre outros, de acordo com as pactuações vigentes (5).

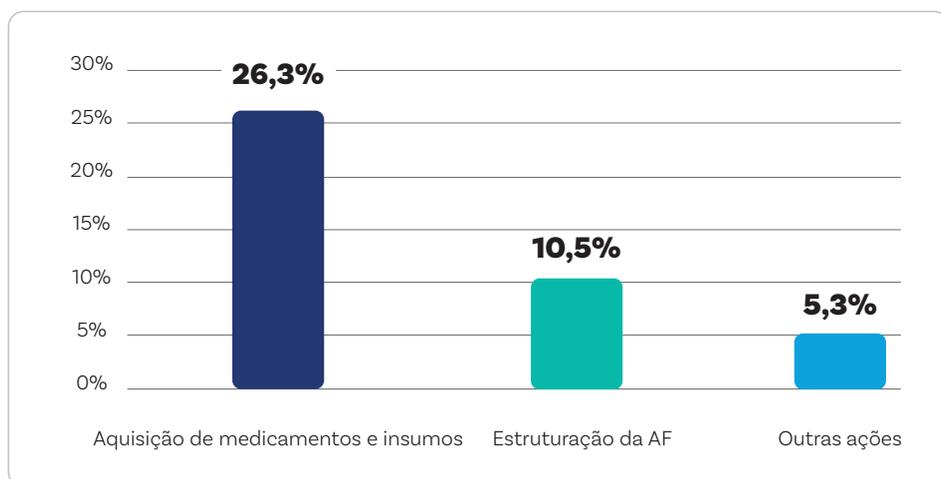
Este capítulo apresenta a síntese de evidências e reflexões sobre o financiamento e a execução orçamentária da AF nos municípios brasileiros no contexto da APS.

Como está ocorrendo o financiamento e execução orçamentária da Assistência Farmacêutica Municipal no contexto da Atenção Primária à Saúde?

Conforme citado anteriormente, o financiamento da AF deve estar de acordo com o planejamento orçamentário municipal. A LDO orienta quanto à formulação da LOA do ano correspondente, por meio do estabelecimento de diretrizes, objetivos e metas, e é elaborada de acordo com o PPA. Neste contexto, não estando contempladas na LDO as ações da AF, conseqüentemente, não haverá previsão orçamentária para elas na LOA, o que implica que não poderão receber o adequado apoio financeiro para sua realização (9).

Apesar de ser um tema pouco investigado em pesquisas nacionais, estudo realizado em duas regiões de saúde no estado do Ceará aponta as fragilidades deste cenário na AF municipal. O relato de previsão de recursos orçamentários na LOA em vigência, específicos para a aquisição de medicamentos, foi evidenciada em apenas um terço dos municípios e, de forma mais incipiente a previsão de recursos orçamentários específicos para a estruturação da AF e para o desenvolvimento de outras ações além do processo de aquisição e estruturação (Figura 1) (10).

FIGURA 1 - Percentual de municípios com previsão de recursos orçamentários para a Assistência Farmacêutica na Lei Orçamentária Anual vigente



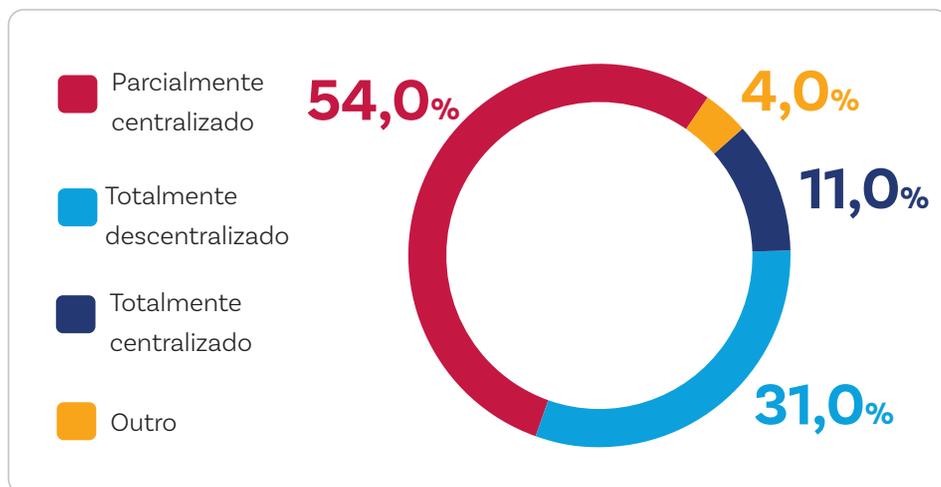
Fonte: Adaptado de Oliveira e col (10).

Entende-se que, mesmo que a área da AF municipal não seja diretamente responsável pela construção do planejamento orçamentário, a participação dos profissionais da gestão da AF nesta etapa pode refletir na adequação da execução orçamentária em relação às necessidades da população e à oferta de medicamentos e serviços farmacêuticos (9).

As responsabilidades de financiamento e execução das ações e serviços da AF, pactuadas no âmbito tripartite, são atualizadas periodicamente, sendo fundamental o seu conhecimento dos gestores da AF municipal. Oliveira e colaboradores (10) evidenciaram que grande parte dos responsáveis pela AF municipal do Estado do Ceará entrevistados (78,9%) referiram ter conhecimento da Portaria em vigência na época do estudo, a qual define as normas e a execução do Financiamento do CBAF.

No que diz respeito à forma de pactuação da gestão dos recursos do CBAF pelos municípios, de acordo com o relato dos secretários municipais de saúde em um estudo de representatividade nacional, a gestão totalmente descentralizada dos recursos do CBAF nos municípios ocorre em cerca de um terço dos mesmos, sendo que mais da metade adota o regime de descentralização parcial, onde a esfera de gestão estadual do SUS mantém algum grau de responsabilidade pela aquisição dos medicamentos e em uma menor parte a gestão do componente está totalmente centralizada no Estado (Figura 2) (11). Tais evidências demonstram dificuldades de implementação do processo de descentralização da gestão dos recursos da AF no âmbito municipal no país.

FIGURA 2 - Forma de pactuação da execução dos recursos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica nos municípios segundo os secretários municipais de saúde



Fonte: Faleiros e col (11).

Ainda em relação à gestão dos recursos financeiros pela AF municipal, um estudo de representatividade nacional apontou que somente cerca de um terço dos municípios brasileiros (38,5%) realiza a gestão dos recursos financeiros definidos para a AF de forma autônoma pelos responsáveis pela AF, o que pode impactar na resolutividade das ações da AF a nível local (15).

Outro aspecto a ser considerado em relação ao financiamento da AF é a existência de algum programa de cofinanciamento da AF instituído, o que foi relatado por 57,9% dos gestores da Assistência Farmacêutica dos municípios do Estado do Ceará e em 39,0% dos municípios do Estado de Minas Gerais (10, 12).

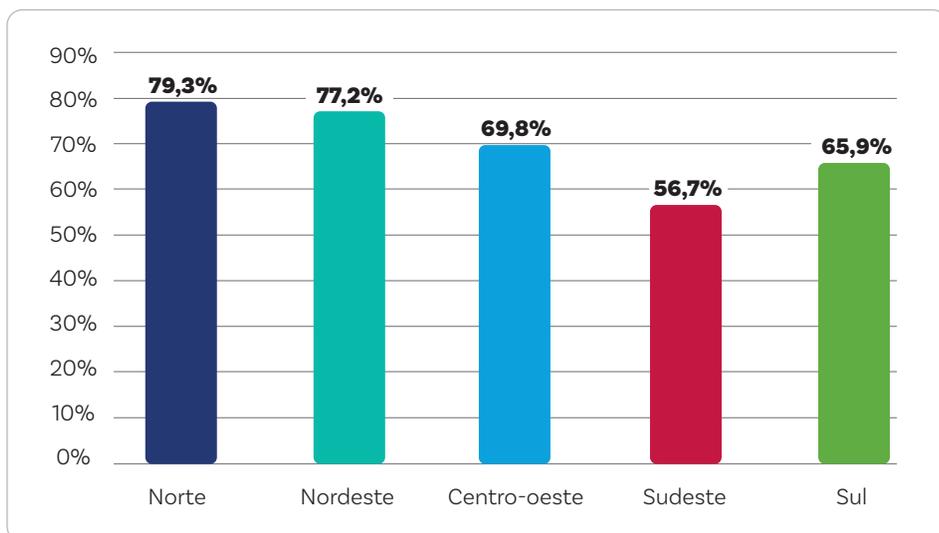
Quanto à aplicação dos recursos financeiros pactuados para o CBAF, as evidências apontam que a destinação de recursos financeiros da contrapartida do Componente no valor total previsto em portaria ainda não é efetivada na totalidade pelos Estados e Municípios. Dados nacionais descritos por Faleiros et.al (2017) (11) apontam que 72,7% dos estados e 86,4% dos municípios, segundo os secretários municipais de saúde, aplicam o total pactuado para o financiamento da farmácia básica. Em estudos realizados em âmbito estadual, realizados em Santa Catarina e Ceará,

também identificaram que 63,6% e 73,7% dos municípios, respectivamente, informaram o cumprimento da Portaria vigente quanto aos valores mínimos municipais a serem investidos para aquisição de medicamentos para a APS (13, 10).

Entretanto, um estudo que analisou o valor financeiro aplicado por habitante/ano em municípios brasileiros para aquisição de medicamentos do CBAF, registrados na Base Nacional de Ações e Serviços da AF (BNAFAR), identificou que a grande parte dos municípios analisados (73,0%) aplicou um valor por habitante/ano menor do que o mínimo recomendado pela legislação vigente, de acordo com as informações relativas às aquisições de medicamentos disponíveis no período do estudo (14).

As regiões Norte e Nordeste possuem o maior percentual de municípios com aplicação de recursos abaixo do mínimo recomendado (Figura 3). Já os municípios da região Sudeste aplicaram um valor por habitante/ano maior e adquiriram mais itens do que nas demais regiões (dados não mostrados na figura). Em conjunto, esses resultados apontam para disparidades regionais na aplicação de recursos financeiros para prover o acesso a medicamentos do CBAF (14).

FIGURA 3 - Distribuição dos municípios com aplicação de recursos abaixo do mínimo recomendado de financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, por regiões



Fonte: Adaptado de Pontes e col (14).

A despeito das lacunas evidenciadas em relação ao cumprimento das pactuações vigentes para o financiamento do componente, os gestores apontam que os recursos investidos para aquisição de medicamentos da APS para o atendimento à população são insuficientes para as necessidades locais. Estudo nacional apontou que somente um terço (27,8%) dos responsáveis pela AF municipal afirmaram que os recursos do CBAF são suficientes (11). Este dado é corroborado por outro estudo que investigou se o recurso total previsto na Portaria em vigência do financiamento do CBAF é suficiente para adquirir todos os itens de medicamentos padronizados nas quantidades adequadas em municípios do Estado do Ceará, onde grande parte dos entrevistados afirmou que é insuficiente (68,4%) (10).

Estes resultados apontam para fragilidades na efetivação das pactuações vigentes relacionadas ao financiamento do CBAF pelos estados e municípios. Em relação ao ente federal, análise do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) também demonstrou que o investimento federal no CBAF no período de 2010 a 2016 teve uma redução de 25% em termos reais (16).

Por outro lado, o relato de insuficiência de recursos para sua execução pode estar associado à utilização do recurso do CBAF para cobrir demandas de medicamentos não pertencentes a este componente, como demandas judiciais e de outros níveis de atenção, que pode estar impactando na insuficiência dos recursos, o que segundo resultados da pesquisa PNAUM ocorre por mais de um terço dos municípios brasileiros (35,4%) (11).

Neste contexto, destaca-se que o acompanhamento da execução dos recursos financeiros do CBAF é uma etapa importante para a efetividade das ações e serviços da AF na APS, o que parece ainda não ser uma realidade evidenciada. Um estudo recente em municípios mineiros apontou que 32,3% dos gestores da AF entrevistados relataram que a área técnica da AF não acompanha a execução dos recursos financeiros da AF (12).

Considerações Finais

As evidências levantadas apontam que o financiamento e a execução dos recursos financeiros para a aquisição de medicamentos do CBAF para atendimento das demandas da população ainda apresentam fragilidades importantes em relação ao planejamento orçamentário relacionado à AF no âmbito municipal e no cumprimento das pactuações vigentes para o financiamento do CBAF.

Dentre elas, podemos citar a falta de previsão de recursos orçamentários das ações da AF nos instrumentos de planejamento orçamentário do SUS, bem como a falta de participação dos profissionais da AF na construção destes instrumentos de planejamento a nível local. Além disso, há dificuldades na implementação do processo de descentralização da gestão dos recursos da AF no âmbito municipal no país e pouca autonomia de grande parte dos responsáveis pela AF na gestão dos recursos financeiros definidos para a AF no município.

Mesmo que grande parte dos gestores referencie ter conhecimento acerca das normativas que tratam do financiamento e execução das ações e serviços da AF, as evidências apontam que a aplicação dos recursos financeiros pactuados para a contrapartida do CBAF no valor total previsto em portaria ainda não é efetivada na totalidade pelos Estados e Municípios, e que, por outro lado, os recursos pactuados e investidos para a aquisição de medicamentos da APS para o atendimento à população são insuficientes para as necessidades locais da maioria dos municípios. Por fim, podemos apontar a falta de acompanhamento da execução dos recursos financeiros do CBAF por parte dos municípios brasileiros, o que implica na efetividade das ações e serviços da AF na APS.

Este quadro se torna mais complexo diante do cenário de restrições orçamentárias e financeiras e do crônico subfinanciamento do SUS, que reflete no financiamento da AF e compromete a efetivação do objetivo das Políticas Farmacêuticas quanto à promoção do acesso a medicamentos aos usuários do SUS, especialmente na APS.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916**, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 10 abr. 2022.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 6**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial União, Brasília, DF, 3 out. 2017. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 10 abr. 2022.
3. BRASIL. **Lei nº 12.401**, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, 29 abr. 2011b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm. Acesso em: 10 abr. 2022.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2022 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sctie/daf/20210367-renom-2022_final.pdf. Acesso em: 21 mar. 2022.
5. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Manual do (a) gestor (a) municipal do SUS** - diálogos no cotidiano. 2a. ed. Brasília: Conasems, 2021. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2019/07/manual_do_gestor_F02_tela.pdf. Acesso em: 11 mar 2022.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação nº 2**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 3 out. 2017a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/Matrix-2-Politicas.html>. Acesso em: 21 mar. 2022.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.193**, de 9 de dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.193-de-9-de-dezembro-de-2019-232399751>. Acesso em: 11 mar 2022.
8. BRASIL. **Constituição de 1988**. Constituição Federal da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF, out. 1988. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 11 mar 2022.
9. NORA, L. C. D. et al. Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 03, p. 278-286, 2019.
10. OLIVEIRA, W. et al. Gestão da Assistência Farmacêutica em regiões de saúde do Ceará: um recorte do Projeto QualiSUS-Rede. **Revista Gestão & Saúde**, v. 09, n. 01, 2018.
11. FALEIROS, D. R. et al. Financing of Pharmaceutical Services in the municipal management of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, v. 51(suppl.2), p. 14, 2017.
12. LUZ, T.C.B. et al. Avaliação retrospectiva, situacional e prospectiva da Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais. Projeto ERAF. Grupo de Estudos Transdisciplinares de Tecnologias em Saúde e Ambiente-Getesa, Instituto René Rachou, Minas Gerais, Brasil. Financiada pelo Programa Inova Fiocruz, Edital Geração de Conhecimento, 2018.
13. MONTEIRO, E. R. et al. Avaliação da gestão municipal na promoção do uso racional de medicamentos em municípios de médio e grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Caderno Saude Publica**, v. 9, n. 37, p. 5, 2021.
14. PONTES, M. A. et al. Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2453-2462, 2017.
15. GERLACK, L. F. et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista De Saúde Pública**, v. 51(suppl.2), p. 15, 2017.
16. VIEIRA, F. S. **Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de saúde no período de 2010 a 2016**. Rio de Janeiro: Ipea, 2018. Disponível em: <https://www.econstor.eu/handle/10419/177572>. Acesso em: 21 jan. 2022.

6

Força de trabalho

Tatiana Luz

A organização da Assistência Farmacêutica (AF) segue os mesmos princípios da descentralização administrativa que são observados em todo o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, os serviços farmacêuticos são executados pela esfera municipal, que tem o compromisso de estruturar a AF para desenvolver as atividades que lhe são pertinentes (1).

Para aprimorar as ações, a oferta e a prestação de serviços correspondentes à AF na Atenção Primária à Saúde (APS), a Política Nacional de Medicamentos (1) já previa, há mais de 20 anos, a necessidade de os municípios investirem em capacitação profissional. Além disso, a legislação permite que os municípios apliquem até 15% do orçamento da AF para atividades destinadas à adequação de infraestrutura e à qualificação dos profissionais (2).

A despeito das políticas de incentivo e da magnitude do financiamento, as evidências apontam para a existência de grandes lacunas entre o que é preconizado nas políticas farmacêuticas e na legislação brasileira, e o que é observado, na prática, nos municípios (3). De fato, a disponibilização de recursos para a contratação e fixação de farmacêuticos na rede pública, bem como para qualificar a força de trabalho da AF municipal é documentadamente insuficiente (4-7).

Apesar de os farmacêuticos terem um papel legitimado no que se refere ao desenvolvimento das atividades pertinentes à gestão técnica

dos medicamentos e ao cuidado farmacêutico (8), as competências e a capacidade técnica desses profissionais são frequentemente subutilizadas nos serviços da APS (9). Defende-se que a integração dos farmacêuticos nesses âmbitos acarreta, ao menos, três efeitos positivos para os usuários e para o sistema de saúde: (I) favorece o uso racional e seguro dos medicamentos; (II) melhora os resultados clínicos; e (III) aumenta o acesso dos usuários à assistência à saúde e aos medicamentos (9).

Este capítulo apresenta a síntese de evidências e reflexões sobre a força de trabalho da AF nos municípios brasileiros no contexto da APS.

Quem são os profissionais em atuação na Assistência Farmacêutica municipal?

Segundo o modelo lógico da AF apresentado no **Capítulo 3**, espera-se que a gestão municipal da AF desenvolva atividades de planejamento e gerenciamento de infraestrutura e equipamentos, da força de trabalho e das tecnologias de informação. Além disso, essa gestão também é responsável pelos subsistemas da gestão técnica do medicamento (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição) e do cuidado farmacêutico (serviços clínico-assistenciais e serviços técnico-pedagógicos) (8, 10).

No entanto, apesar da reconhecida importância e complexidade dos objetivos e funções da área, nem todos os municípios brasileiros possuem uma AF institucionalizada nas Secretarias Municipais de Saúde (SMS). Esse percentual, conforme mostrado no **Capítulo 4**, varia entre 74,3% e 82,2%.

No caso da gestão municipal da AF, os farmacêuticos são os profissionais que costumam desempenhar essa função. De fato, cerca de 90% a 99% dos gestores da AF no Brasil são farmacêuticos, trabalhando com carga horária integral de 40 horas semanais (11-15).

Por outro lado, os levantamentos também mostram que menos da metade desses profissionais são servidores públicos, ou seja, são contratados pelo regime jurídico único nas SMS (14-16). Isso pode comprometer a continuidade de um trabalho que precisa ser efetuado em condições de

estabilidade e reconhecimento formal e institucional (4). A Figura 1 apresenta os dois principais tipos de vínculo empregatício da gestão municipal da AF no Brasil¹.

FIGURA 1 - Principais vínculos empregatícios dos gestores da Assistência Farmacêutica municipal no Brasil



Fonte: Adaptado de Nora e col (14).

A presença de farmacêuticos e de outros profissionais nas unidades de dispensação da Atenção Primária à Saúde

As unidades de dispensação relacionadas à APS devem contar com recursos humanos com perfil e capacitação adequados, em quantidade suficiente para executar, entre outras atividades, a operação dos sistemas de gestão técnica do medicamento e de cuidado farmacêutico no nível local (17).

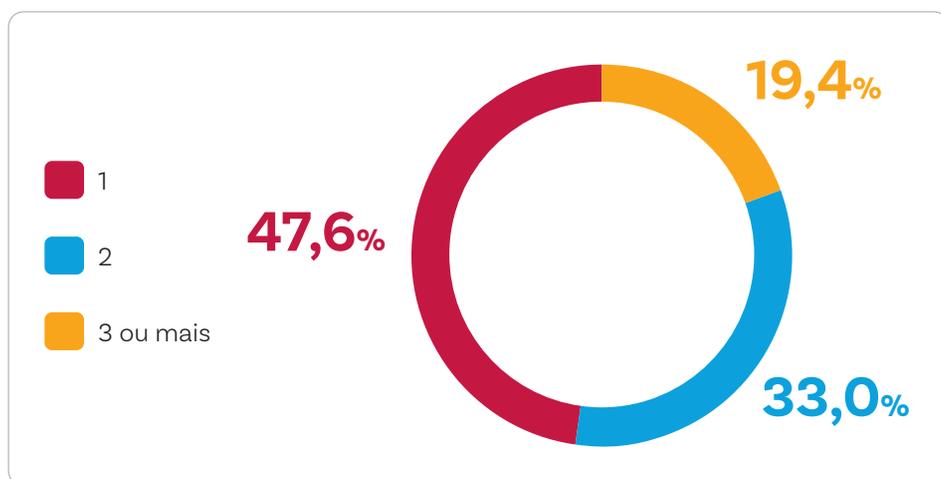
As pesquisas mostram, no entanto, que o número de farmacêuticos nessas unidades é bastante reduzido. Um estudo de abrangência nacional revelou que há uma média de 1,8 farmacêuticos para cada 10.000 habitantes. Além disso, apenas 43,8% das unidades possuem farmacêuticos trabalhando durante todo o horário de funcionamento (15). Outras duas pesquisas encontraram resultados semelhantes, uma em Minas Gerais e outra em São Paulo. Em Minas Gerais, foi incluída uma amostra representativa de 26 municípios de médio e grande porte populacional², revelando que apenas 38,5% das unidades contam com a presença de farmacêuticos durante todo o horário de funcionamento (18). Já a pesquisa em São Paulo incluiu um município de grande porte, com pouco mais de 800 mil habitantes, mostrando que menos da metade das unidades de dispensação (45,5%) contam com farmacêuticos exclusivos (19).

1 Resultados para os outros tipos de vínculo não foram apresentados pelos autores do trabalho.

2 Porte populacional municipal na pesquisa: médio (25.000 a 99.999) e grande (100.000 a 999.999).

Em Minas Gerais, uma outra pesquisa com uma amostra representativa de 112 municípios de pequeno, médio e grande porte populacional³, mostrou que quase a metade das localidades (47,6%) possui apenas um farmacêutico atuando nas unidades de dispensação de medicamentos, cerca de um terço das localidades (33,0%) contam com dois desses profissionais e apenas 19,4% relatam ter três ou mais farmacêuticos em atuação nas unidades (12) (Figura 2). A pesquisa também identificou que os principais tipos de vínculo empregatício dos farmacêuticos com as SMS são o regime jurídico único (57,9%) e a terceirização via contratos por prestação de serviços (32,7%) (12).

FIGURA 2 - Número de farmacêuticos atuando nas unidades de dispensação de medicamentos dos municípios de Minas Gerais



Fonte: Luz e col (12).

Já com relação ao perfil das demais categorias profissionais que atuam nas unidades de dispensação, as informações disponíveis na literatura são mais restritas. Na pesquisa conduzida em Minas Gerais, anteriormente mencionada (12), observou-se que as categorias que mais frequentemente estão associadas às unidades de dispensação são os profissionais de nível médio (84,1%), seguidos de outros profissionais de nível superior (15,3%). Os profissionais de nível médio são representados, em sua maioria, por técnicos em administração, enfermagem e farmácia (Figura 3).

3 Porte populacional municipal na pesquisa: pequeno (de 5.000 até 24.999), médio (25.000 a 99.999) e grande (100.000 a 999.999).

FIGURA 3 – Principais áreas de formação dos profissionais de nível médio (técnicos) e que estão em atuação nas unidades de dispensação de medicamentos da Atenção Primária à Saúde



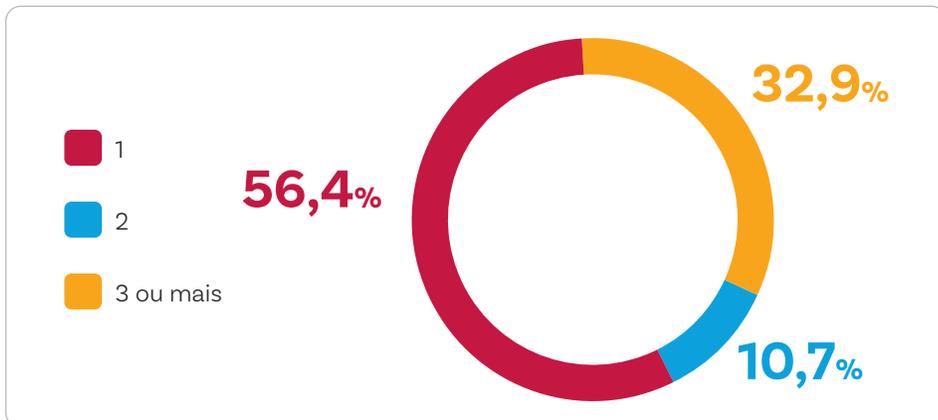
Fonte: Luz e col (12).

Distribuição dos profissionais segundo as unidades de dispensação de medicamentos

Há uma forte heterogeneidade nos municípios brasileiros no que diz respeito à dispensação de medicamentos em seus espaços territoriais (20). Algumas localidades dispensam os medicamentos em toda as unidades da rede da APS, já outras concentram a dispensação em unidades específicas para essa finalidade (20, 21).

Uma pesquisa de abrangência nacional mostrou que 62,4% dos municípios mantêm mais de uma unidade dispensadora para cada 10.000 habitantes (20). Em Minas Gerais foi mostrado, por outro lado, que 56,4% dos municípios possuem apenas uma unidade dispensadora, independentemente de seu tamanho populacional (12) (Figura 4).

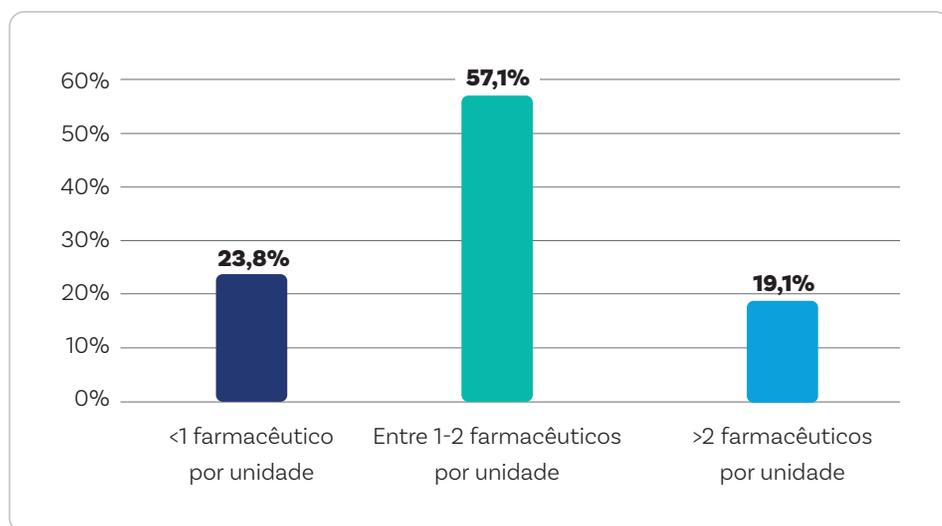
FIGURA 4 – Número de unidades de dispensação de medicamentos dos municípios de Minas Gerais



Fonte: Luz e col (12).

A pesquisa em Minas Gerais mostrou, ainda, que, no geral, quanto maior o porte populacional, maior o número de unidades dispensadoras. Os municípios de grande porte populacional, por exemplo, possuem uma média de 16,9 unidades de dispensação em seus territórios e aqueles de médio porte possuem uma média de 6,5 unidades. Os municípios de pequeno porte, por sua vez, possuem em média 1,7 unidades dispensadoras (12). Embora não exista uma definição precisa para o número mínimo de unidades dispensadoras em relação ao tamanho da população, vale destacar a comparação com o setor privado no Brasil. De acordo com o Conselho Federal de Farmácia, no Brasil, existe uma farmácia para cada 2.700 habitantes (22), número bastante superior ao ofertado no sistema público brasileiro. Ao se analisar a relação entre o número de farmacêuticos e o número de unidades dispensadoras em cada município, a pesquisa mostrou que 23,8% das localidades têm menos de um farmacêutico por unidade (12) (Figura 5).

FIGURA 5 - Relação entre o número de farmacêuticos e o número de unidades de dispensação de medicamentos dos municípios de Minas Gerais



Fonte: Luz e col (12).

É interessante notar que o número de farmacêuticos por unidade de dispensação não está associado ao porte populacional do município, como se vê na Tabela 1. Municípios de médio e grande portes, em teoria, possuem mais recursos financeiros para a contratação de profissionais

em comparação aos menores. No entanto, embora não haja qualquer padrão estatisticamente significativo, observa-se uma situação até mais desfavorável em relação ao indicador “número de farmacêuticos por unidade de dispensação” nos municípios maiores em relação aos menores.

TABELA 1 - Indicador “farmacêuticos por unidade de dispensação segundo porte populacional dos municípios” no estado de Minas Gerais

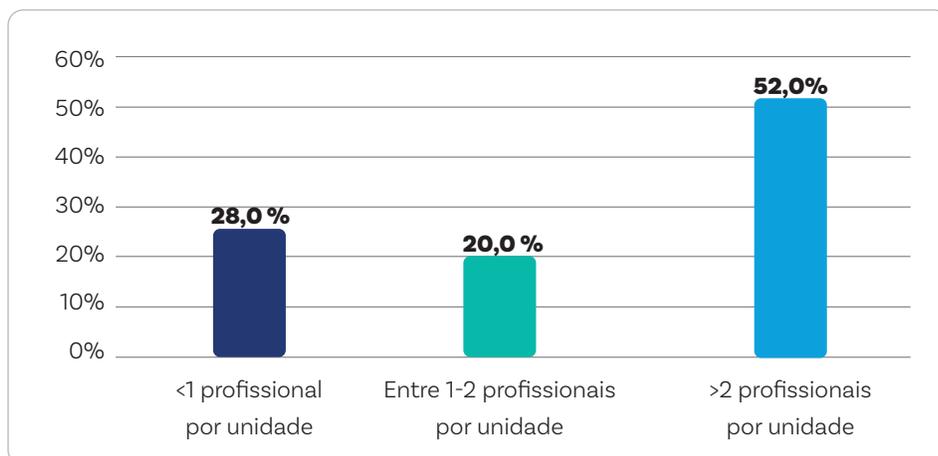
PORTE POPULACIONAL MUNICIPAL	FARMACÊUTICOS POR UNIDADE DE DISPENSAÇÃO*		
	MENOS DE 1	ENTRE 1 E 2	MAIS DE 2
Pequeno	19,5%	62,3%	18,2%
Médio	41,2%	29,4%	29,4%
Grande	27,3%	63,6%	9,1%

Fonte: Luz e col (12).

Nota: *não foram observadas diferenças significativas do indicador em relação ao porte populacional dos municípios.

Outra pesquisa, também realizada em Minas Gerais (18), estimou a distribuição das unidades de dispensação de medicamentos segundo o número de trabalhadores não farmacêuticos. Nesse caso, 52,0% das localidades possuem, no mínimo, dois trabalhadores em atuação nos serviços (Figura 6).

FIGURA 6 - Relação entre o número de trabalhadores não farmacêuticos e o número de unidades de dispensação de medicamentos dos municípios de Minas Gerais



Fonte: Luz e col (18).

Ainda que a distribuição de trabalhadores não farmacêuticos pelas unidades de dispensação seja relativamente melhor do que a distribuição de farmacêuticos, a situação nos municípios está longe de ser ideal. De fato, menos da metade dos gestores da AF municipal (45,2%) relata que o número total de profissionais nas unidades de dispensação, incluindo farmacêuticos e não farmacêuticos, seja suficiente para desempenhar as atividades requeridas naqueles locais (12).

Como está a capacitação profissional dos trabalhadores das unidades de dispensação da Atenção Primária à Saúde?

A capacitação profissional é prevista nas normas operacionais do SUS (23), sendo também pauta de discussão de longa data entre gestores, profissionais, especialistas e representantes da sociedade civil (7, 24).

No que diz respeito aos profissionais que atuam na AF municipal, iniciativas de qualificação têm sido realizadas pelas mais diversas organizações e instituições, como o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, o Conselho Federal de Farmácia, Universidades, entre outros. Porém, mesmo com essas iniciativas, é preciso que os municípios direcionem investimentos a todos os profissionais em atuação nas unidades de dispensação da APS.

Pesquisa realizada em 112 municípios de Minas Gerais mostrou que, para 39,0% dos gestores da AF municipal, a qualificação dos profissionais em atuação nas unidades de dispensação não é adequada para realizar o atendimento ao público e desempenhar as demais funções dos serviços. Além disso, 27,5% desses gestores avaliam que o desempenho das equipes em atuação nas unidades de dispensação é regular, ruim ou muito ruim em relação às atividades gerenciais locais e para o cuidado farmacêutico aos pacientes (12). Segundo Caetano e colaboradores (25), há deficiências na formação de farmacêuticos para atuar na APS. Além disso, as contratações dos profissionais de apoio são realizadas sem exigência de formação específica ou experiência, o que ajuda a explicar esses resultados.

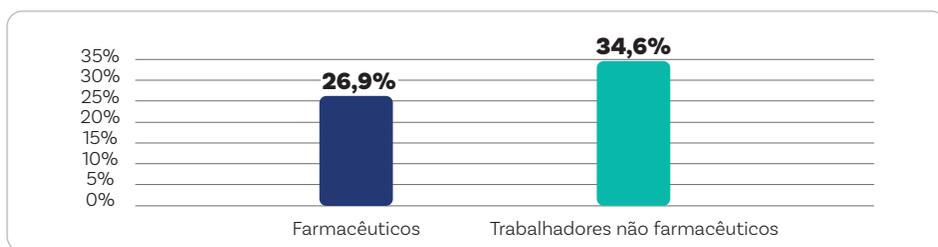
Se por um lado, as deficiências em relação à qualificação dos profissionais e seu desempenho são reconhecidas, por outro, o que se observa na prática é uma ausência do poder público municipal no que diz respeito

às ações de capacitação e educação continuada para os farmacêuticos e para os demais profissionais das unidades de dispensação.

Pesquisa de abrangência nacional revelou que, segundo os gestores da AF, apenas 11,9% dos municípios realizam atividades de qualificação ou capacitação de profissionais (26). Já outra pesquisa realizada em 11 municípios de Santa Catarina, avaliou as ações de qualificação profissional especificamente direcionadas para o uso racional de medicamentos. Nesse caso, os autores verificaram que 27,3% das localidades realizam essas ações no ingresso no serviço público e um percentual bem maior, de 81,8%, oferecem educação profissional permanente no tema (11).

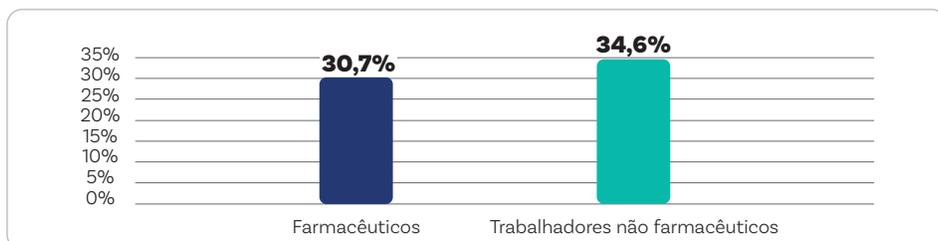
A experiência de Santa Catarina, no entanto, pode ser considerada uma exceção quando comparada aos dados nacionais (26) e à pesquisa estadual (18), descrita a seguir. Em Minas Gerais, uma pesquisa em 26 municípios de médio e grande portes populacionais, investigou, para os trabalhadores das unidades de dispensação de medicamentos da APS, a existência de programas de capacitação inicial ou de educação continuada (18). Os resultados estão apresentados nas Figuras 7 e 8 a seguir.

FIGURA 7 - Existência de programa de capacitação inicial para os trabalhadores das unidades de dispensação de medicamentos, segundo gestores da Assistência Farmacêutica



Fonte: Luz e col (18).

FIGURA 8 - Existência de cursos ou programas de capacitação, voltados para os trabalhadores das unidades de dispensação de medicamentos, segundo gestores da Assistência Farmacêutica



Fonte: Luz e col (18).

De acordo com os resultados apresentados nessas figuras, cerca de um terço dos gestores da AF afirma que os municípios oferecem algum tipo de programa de capacitação destinado aos profissionais que ingressam no serviço ou como educação continuada. No entanto, ao serem perguntados sobre o detalhamento dos cursos ofertados, os gestores reconhecem que não há programas formalizados. As iniciativas de capacitação ou partem deles mesmos e dos serviços farmacêuticos, ou são provenientes de outros entes, como a Secretaria Estadual e o Ministério da Saúde, conforme ilustram as falas a seguir (18):

“A gente faz uma rotina para os novos profissionais passarem por cada setor por um período para treinar, como na CAF [Central de Abastecimento Farmacêutico], nas farmácias... Aí cada setor treina suas rotinas de lá.”

(Gestor da AF Municipal)



“Primeiro todos os farmacêuticos que chegam na rede a gente convoca para a capacitação. Faz a capacitação sem programa, informa todas as normas da rede. Já é rotina da coordenação fazer essa capacitação, e pelo menos duas vezes por semestre tem a capacitação com os farmacêuticos e com os atendentes da AF também, então é uma capacitação que a coordenação promove, muitas vezes traz pessoas, outras pessoas para falar com eles ou então é capacitação de rotina de serviço mesmo.”

(Gestor da AF Municipal)

“Não é um programa...A gente tem duas novas farmacêuticas que vão pra atenção básica e elas passaram hoje por um treinamento na farmácia central e amanhã vão passar num treinamento com outra farmacêutica no posto, entendeu? Então elas vão ver as duas...”

(Gestor da AF Municipal)





“A gente fica atento também nas parcerias, igual a que gente tem com o Conselho Federal de Farmácia que está com curso conveniado para farmacêutico... Outras vezes os cursos são promovidos por nós mesmos, pela Secretaria, pela coordenação que contrata profissionais para estarem ministrando, palestrando para o grupo.”

(Gestor da AF Municipal)

“São cursos geralmente ofertados ou pelo Ministério da Saúde ou pela Secretaria de Estado, os presenciais e a distância.”

(Gestor da AF Municipal)



Fonte: Luz e col (18) e Imagens - Flaticon ©.

Considerações Finais

Os resultados apresentados reforçam a precarização da relação de trabalho dos farmacêuticos nos municípios. Além disso, mostram o pouco envolvimento desses profissionais nas unidades de dispensação de medicamentos da APS. Outro problema é a inadequação tanto em número quanto em perfil profissional dos trabalhadores em atuação nas unidades de dispensação. Não há investimentos sistemáticos do poder público municipal em ações de capacitação profissional e de educação continuada.

Esse cenário é, portanto, desfavorável ao alcance dos objetivos e metas estabelecidos pela gestão da AF municipal, especialmente em relação aos recursos humanos. O estabelecimento e a consolidação de alianças entre os profissionais da gestão da AF e das unidades de dispensação também ficam ameaçados, prejudicando a sustentabilidade das ações pretendidas para a oferta de serviços farmacêuticos qualificados para a população.

Nesse contexto, fica clara a necessidade de os municípios desenvolverem políticas de recursos humanos para a AF municipal considerando-se, entre outros aspectos, a adequada distribuição de pessoal, de perfis e vínculos profissionais coerentes com as funções a serem desempenha-

das, bem como as necessidades de desenvolvimento de pessoal. Além disso, ainda que se possa contar com as ações de qualificação profissional e de educação continuada promovidas por outros entes federativos e instituições, não se pode perder de vista que essas ações não conseguem atingir a totalidade dos municípios brasileiros, nem em quantidade e nem em especificidade.

É importante ressaltar que os municípios devem permitir um maior protagonismo e autonomia dos gestores locais da AF para que esses profissionais, possam, de fato, assumir a responsabilidade pelo planejamento e execução das ações relacionadas aos recursos da AF, sejam eles financeiros, estruturais, logísticos e/ou humanos.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 out. 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 17 jan. 2022.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Manual do (a) gestor (a) Municipal do SUS**: “Diálogos no cotidiano”. 2a edição digital - revisada e ampliada. Brasília, DF: CONASEMS, 2021. 440 p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf. Acesso em: 10 abr. 2022.
- VEBER, A. P. 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.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília, DF: CFF, 2015. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/livro.pdf>. Acesso em 10 abr. 2022.
- BARRETO, J. L.; GUIMARAES, M. C. L. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Caderno de Saúde Pública (online)**, v. 26, n. 6, p. 1207-1220, 2010.
- BERMUDEZ, J.A.Z. et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1937-1349, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação. Relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 125 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf. Acesso em: 05 out. 2022.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Instrumento de referência dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica**. Brasília, DF: CONASEMS, 2021. 72 p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/09/Cartilha_Finalizando.pdf. Acesso em: 10 abr. 2022.
- KOMWONG, D. et al. Clinical pharmacists in primary care: a safe solution to the workforce crisis? **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 111, n. 4, p. 120-124, 2018.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Atividades e serviços farmacêuticos no SUS**: proposta para a gestão municipal. 2020. Disponível em: [https://www.cff.org.br/userfiles/file/atividades%20e%20servi%c3%a7os%20farmac%3%aauticos%20no%20SUS_14122020\(1\).pdf](https://www.cff.org.br/userfiles/file/atividades%20e%20servi%c3%a7os%20farmac%3%aauticos%20no%20SUS_14122020(1).pdf). Acesso em: 10 abr. 2022.
- MONTEIRO, E. R.; LACERDA, J. T.; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal na promoção do uso racional de medicamentos em municípios de médio e grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública (online)**, v. 37, n. 5, p. e00112920, 2021.

12. LUZ, T.C.B. et al. Avaliação retrospectiva, situacional e prospectiva da Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais. Projeto ERAF. Grupo de Estudos Transdisciplinares de Tecnologias em Saúde e Ambiente-Getesa, Instituto René Rachou, Minas Gerais, Brasil. Financiado pelo Programa Inova Fiocruz, Edital Geração de Conhecimento, 2018.
13. SOUZA, G. S. et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl. 2, p. 7s, 2017.
14. NORA, L. C. D. et al. Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 278-286, 2019.
15. FARACO, E. B. et al. The pharmacy workforce in public primary healthcare centers: promoting access and information on medicines. **Pharmacy Practice**, v. 18, n. 4, p. 2048.
16. OLIVEIRA, W. R.; COSTA, K. S.; TAVARES, N. U. L. Gestão da Assistência Farmacêutica em regiões de saúde do Ceará: um recorte do Projeto QualiSUS-Rede. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 9, n. 1, p. 95-109, 2018.
17. 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, 2009. 44p. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/40%20-%20BRASIL_%20MINIST%C3%89RIO%20DA%20SA%C3%9ADE%202009%20Diretrizes%20para%20Estrutura%C3%A7%C3%A3o%20de%20Farm%C3%A1cias%20no%20Ambito%20do%20SUS.pdf. Acesso em: 10 abr. 2022.
18. LUZ, T.C.B. et al. Assistência Farmacêutica Básica em Minas Gerais: avaliação dos serviços e do provimento e uso de medicamentos. Projeto MedMinas. Grupo de Estudos Transdisciplinares de Tecnologias em Saúde e Ambiente-Getesa, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Minas Gerais, Brasil. Nº do Contrato: APQ-04124-17. Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais Fapemig, 2017.
19. SILVA, R. P. S. F.; FIGUEIREDO, F. W. S.; SOUTO, R. P. Profile of pharmaceutical care in primary health centers in São Bernardo do Campo, Southeastern Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 57, p. e18113, 2021.
20. LEITE, S. N. et al. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl. 2, p. 11s, 2017.
21. LUZ, T. C. B. et al. Serviços farmacêuticos na Atenção Básica: há sintonia entre farmacêuticos e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2463-2474, 2017.
22. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Site cff.org.br**. A desigualdade no consumo de medicamentos. 2020. Disponível em: <https://www.cff.org.br/noticia.php?id=5658&titulo=A+desigualdade+no+consumo+de+medicamentos>. Acesso em: 10 abr. 2022.
23. BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**: relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Série D. Reuniões e Conferências, Brasília, DF: CNS 2005. 154 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_medicamentos_farmaceutica.pdf. Acesso em: 12 abr. 2022.
25. CAETANO, M. C.; SILVA, R. M.; LUIZA, V. L. Serviços Farmacêuticos na Atenção Primária em Saúde à luz do modelo ambiguidade-conflito. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 4, p. e300420, 2020.
26. FALEIROS, D. R. et al. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl. 2, p. 14s, 2017.



UNIDADE 3

GESTÃO TÉCNICA DO MEDICAMENTO NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

- 7. Seleção de medicamentos**
- 8. Programação de medicamentos**
- 9. Aquisição de medicamentos**

7

Seleção de medicamentos

Tatiana Luz

A seleção de medicamentos é uma etapa do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica (AF) e está inserida na dimensão da Gestão Técnica do Medicamento, segundo o modelo lógico da AF na Atenção Primária à Saúde (APS) apresentado no **Capítulo 3**.

Trata-se do primeiro passo para a oferta de medicamentos seguros e de qualidade comprovada (1). Somente a partir da escolha fundamentada por critérios científicos e racionais, considerando-se a efetividade, a segurança e o custo de cada medicamento, é que é possível atender as prioridades e necessidades de saúde da população (2).

Há quase cinco décadas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem atuando para disseminar as melhores práticas de seleção de medicamentos no mundo (3) e cada país utiliza as ferramentas de acordo com as suas condições. O Brasil conta com uma política de medicamentos há mais de 20 anos, adotando a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Renome como referência nacional para a elaboração das listas estaduais e municipais (4). No entanto, a seleção de medicamentos não se resume a apenas produzir uma lista de medicamentos essenciais.

Idealmente, a seleção de medicamentos é um processo sistemático, multidisciplinar, participativo e dinâmico que inclui uma equipe multiprofissional escolhida em função de sua qualificação técnico-científica e habilidades reconhecidas nas áreas de farmacologia, medicina baseada

em evidências, farmacoepidemiologia, entre outras. Essa equipe integra a Comissão de Farmácia e Terapêutica – CFT, que tem o papel principal de escolher os medicamentos que vão ser utilizados na assistência à saúde da população (2, 5, 6).

Nos municípios, a CFT é responsável pela elaboração de documentos fundamentais para nortear as práticas de cuidado à população, apresentados no Quadro 1 (7):

QUADRO 1 - Documentos que devem ser elaborados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica para nortear as práticas de cuidado à população

DOCUMENTO	DESCRIÇÃO
Relação Municipal de medicamentos essenciais - Remume	Documento de referência municipal, elaborado para atender às necessidades específicas da população de cada município, tendo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Renome - como modelo.
Formulário Terapêutico	Documento com informações sobre uso, posologia, efeitos adversos, contraindicações e precauções de uso dos medicamentos essenciais para subsidiar os profissionais de saúde para a prescrição, dispensação e promoção do uso racional dos medicamentos.
Protocolo Clínico	Documentos que estabelecem critérios para diagnósticos, tratamentos preconizados e mecanismos de controle e avaliação clínica.

Fonte: Adaptado de Dal Pizzol e col (8), Brasil (9) e CFF (10).

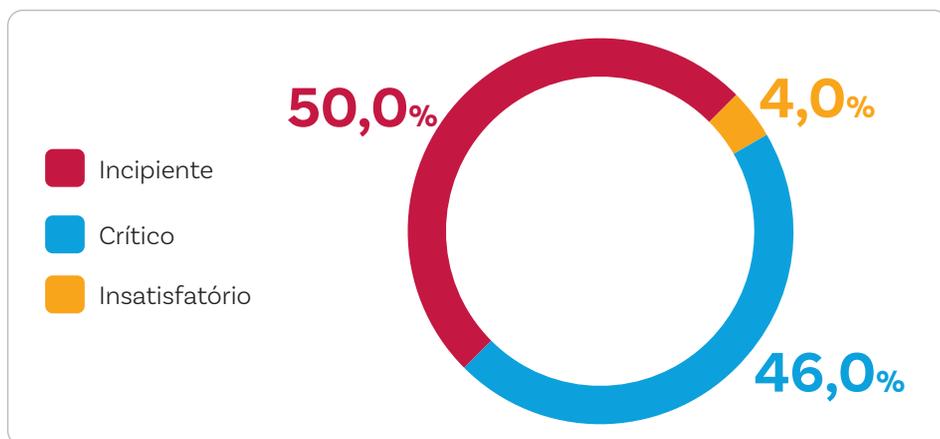
A efetividade das atividades de seleção de medicamentos depende da organização, dos processos de trabalho e da capacidade da CFT de monitorar os seus resultados (7).

Este capítulo apresenta a síntese de evidências sobre a seleção de medicamentos nos municípios brasileiros no contexto da APS.

Implementação e operacionalização da Seleção de medicamentos no contexto da Atenção Primária à Saúde

A despeito da relevância da etapa de seleção de medicamentos e contrastando com todo o arcabouço legal e a literatura disponíveis (1, 2, 4, 7, 11-13), seu grau de implementação é considerado incipiente no Brasil (14). A Figura 1, adaptada de Pereira e colaboradores (14), mostra o resultado da avaliação da etapa de seleção em uma amostra nacional de municípios brasileiros. Nessa pesquisa, os autores avaliaram o grau de implementação da etapa de seleção com base nas notas obtidas pelos municípios segundo uma lista de indicadores. Os autores, então, construíram uma medida-sumário, classificando os municípios nos seguintes quartis de notas em relação ao total de pontos: incipiente (abaixo de 25%); crítico (entre 25% e 49%); insatisfatório (entre 50% e 75%); e adequado (acima de 75%).

FIGURA 1 - Grau de implementação da etapa de seleção avaliada em uma amostra nacional de municípios brasileiros



Fonte: Adaptado de Pereira e col (14).

De fato, vários requisitos fundamentais para que a seleção ocorra de forma qualificada não têm sido cumpridos pelos municípios brasileiros. A existência de uma CFT, por exemplo, é um requisito estrutural do processo de seleção (15), mas está implementada numa pequena minoria de municípios – 12,5% –, de acordo com um estudo de abrangência nacional (16). Esse mesmo estudo mostrou os resultados da existência de CFT por regiões brasileiras e não houve diferenças significativas nos territó-

rios. Os autores apenas detectaram percentuais pouco acima da média nacional para as regiões Sul, Centro-oeste e Sudeste (15,6%, 13,6% e 13,3%, respectivamente) e abaixo, para as regiões Norte e Nordeste (10,7% e 9,5%, respectivamente) (16). Outro estudo realizado com uma amostra representativa de municípios de pequeno, médio e grande portes do estado de Minas Gerais observou um cenário possivelmente pior, pois a maioria das localidades relatou não contar com CFT (60,0%); quase um terço relatou que a CFT estaria em processo de implementação (28,6%) e 11,4% não souberam informar sobre a existência da Comissão (17).

Será que contar com uma Comissão de Farmácia e Terapêutica significa que seu funcionamento está adequado?

Para ser efetivo, todo o processo de seleção de medicamentos precisa ser norteado por procedimentos claros e padronizados, com atuação frequente da CFT. Uma pesquisa nacional mostrou, porém, que somente a metade (51,5%) dos municípios com CFT informou realizar reuniões com regularidade mínima semestral (18), o que sugere um funcionamento aquém do esperado para as poucas comissões existentes no país.

Há, inclusive, autores que defendem uma periodicidade bem maior para a realização dessas reuniões, entre três e seis vezes ao ano, de modo a não comprometer a elaboração das listas de medicamentos essenciais e nem a execução de outras ações relevantes da CFT relacionadas ao uso racional de medicamentos (7, 19). Pesquisa em 11 municípios com mais de 100 mil habitantes no estado de Santa Catarina mostrou que em 82,0% deles, a regularidade de atuação da CFT foi considerada regular ou ruim (19).

Um outro requisito formal para as CFT é que haja ao menos um farmacêutico em atuação (20). A composição da equipe que participa da CFT, no entanto, tem sido pouco estudada e, até o momento, não há uma definição do número ideal de participantes (7). Monteiro e colaboradores (19) definiram que uma CFT formada minimamente por médico, enfermeiro e farmacêutico e que também esteja formalizada na secretaria de saúde seria avaliada como “boa”. Os autores concluíram que sete dos onze municípios estudados em Santa Catarina (63,6% do total) preencheram esse critério (19).

Porém, é importante destacar que a CFT não deve ser considerada uma instância burocrática. Ao contrário, a recomendação é que a Comissão seja responsável pelas ações de assessoramento farmacoterapêutico, as quais incluem a elaboração de protocolos e guias, como o Formulário Terapêutico e os Protocolos Clínicos de tratamento, como destacado anteriormente (Quadro 1). Além disso, recomenda-se que a CFT também realize estudos farmacoeconômicos, farmacoepidemiológicos e de farmacovigilância, bem como apoie e desenvolva ações educativas voltadas para a promoção do uso racional de medicamentos (3, 21, 22). Como poucos estudos exploraram detalhadamente as atividades realizadas pelas CFT, não é possível estabelecer um parâmetro concreto sobre o seu desempenho nos territórios. O que se sabe até o momento é que os estudos mostram que existem poucas comissões (16, 17) e que, as que existem, são pouco atuantes (16, 19).

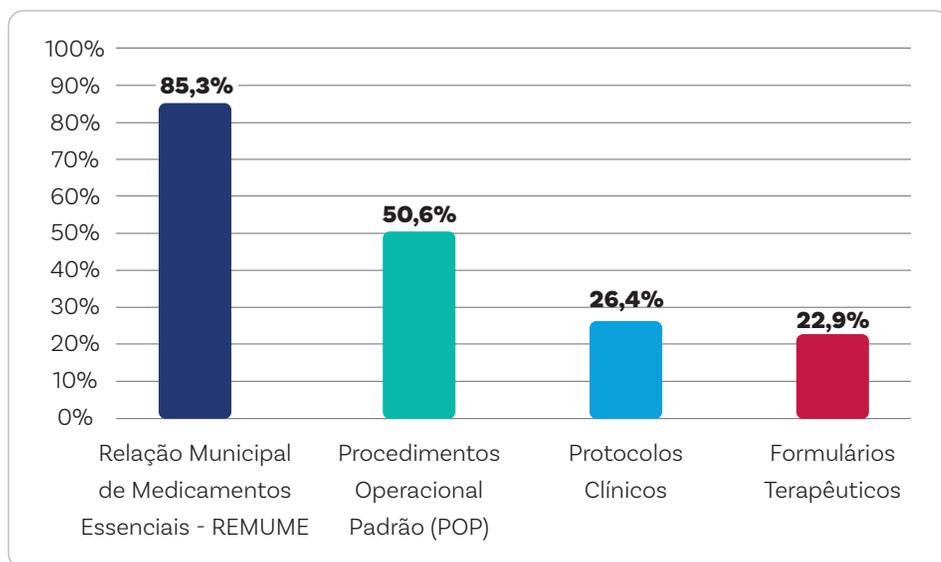
Mas e o processo de seleção de medicamentos nos municípios, como vai?

Algumas inconsistências com relação ao processo de seleção de medicamentos estão evidenciadas pela literatura. Se, por um lado, o percentual de municípios com CFT é baixo, com média de 12,5% no país, de outro, os resultados de pesquisas nacionais mostram que a frequência com que as localidades informam contar com os seguintes documentos é bem maior (16, 18):

- Relação Municipal de Medicamentos Essenciais - Resumo;
- Procedimentos Operacional Padrão (POP) para a atividade de Seleção;
- Protocolos Clínicos;
- Formulários Terapêuticos.

A Figura 2 resume os percentuais encontrados na literatura em relação a esses documentos.

FIGURA 2 - Frequência de documentos e procedimentos relacionados ao processo de seleção de medicamentos citados pelos municípios brasileiros



Fonte: Adaptado de Karnikowski e col (16) e Gerlack e col (18).

Pressupõe-se que esses resultados sejam bastante confiáveis, uma vez que foram reportados por gestores municipais de Assistência Farmacêutica. Então, as perguntas que ficam no ar são: quem seriam os profissionais responsáveis pela elaboração dessa documentação nos municípios? E qual é o resultado do processo de seleção de medicamentos nos municípios brasileiros?

Para a primeira pergunta, ainda não temos uma resposta definitiva a partir das evidências disponíveis, mas temos informações relevantes sobre o principal produto da seleção de medicamentos, que é a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais – Remume. Segundo Karnikowski e colaboradores (16), no Brasil, cerca de 88,2% dos gestores municipais de Assistência Farmacêutica e 15,1% de médicos das unidades básicas de saúde declaram participar da elaboração dessas listas, sendo que elas estão disponíveis para consultas em proporção elevada tanto nos consultórios médicos (77,6%) quanto nas unidades de dispensação (91,3%). Os gestores também afirmam que as Remumes estão atualizadas (92,3% dos participantes em estudo estadual) (23) ou que são atualizadas periodicamente (80,4% dos participantes em estudo nacional) (16).

No entanto, alguns indicadores dão pistas de que o processo de elaboração das Remumes pode estar comprometido em sua efetividade nos municípios porque

- Menos de um terço dos médicos das unidades básicas de saúde (27,2%) e quase metade dos profissionais que realizam a dispensação de medicamentos (47,8%) declaram conhecer os procedimentos para inclusão ou exclusão de medicamentos das listas (16);
- 41,1% dos gestores da Assistência Farmacêutica municipal relatam haver fornecimento de medicamentos não padronizados (16);
- Cerca de dois terços dos usuários (66,5%) fazem pedidos de trocas de medicamentos com frequência (16);
- 100% dos profissionais em atuação nas unidades de dispensação afirmam que há procura por medicamentos fora da lista padronizada (23);
- Menos de um terço dos gestores de Assistência Farmacêutica (29,7%) acreditam que as Remumes atendem plenamente às demandas de saúde dos municípios (18).

Uma das formas de averiguar a adequação da Remume às necessidades dos usuários é por meio da adesão dos prescritores à lista (8). Não há muitos dados recentes em relação a esse aspecto, mas Bittencourt e colaboradores (24) verificaram as prescrições em um município no Sul do Brasil e observaram que o percentual de medicamentos prescritos de acordo com a Remume foi de 67,7%. Já pesquisa feita em uma amostra representativa de municípios de médio e grande portes de Minas Gerais (23) mostrou que menos da metade dos gestores de Assistência Farmacêutica (46,2%) acredita que as prescrições estejam de acordo com a Remume. A “resistência” e a rotatividade de médicos nos serviços, o distanciamento entre esses profissionais e os farmacêuticos, bem como a falta de uma divulgação mais efetiva da lista são apontadas por eles como as principais barreiras:

“O problema maior tá no prescritor... Os médicos têm acesso à Remume, a gente dá uma cópia, a gente orienta, a gente faz comunicações internas pra eles poderem se adequar à nossa Remume, mas ainda tem muitos médicos que não colaboram, passam medicamentos que não são padronizados, a gente solicita, a gente implora, mas eles são meio resistentes né?”

(Gestor da AF municipal)





“Eu acho que atualmente o farmacêutico é mais próximo do enfermeiro e não é tão próximo do prescritor. Se conseguisse ter uma aproximação maior não teria esse problema.”

(Gestor da AF municipal)

“... O que que acontece, essa questão de médicos que saem e que entram, cada um tem o seu perfil e alguns são mais engajados talvez com a questão SUS, com a lista, se preocupam mais em não sair dela, já outros nem tanto. Então eu acho que é um conjunto de fatores. Acho que boa parte cabe ao prescritor em querer usar a nossa lista e outra parte é o trabalho de divulgação pra que isso não se perca.”



(Gestor da AF municipal)



“Apesar da lista estar disponível, não são todos os médicos que a aceitam. Só que a gente tem que fazer um trabalho de conscientização, de divulgação porque muitas vezes o paciente já faz o uso daquele medicamento e não surtiu efeito, aí eles prescrevem um fora, uma alternativa. Mas o motivo principal é a falta de conhecimento [do médico] daquilo que está padronizado. Eles não se atentam [para a lista], apesar de ter sido enviada, divulgada e tudo.”

(Gestor da AF municipal)

Fonte: Luz e col (23) e Imagens - Flaticon ©.

Considerações Finais

As evidências apresentadas nesse capítulo mostram que é necessário realizar bastante investimento na etapa de seleção de medicamentos para que ela ocorra de forma adequada, especialmente porque se trata do ponto de partida fundamental para orientar todo o processo de abastecimento farmacêutico e de uso racional de medicamentos no sistema de saúde. Nesse sentido, há bastante literatura disponível para auxiliar no estabelecimento de melhores práticas de seleção e seu monitoramento (2, 3, 7).

Ainda que os municípios sejam os responsáveis pela escolha de seus medicamentos locais para atender ao perfil epidemiológico de suas populações, é importante que se estabeleça cooperação com os demais entes federativos, bem como com outros atores, como instituições de pesquisa e ensino e associações profissionais, dada a complexidade do processo de seleção (7, 25).

É igualmente importante envolver a rede de profissionais que atuam na assistência ao paciente e na dispensação de medicamentos, uma vez que, além da necessidade de adesão à lista como condição essencial para o uso racional de medicamentos, os profissionais têm muito a contribuir para o monitoramento e avaliação dos medicamentos selecionados na prática clínica, bem como nas ações de educação em saúde voltadas para a comunidade.

Referências

1. DIAS, V.; HENRY, D.; SEARLES, A. MDS-3: Managing access to medicines and health technologies. **Management Sciences for Health**, 2012. Disponível em: <https://msh.org/wp-content/uploads/2014/01/mds3-jan2014.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2022.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Uso racional de medicamentos: temas selecionados - **Série A. Normas e Manuais Técnicos**. Brasília, DF: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_temas_selecionados.pdf. Acesso em: 06 abr. 2022.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. **Selection of essential medicines at country level: using the WHO Model List of Essential Medicines to update a national essential medicines list**. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515443>. Acesso em: 06 abr. 2022.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.916**, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 out. 1998. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf. Acesso em: 06 abr. 2022.
5. WANNMACHER, L. Seleção de medicamentos. In: OSORIO-DE-CASTRO, C. et al. (org). **Assistência Farmacêutica Gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 79-87. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/assistencia-farmacutica-gestao-e-pratica-para-profissionais-da-saude>. Acesso em: 06 abr. 2022.
6. GROCHOCKI, MHC O. J.; PINHEIRO E.M. Seleção de Medicamentos. In: **Assistência Farmacêutica no Brasil: política, gestão e clínica seleção de medicamentos**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2016. p. 53-146. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/gestaofarmacutica/2016/11/30/colecao-de-livros-%E2%80%9Cassistencia-farmacutica-no-brasil-politica-gestao-e-clinica%E2%80%9D-2/>. Acesso em: 06 abr. 2022.
7. SANTANA, R. S. Indicadores da seleção de medicamentos em sistemas de saúde uma revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.35, n.3, p. 228-234, 2014.
8. DAL PIZZOL, T. D. S. T. et al. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 827-836, 2010.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Site gov.br**, 2022. Saúde de A a Z 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z>. Acesso em 25 mar. 2022.

10. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Site cff.org.br**, 2008 Formulário terapêutico nacional. Disponível em: <https://cff.org.br/pagina.php?id=141&titulo=-Formul%C3%A1rio+Terap%C3%AAutico+Nacional>. Acesso em 30 mar. 2022.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The selection and use of essential medicines**: report of the WHO Expert Committee. Geneva, Switzerland, 2005. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43292/WHO_TRS_933_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 06 abr. 2022.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para sua organização. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 100 p. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvsv/publicacoes/cd03_15.pdf. Acesso em 30 mar. 2022.
13. BERMUDEZ, J.A.Z. et al. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1937-1349, 2018.
14. PEREIRA, N. C. et al. Implementation of pharmaceutical services in Brazilian primary health care: a cross-sectional study. **BMC Family Practice**, v. 22, n. 170, 2021.
15. KATHLEEN, H.; GREEN, T. **Drug and therapeutics committees**: a practical guide. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2003. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68553/WHO_EDM_PAR_2004.1.pdf. Acesso em 30 mar. 2022.
16. KARNIKOWSKI, M. G. de O. et al. Caracterização da seleção de medicamentos para a atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl. 2, p. 9s, 2017.
17. LUZ, T. C. B. et al. **Avaliação retrospectiva, situacional e prospectiva da Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais. PROJETO ERAF**. Grupo de Estudos Transdisciplinares de Tecnologias em Saúde e Ambiente-Getesa, Instituto René Rachou, Minas Gerais, Brasil. Financiada pelo Programa Inova Fiocruz, Edital Geração de Conhecimento, 2019.
18. GERLACK, L. F. et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl. 2, p. 15s, 2017.
19. MONTEIRO, E. R.; LACERDA, J. T.; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal na promoção do uso racional de medicamentos em municípios de médio e grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, el. 00112920, 2021.
20. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 619**, de 27 de novembro de 2015. Dispõe sobre as Atribuições do Farmacêutico na Comissão de Farmácia e Terapêutica. Disponível em: <https://cff-br.implanta.net.br/portal/transparencia/#publico/Listas?id=704808bb-41da-4658-97d9-c0978c6334dc>. Acesso em 24 mar. 2022.
21. LIMA-DELLAMORA, E. C.; CAETANO, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. The medicine selection process in four large university hospitals in Brazil: Does the DTC have a role? **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 51, n. 1, p. 173-182, 2015.
22. MAGARINOS, T. R. et al. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 9, p. 3859-368, 2014.
23. LUZ, T. C. B. **Assistência Farmacêutica Básica em Minas Gerais: avaliação dos serviços, do provimento e uso de medicamentos - PROJETO MEDMINAS**. Grupo de Estudos Transdisciplinares de Tecnologias em Saúde e Ambiente-Getesa, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Minas Gerais, Brasil. Nº do Contrato: APQ-04124-17. Financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais Fapemig, 2017.
24. BITTENCOURT, R. A. et al. Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 2, p. 310-323, 2017.
25. REMONDI, F.A. Uma proposta de renovação da seleção de medicamentos no SUS: a regionalização como estratégia e experiência para superação de desafios. **Revista de Saúde Pública**, v. 1, n. 1, p. 83-90, 2018.

8

Programação de medicamentos

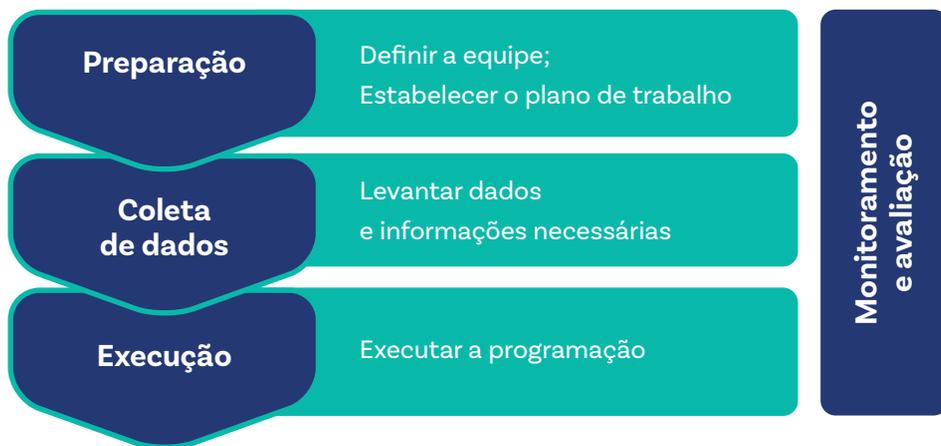
Tatiana Luz

A programação de medicamentos é a etapa do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica (AF) imediatamente posterior à etapa de seleção. Assim como a seleção, a programação também está inserida na Gestão Técnica do Medicamento e pode ser vista representada no modelo lógico da AF na Atenção Primária à Saúde (APS), no **Capítulo 3**.

Programar significa estimar os quantitativos dos medicamentos a serem adquiridos por um período definido (1, 2). Dessa forma, a etapa de programação deve ser norteada pela relação de medicamentos escolhidos na etapa de seleção – a Remume (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) –, estando diretamente ligada ao abastecimento farmacêutico (3-5), uma vez que, na sua ausência, elevam-se os riscos de se adquirir medicamentos em quantidades insuficientes para atender a demanda ou, ao contrário, de se comprar quantidades muito além do necessário, levando a perdas e desperdícios (5). Uma etapa de programação bem conduzida evita, ainda, aquisições desnecessárias e descontinuidade no abastecimento (4).

Para a realização da programação, é necessário, antes de tudo, delinear um planejamento adequado. A Figura 1 sumariza as três etapas a serem seguidas: preparação, coleta de dados e execução.

FIGURA 1 - Etapas da programação de medicamentos



Fonte: Adaptado de Blatt e col (6) e Brasil (4).

Na etapa de preparação, é definida a equipe e estabelecido o plano de trabalho. O plano contém os objetivos, as normas, as definições, as fontes de informação, as metodologias e os procedimentos a serem seguidos, o período de programação, assim como o cronograma de trabalho, os prazos de execução e as formas de monitoramento, controle e avaliação.

Existem diversos métodos para realizar a programação, como o consumo médio mensal, o consumo histórico, o consumo ajustado, o perfil epidemiológico, a oferta de serviços, entre outros (2, 3, 7, 8, 9). No entanto, como todos eles possuem limitações, é recomendado utilizar uma combinação de métodos para aumentar a efetividade da programação. O Quadro 1 apresenta um breve resumo dos principais métodos de programação de medicamentos.

QUADRO 1 - Descrição básica e limitações dos principais métodos de programação

MÉTODOS	DESCRIÇÃO BÁSICA	LIMITAÇÕES
Consumo	Baseia-se na análise de dados de consumo de medicamentos em um determinado período no tempo. Para se obter maior acurácia, esse método requer dados de demanda atendida e não atendida, bem como inventários que incluam períodos de desabastecimento. São exemplos, o consumo médio mensal, o consumo histórico e o consumo ajustado.	Requer registros de consumo confiáveis. Pode perpetuar o uso irracional, uma vez que os padrões de consumo podem não refletir as prioridades e necessidades de saúde pública.

QUADRO 1 - Descrição básica e limitações dos principais métodos de programação (continuação)

MÉTODOS	DESCRIÇÃO BÁSICA	LIMITAÇÕES
Perfil epidemiológico	Baseia-se em dados de prevalência ou de incidência de doenças, de atendimentos realizados nos serviços e relativos aos esquemas terapêuticos utilizados.	É o método mais complexo e que demanda mais tempo de execução. Depende de dados epidemiológicos acurados.
Oferta de serviços	Baseia-se na estimativa de medicamentos em função da disponibilidade de serviços ofertados à população e o percentual de cobertura.	Não pode ser aplicado a doenças que não possuem registro além de não considerar possíveis ineficiências na oferta e na prestação dos serviços.

Fonte: Adaptado de Brasil (4), MSH (8) e Pereira (10).

A próxima etapa, também representada na Figura 1, é a coleta de dados. Nessa etapa são levantados os dados e informações necessárias, como por exemplo, dados sobre o perfil de saúde da população, sobre o consumo de medicamentos e demanda – tanto atendida quanto não atendida –, dados sobre a capacidade de armazenamento, posição dos estoques, período de ressuprimento e ocorrência de desabastecimentos (2, 8). Além disso, deve-se considerar, ainda, a disponibilidade de recursos financeiros, humanos e a oferta de serviços (4, 10) de modo a definir as prioridades de medicamentos a serem adquiridos diante da disponibilidade desses recursos (4).

A última etapa da programação é a execução (Figura 1). Essa etapa é caracterizada pela aplicação da metodologia e dos procedimentos definidos no plano de trabalho, análise dos dados e verificação dos resultados obtidos, de forma a assegurar a sua confiabilidade. Também é recomendado analisar a programação dos anos anteriores e efetuar análise comparativa. Ao final da etapa deve-se elaborar documentação contendo a relação dos medicamentos programados, com as especificações técnicas, quantidades necessárias e custo estimado para cobertura do período pretendido (7).

De forma transversal a todas as etapas, encontram-se as atividades de monitoramento, controle e avaliação da programação (4, 5).

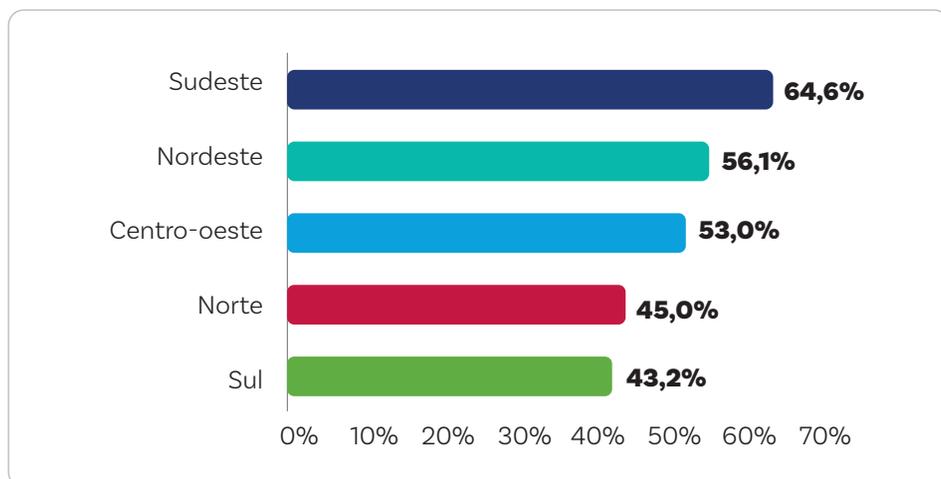
Este capítulo apresenta a síntese de evidências sobre a programação de medicamentos nos municípios brasileiros no contexto da APS.

Implementação e operacionalização da Programação de medicamentos

De acordo com uma avaliação realizada por Pereira e colaboradores (11) em um estudo de abrangência nacional, os municípios brasileiros possuem um grau de implementação da etapa de programação considerado insatisfatório, uma vez que estes obtiveram pontuação entre 50% e 75% do total de pontos atribuídos pelos autores para a etapa. Ainda que com metodologias de avaliação distintas, resultados semelhantes em relação à etapa de programação foram também observados em estudos menores (12-14).

Como destacado anteriormente, os planos de trabalho são o ponto de partida da programação. Eles são considerados ferramentas básicas para sistematizar conceitos, definir as atribuições, prazos, organizar a metodologia de execução e promover a adoção de boas práticas durante o desenvolvimento da programação (2, 9). Gerlack e colaboradores (1) mostraram, em um estudo nacional, que apenas 54,7% dos municípios possuem procedimentos operacionais descritos para apoiar a realização da programação. Nesse estudo, os municípios da região Sudeste do país se destacaram por apresentarem um percentual um pouco mais elevado do que a média nacional, conforme mostra a Figura 2.

FIGURA 2 - Frequência de adoção de procedimentos operacionais padrão para subsidiar a atividade de programação de medicamentos, segundo região



Fonte: Adaptado de Gerlack e col (1).

A programação é uma atividade complexa que pode levar vários meses para ser concluída. Dessa forma, é fundamental estabelecer um cronograma de execução bem definido (9). No entanto, há pouca informação disponível no país sobre a existência desses prazos de execução. Em Minas Gerais, um estudo com amostra representativa de municípios de pequeno, médio e grande portes revelou que 82,9% dos gestores afirmaram seguir um cronograma para realizar as atividades de programação (15). Já no Ceará, somente 31,6% dos municípios informaram contar com essa diretriz (16).

Outro aspecto que contribui para a programação mais adequada às necessidades da população é a sua execução de forma ascendente, a partir das unidades de atendimento e centrais de abastecimento farmacêutico para o nível central. Além disso, recomenda-se o envolvimento de uma equipe multidisciplinar, pois isso pode ajudar a aumentar a acurácia das estimativas em relação aos quantitativos de medicamentos programados. Equipes maiores favorecem a checagem das estimativas por diferentes profissionais, aumentando a precisão dos resultados (9). A equipe multidisciplinar agrega, ainda, outros benefícios ao processo, como competências e saberes técnicos diversos em relação aos medicamentos, aos perfis de mortalidade e morbidade, contabilidade e compras públicas, entre outros pontos relevantes da programação.

As informações sobre os setores ou a composição das equipes que participam da etapa de programação são bastantes escassas na literatura. A Figura 3 mostra o resultado da pesquisa realizada em Minas Gerais (15). As unidades de dispensação (82,1%) e as centrais de abastecimento farmacêutico (73,2%) foram os setores mais citados com relação à participação nas atividades de programação dos municípios.

FIGURA 3 - Frequência de participação dos diferentes setores nas atividades de programação



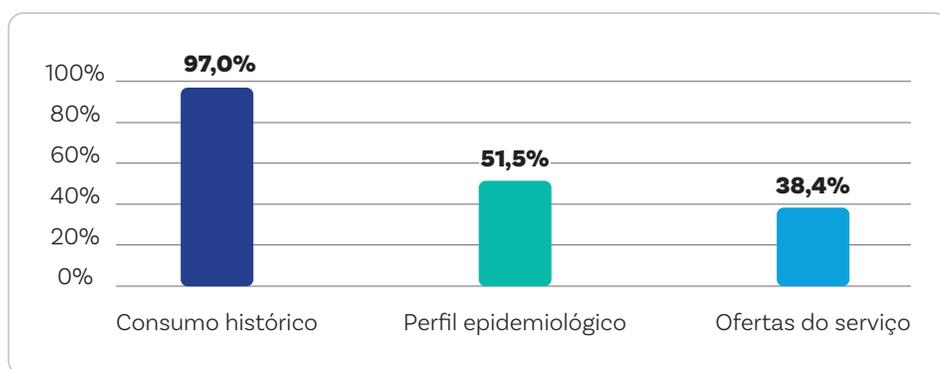
Fonte: Luz e col (14).

Nota: CAF - Central de Abastecimento Farmacêutico.

Um estudo em Santa Catarina mostrou que a etapa de programação de medicamentos era realizada de forma descentralizada e com base em critérios técnicos em menos de um terço dos municípios investigados (12).

A metodologia que embasa a programação deve ser considerada o ponto central de sua execução bem-sucedida. Como salientado anteriormente, existem vários métodos para se realizar a programação e todos possuem vantagens e limitações. Há, porém, pouco conhecimento disponível sobre quais desses métodos são empregados nos municípios. Estudo em Minas Gerais (15) mostrou que a maioria das localidades informaram usar o consumo histórico (97,0%). A Figura 4 retrata os métodos de programação mais reportados.

FIGURA 4 - Métodos de programação utilizados com mais frequência em municípios de Minas Gerais



Fonte: Luz e col (14).

Em relação à combinação de métodos, 41,4% dos municípios informaram utilizar somente um método de programação e outros 58,6% reportaram utilizar ao menos dois métodos de programação simultaneamente.

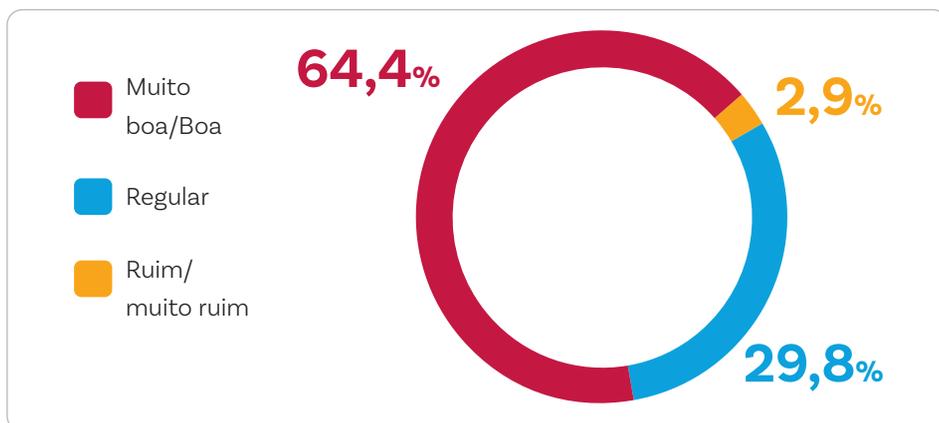
Como a programação tem sido avaliada pelos gestores municipais da Assistência Farmacêutica?

A programação é uma etapa da logística farmacêutica cercada de incertezas, uma vez que depende, para a produção de estimativas corretas, de equipe qualificada, metodologia adequada e de sistemas de informações eficientes (5). No entanto, há uma grande carência de informa-

ções a respeito da efetividade da programação, ou seja, se essa etapa está sendo realizada de modo a cumprir seus objetivos, metas e funções (17).

A pesquisa realizada em Minas Gerais (15) investigou a percepção dos gestores da AF a respeito da efetividade da etapa de programação, obtendo os resultados apresentados na Figura 5.

FIGURA 5 -Efetividade da etapa de Programação de Medicamentos segundo as percepções de gestores da Assistência Farmacêutica Municipal em Minas Gerais



Fonte: Luz e col (14).

Para quase dois terços dos gestores, a programação é considerada boa ou muito boa. Por outro lado, nesse mesmo estudo, cerca de 36% dos participantes evidenciaram dificuldades importantes relacionadas à estimativa da demanda de medicamentos, especialmente com relação à infraestrutura, ao fluxo de abastecimento e à organização dos serviços (15). A Figura 6 apresenta as principais dificuldades mencionadas (15):

FIGURA 6 - Principais dificuldades relacionadas à programação de medicamentos segundo os gestores da Assistência Farmacêutica Municipal.



Fonte: Luz e col (14).

Nota: Os valores foram arredondados para números inteiros.

De acordo com esses resultados, os sistemas de informação, os equipamentos e o espaço para armazenamento foram as principais dificuldades relacionadas ao tema da infraestrutura, conforme ilustram as falas a seguir (14):



“...Eu tenho um sistema de gestão que não gerencia, se eu precisar de um consumo médio mensal, ele não me dá. Pra eu poder, por exemplo, pegar um consumo médio mensal, eu vou ter que ir em cada medicamento, fazer uma série de processos, pra eu achar o que foi gasto no mês. Por que eu não consigo gerar um relatório onde vai sair tudo junto, como se fosse numa planilha de Excel, o quantitativo que saiu no mês?”

(Gestor de AF Municipal)

“Acho que a dificuldade maior é que não é informatizado aqui o nosso controle de estoque.”

(Gestor de AF municipal)



“... você não conseguir estimar uma quantidade de pacientes em uso daquela medicação.”

(Gestor de AF municipal)

“A dificuldade tá mais na falta de material de trabalho. Às vezes falta o computador, falta a impressora...”

(Gestor de AF municipal)



“Olha, a maior dificuldade que eu acho é falta de espaço adequado pra armazenamento.”

(Gestor de AF municipal)

Fonte: Luz e col (14) e Imagens - Flaticon ©.

Já com relação aos fluxos de abastecimento, as falas ilustram a ocorrência de sazonalidades que provocam flutuação no consumo de medicamentos, bem como denotam erros de projeção de demanda. A pandemia de Covid-19, inclusive, foi citada como barreira relevante para a programação de medicamentos (14).



“É, por exemplo, as estações do ano, mudanças, da população em si - porque, às vezes, uma faixa etária, numa época, usa mais um medicamento que outra. De repente, tudo isso muda.”

(Gestor de AF municipal)

“É porque assim, é, é difícil prever, né? Aí, igual, tem medicamento que sai mais, tem outros que saem menos. Aí é difícil prever.”

(Gestor de AF municipal)



“Então, assim, a gente faz uma estimativa, quando é o mês que vem aquela estimativa já não tá de acordo com o mês anterior, ou até mesmo de um ano para o outro também, a estimativa às vezes não bate.”

(Gestor de AF municipal)

“Em questão de pandemia, a gente não previu nenhum tipo de pandemia, nenhum tipo de surto.”

(Gestor de AF municipal)



“É que nem a Ivermectina, a gente planeja tanto, agora aconteceu essa pandemia, a gente acaba precisando mais do que foi estipulado. O que acontece muito aqui na minha cidade, é vem muita de outras localidades que não consegue pegar medicamento né, agora nessa pandemia muitos vêm pra cá, aí todos querem pegar medicamento aqui e às vezes o que a gente pediu não dá pra tudo.”

(Gestor de AF municipal)

Por fim, a organização dos serviços também é apontada como barreira, especialmente no que diz respeito à rotatividade de profissionais (14).



“Eu poderia citar a rotatividade de atendentes na farmácia do município. Porque essa rotatividade faz com que muitas vezes o estoque de medicamentos fique falho, entende, então você tem que inventariar o estoque constantemente e aí fica difícil de você estimar a demanda.”

(Gestor de AF municipal)

“É a questão de rotatividade profissional, mas, geralmente, é questão de médico, a gente estava tendo muita rotatividade de médico, e normalmente médicos têm prescrições diferentes, né? Então geralmente você programa uma medicação que o outro médico tinha solicitado, e muda o médico, acaba que você tem que mudar a medicação e, às vezes, nem estava programado.”

(Gestor de AF municipal)



Fonte: Luz e col (14) e Imagens - Flaticon ©.

Considerações Finais

Apesar da programação de medicamentos ser ainda pouco estudada no contexto da APS no Brasil, as evidências apresentadas nesse capítulo mostram importantes fragilidades em relação à todas as suas etapas constitutivas, seja na preparação, coleta de dados ou execução.

A programação de medicamentos é um processo eminentemente técnico, que necessita ser bem documentado, embasado por metodologias robustas e parâmetros verificáveis, devendo ser monitorada e avaliada (9, 10). Há diversas publicações que podem nortear o seu desenvolvimento (2, 4, 5, 8, 10, 18). Recentemente foi testada e indicada a aplicação promissora de modelos matemáticos mais sofisticados, utilizando-se inteligência artificial, para predição de tendências futuras de demanda de medicamentos (19).

É necessário, pois, que os municípios destinem recursos humanos, financeiros e de infraestrutura para fortalecer a programação de medicamentos. Especialmente com relação aos recursos humanos, a capacitação para a realização das atividades relacionadas à programação de medicamentos é requisito básico.

Benefícios adicionais serão alcançados por meio do estabelecimento da cooperação entre diferentes municípios e também com os demais entes federativos e instituições de pesquisa e ensino para o estabelecimento de padrões, indicadores de monitoramento e avaliação, bem como para a proposição de orientações conjuntas para apoiar a tomada de decisão no âmbito da programação (18, 20). Respeitando as disposições legais, outra medida que pode contribuir para aprimorar a programação é a troca de informações com o setor privado, buscando-se maior transparência nas informações sobre o mercado farmacêutico, especialmente em termos de produtos e preços (18).

Referências

1. GERLACK, L. F. et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl. 2, p. 15s, 2017.
2. PEREIRA, R. M. Planejamento, programação e aquisição: prever para prover. In: **Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica**. v. 1, n. 10. Brasília: 2016. ISBN: 978-85-7967-108-1.
3. MARIN, et al. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS. 2003, 336p. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/84%20-%20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20gerentes%20municipais_2003.pdf. Acesso em: 31 mar. 2022.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 100 p., 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_15.pdf. Acesso em: 31 mar. 2022.
5. DIEHL, E. E.; SANTOS, R. I.; SCHAEFER, S. C (org.). Logística de Medicamentos. In: **Assistência Farmacêutica no Brasil: política, gestão e clínica**. Florianópolis: Editora da UFSC, 2016. 152p.
6. BLATT, C. R.; CAMPOS, C. M. T.; BECKER, I. R. T. Armazenamento e distribuição de medicamentos. In: **Assistência Farmacêutica no Brasil: política, gestão e clínica**. Florianópolis: Editora da UFSC, v. 4, p. 67-92, 2016.
7. OSORIO-DE-CASTRO C.G. S. et al. (org). **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 469p., 2014. ISBN: 978-85-7541-442-2.
8. MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH. **MDS-3. Managing Access to Medicines and Health Technologies**. Arlington, 2012. Disponível em: <https://msh.org/wp-content/uploads/2014/01/mds3-jan2014.pdf>. Acesso em: 15 maio. 2022.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Planejar é preciso: uma proposta de método para aplicação à assistência farmacêutica. **Série B. Textos Básicos de Saúde**. Brasília, DF: Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/O6_1143_M.pdf. Acesso em: 15 maio. 2022.
10. PEREIRA, N. C. et al. Implementation of pharmaceutical services in Brazilian primary health care: a cross-sectional study. **BMC Family Practice**, v. 22, n. 170, 2021.

11. MONTEIRO, E. R.; LACERDA, J. T.; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal na promoção do uso racional de medicamentos em municípios de médio e grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, e00112920, 2021.
12. BITTENCOURT, R. A. et al. Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 2, p. 310-323, 2017.
13. BERNARDO, N. L. M. D. C.; SOARES, L.; LEITE, S. N. A sociotechnical approach to analyze pharmaceutical policy and services management in primary health care in a Brazilian municipality. **Pharmacy**, v.9, n. 1, p. 39, 2021.
14. LUZ, T. C. B. et al. **Avaliação retrospectiva, situacional e prospectiva da Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais. PROJETO ERAF.** Grupo de Estudos Transdisciplinares de Tecnologias em Saúde e Ambiente-Getesa, Instituto René Rachou, Minas Gerais, Brasil. Financiado pelo Programa Inova Fiocruz, Edital Geração de Conhecimento, 2019.
15. OLIVEIRA, W. R.; COSTA, K. S.; TAVARES, N. U. L. Gestão da Assistência Farmacêutica em regiões de saúde do Ceará: um recorte do Projeto QualISUS-Rede. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 9, n. 1, p. 95-109, 2018.
16. FACCHINI, L. A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, suppl. 1, p. 159-172, 2008.
17. SUBRAMANIAN, L. Effective demand forecasting in health supply chains: emerging trend, enablers, and blockers. **Logistics**, v. 5, suppl. 1, 2021.
18. MBONYINSHUTI, et al. The prediction of essential medicines demand: a machine learning approach using consumption data in rwanda. **Processes**, v. 10, n. 26, 2022.
19. IQBAL, M. J.; GEER, M. I.; DAR, P. A. evaluation of medicines forecasting and quantification practices in various public sector hospitals using indicator based assessment tool. **Journal of Applied Pharmaceutical Science**. v. 7, n. 12, p. 72-76, 2017.

9

Aquisição de medicamentos

Noemia Tavares

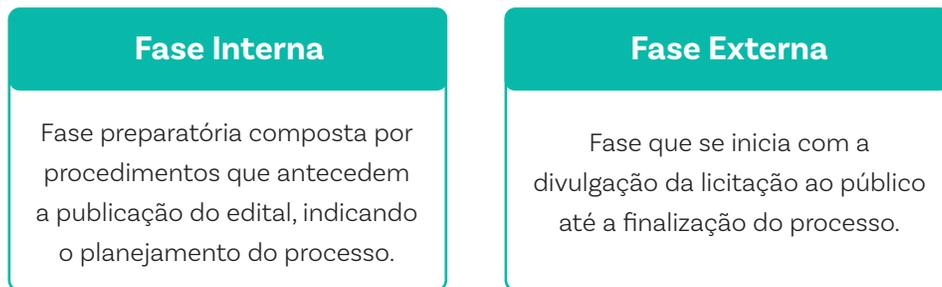
A aquisição de medicamentos corresponde a uma das principais atividades do ciclo logístico da Assistência Farmacêutica (AF) (1), estando inserida na Gestão Técnica do Medicamento representada no modelo lógico da AF na Atenção Primária à Saúde (APS) apresentada no **Capítulo 3**.

O processo de aquisição consiste em um conjunto de procedimentos a partir dos quais é efetivada a compra de medicamentos selecionados, com qualidade e pelo menor custo, por meio de fornecedores comprovadamente qualificados (1). Esta é considerada uma das etapas-chave para a credibilidade da Assistência Farmacêutica no SUS, e seu sucesso também depende do quão bem-feitas foram as etapas anteriores do ciclo logístico de seleção (o que comprar) e programação (o quanto comprar) para que se tenha um adequado abastecimento de medicamentos que atenda às necessidades da oferta de serviços e cobertura assistencial do município (1, 2).

As aquisições de medicamentos no SUS seguem as regras da administração pública e devem ser realizadas por meio de licitação, a qual envolve um conjunto de procedimentos formais que devem obedecer aos princípios de legalidade, igualdade, publicidade, probidade administrativa, vinculação ao edital e julgamento objetivo (1, 2), conforme previsto na Constituição Federal (art. 37). Os procedimentos para licitação são regulamentados pela Lei no 8.666/1993 e pela Lei no 14.133/2021, estabelecida recentemente e que se encontra em fase de implementação (3).

O processo licitatório é composto por duas fases que são definidas por meio de instrumento legal e devem obedecer a uma sequência conforme demonstrado na Figura 1.

FIGURA 1. Fases do processo licitatório.



Fonte: Adaptado de BRASILm(1) e CONASEMS (3).

A formalização da licitação se dá por meio de modalidades que são as formas pelas quais o processo é realizado, com características próprias e que devem atender aos critérios estabelecidos pela legislação (4, 5, 6). A diferenciação entre as modalidades, apresentada no Quadro 1, é feita especialmente em função do valor estimado da aquisição considerando os valores-limites estabelecidos, exigências específicas de procedimentos, processos a serem formalizados, publicações e prazos a serem atendidos pela legislação vigente (3). Dentre elas, o pregão, que foi instituído pela Lei no 10.520/2002, é a modalidade de licitação recomendada para a aquisição de medicamentos, e sempre que há utilização de recursos transferidos pelo Ministério da Saúde, o uso da modalidade pregão, na forma eletrônica, é considerado obrigatório (7).

QUADRO 1. Características das Modalidades de Licitação de acordo com a legislação vigente

MODALIDADE	DESCRIÇÃO	LEGISLAÇÃO
Convite	Modalidade de licitação entre interessados do ramo pertinente ao seu objeto, cadastrados ou não, escolhidos e convidados em número mínimo de 3 (três) pela unidade administrativa, a qual afixará, em local apropriado, cópia do instrumento convocatório e o estenderá aos demais cadastrados na correspondente especialidade que manifestarem seu interesse com antecedência de até 24 (vinte e quatro) horas da apresentação das propostas. Limite do valor financeiro estabelecido: até R\$ 80.000,00.	Lei no 8.666/1993

QUADRO 1. Características das Modalidades de Licitação de acordo com a legislação vigente. (continuação)

MODALIDADE	DESCRIÇÃO	LEGISLAÇÃO
Tomada de Preços	Modalidade de licitação entre interessados devidamente cadastrados ou que atenderem a todas as condições exigidas para cadastramento até o terceiro dia anterior à data do recebimento das propostas, observada a necessária qualificação. Limite do valor financeiro estabelecido: até R\$ 150.000,00.	Lei nº 8.666/1993
Concorrência	Modalidade de licitação entre quaisquer interessados que, na fase inicial de habilitação preliminar, comprovem possuir os requisitos mínimos de qualificação exigidos no edital para execução de seu objeto Modalidade de licitação para contratação de bens e serviços especiais e de obras e serviços comuns e especiais de engenharia, cujo critério de julgamento poderá ser: a) menor preço; b) melhor técnica ou conteúdo artístico; c) técnica e preço; d) maior retorno econômico; e) maior desconto. Limite do valor financeiro estabelecido: acima de R\$ 650.000,00.	Lei nº 8.666/1993 Lei nº 14.133/2021
Pregão	Modalidade de licitação em que a disputa pelo fornecimento de bens ou serviços comuns é feita em sessão pública, por meio de propostas de preços escritos e lances verbais. Modalidade de licitação obrigatória para aquisição de bens e serviços comuns, cujo critério de julgamento poderá ser o de menor preço ou o de maior desconto	Lei nº 14.133/2021 Decreto nº 3.555/2000

Fonte: Adaptado de BRASIL (4, 5, 6),

A legislação (4, 6) prevê ainda, em casos especiais, a possibilidade de contratação direta, sem realização de processo licitatório para aquisição de medicamentos por Dispensa de Licitação (DL) e Inexigibilidade de Licitação (IL).

Algumas estratégias são utilizadas pelas instâncias gestoras para aquisição dos medicamentos, visando à racionalização dos recursos financeiros que possibilitam compras com preços reduzidos, gerando um maior nível de eficiência (3, 8). Os principais arranjos organizacionais para essa aquisição, utilizados pelos gestores estaduais e municipais, são a centralização de compras, o sistema de registro de preços (SRP) e a constituição de Consórcios Intermunicipais de Saúde (CIS).

A Centralização de compras na instância estadual pode ser uma estratégia pactuada no âmbito das Comissões Intergestores Bipartites (CIB) (9, 10). Consiste na centralização total ou parcial das compras com recursos federais e estaduais nas Secretarias Estaduais de Saúde, com o propósito de ganho de escala e melhores preços do que as compras individuais pelos municípios (3).

O Sistema de Registro de Preços (SRP) possibilita contratar um fornecedor sem a obrigatoriedade da aquisição da totalidade dos produtos licitados e permite melhor racionalização na utilização do orçamento, que será disponibilizado no momento da contratação, permitindo que não se mantenham grandes estoques, uma vez que a licitação já foi realizada e as contratações podem acontecer a qualquer momento (2).

O Consórcio Intermunicipal de Saúde (CIS) é uma estratégia onde gestores podem associar-se a outros municípios, por intermédio da organização de consórcios públicos onde a aquisição de forma centralizada (economia de escala) e a entrega em locais estratégicos pelos fornecedores (redução do custo do transporte) contribuem para que os municípios adquiram medicamentos de forma mais eficiente (3, 11).

Este capítulo apresenta a síntese de evidências sobre a aquisição de medicamentos nos municípios brasileiros no contexto da APS.

Aquisição de medicamentos nos municípios brasileiros

Conforme apresentado anteriormente, a aquisição de medicamentos no SUS deve seguir as regras da administração pública e realizar o processo de licitação para sua execução, sendo prevista a criação, pela administração local, de uma comissão permanente ou especial com a função de receber, examinar e julgar todos os documentos e procedimentos relativos às licitações e ao cadastramento de licitante (BRASIL, 1993). Estudo nacional apontou que somente em cerca de um terço (37,7%) dos municípios foi referida a existência de comissão permanente de licitação exclusiva para a aquisição de medicamentos, segundo os responsáveis da Assistência Farmacêutica municipais (12-14).

Na fase interna preparatória de planejamento do processo licitatório (Figura 1) está prevista a definição do objeto para o atendimento da necessidade por meio de Termo de Referência (TR), que deve conter os elementos técnicos que embasarão a avaliação de custo pela administração pública, os padrões de desempenho e qualidade a serem atendidos (3).

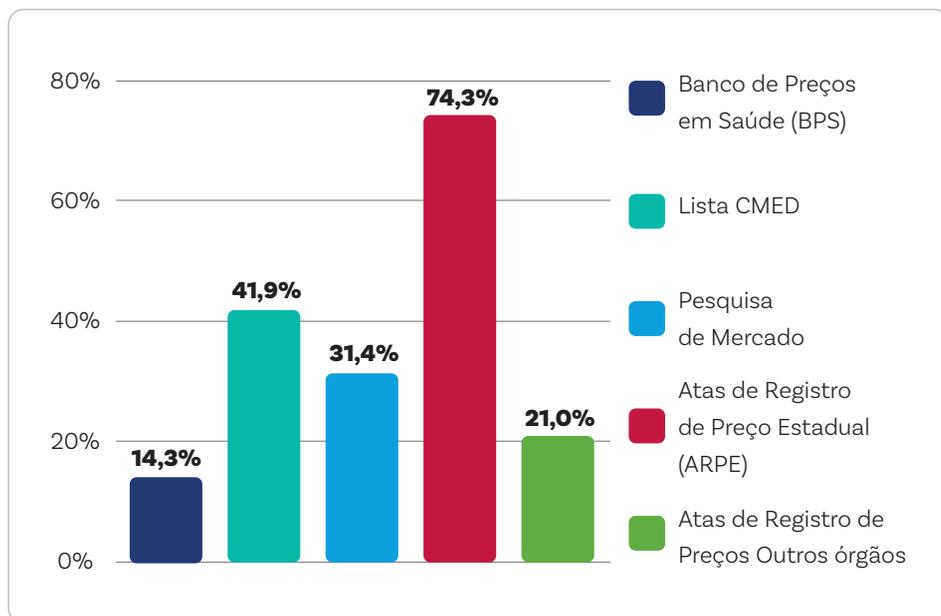
Considera-se importante a participação da gestão da AF e dos profissionais farmacêuticos na elaboração do TR de compra de medicamentos para qualificação dos requisitos técnicos e garantia da qualidade dos produtos adquiridos. Entretanto, evidencia-se uma baixa participação dos profissionais farmacêuticos nesta atividade nos municípios brasileiros, com apenas 13,4% de participação. Esse resultado chama ainda mais atenção se considerado o fato de que na grande maioria dos municípios (90,0%), os gestores da AF são farmacêuticos (12).

No Estado de Minas Gerais, pesquisa realizada com gestores municipais da AF mostrou um cenário mais favorável, em que em grande parte dos municípios participantes, a área técnica da AF (69,7%) participou na elaboração do TR para aquisição de medicamentos. Os farmacêuticos foram os principais profissionais (90,5%) envolvidos na especificação técnica de medicamentos a serem adquiridos em seus municípios (15).

O processo de aquisição de medicamentos envolve um conjunto de procedimentos formais com várias etapas, e o seu sucesso depende da execução adequada de cada uma delas. Neste sentido, é fundamental que os processos locais sejam balizados por procedimentos escritos para a realização desta atividade, também denominado Procedimento Operacional Padrão (POP). Entretanto, a existência de POP para a atividade de aquisição ainda não é uma realidade evidenciada na grande maioria dos municípios brasileiros, o que pode levar a desabastecimento por falha na operacionalização dos processos de aquisição (12).

Um aspecto importante do processo de aquisição dos medicamentos são as fontes de pesquisa de preços utilizadas para embasar o processo de aquisição. Pesquisa realizada com 105 gestores da AF em municípios de Minas Gerais mostra que as fontes de pesquisa de preços mais frequentes foram as Atas de registro de preços Estadual (ARPE) e a Lista de preços da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), e a menos utilizada foi o Banco de Preços em Saúde (BPS) (Figura 2) (15).

FIGURA 2. Fontes de pesquisa de preço para aquisição em municípios mineiros



Fonte: Luz e col (15).

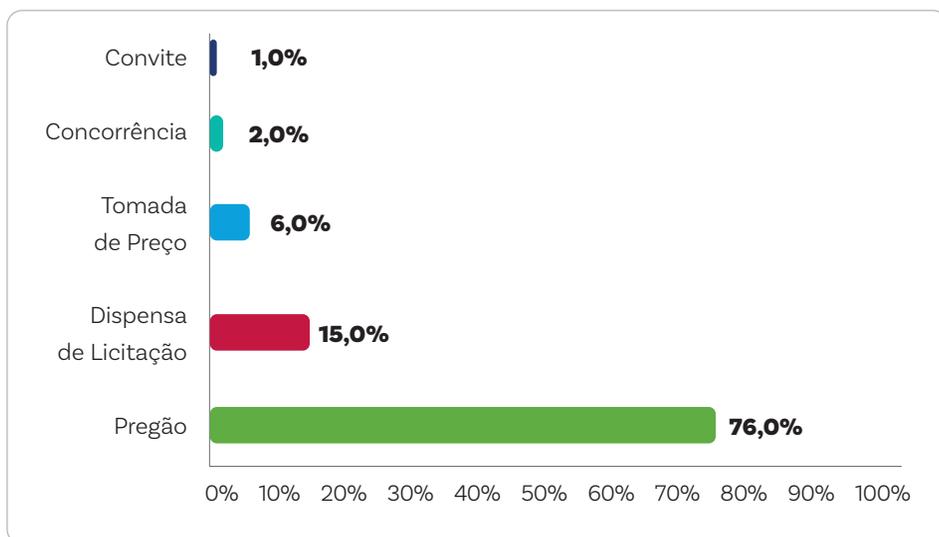
Cabe destacar que a CMED estabelece limites de preços para a comercialização de medicamentos no Brasil, bem como regras específicas para a venda de medicamentos para o governo, sendo que os preços referenciais apresentados nas tabelas não são elaborados para refletir os valores de mercado, mas, sim, com o objetivo de regular os preços de medicamentos no Brasil (7). Portanto, é recomendado que sejam priorizados como referenciais de mercado os preços registrados no BPS, atualmente de alimentação obrigatória pela União, Estados, Distrito Federal, e Municípios, atentando-se para que estes respeitem os limites estabelecidos pela CMED (7).

Quanto às formas de aquisição dos medicamentos nos municípios, dos 507 gestores da AF entrevistados por pesquisa de âmbito nacional, 26,2% referiram a associação entre município e estado como forma de parceria para compras de medicamentos, seguida de consórcio entre municípios (15,0%). Por outro lado, praticamente metade dos responsáveis pela AF informou que sempre, repetidamente ou às vezes realizaram compras de medicamentos em farmácias ou drogarias locais (13).

Em Minas Gerais, a maioria dos gestores AF (94,6%) informaram, ainda, que as principais formas de compra são por processo de compra próprio do município (licitação, dispensa ou compra emergencial). Além dessa forma, eles também informaram a adesão às ARPE em 98,2% dos casos; a adesão à Atas de Registro de Preço de algum outro órgão em 11,8% dos casos e em 14,2%, utiliza-se consórcios municipais (15).

Em outro estudo que analisou os dados de aquisição informados na Base Nacional de Dados da Assistência Farmacêutica referente as aquisições de um período de um ano referente a 534 municípios, verificou que a maioria indicou “pregão” como a modalidade de licitação mais utilizada, seguida por “dispensa de licitação”. Outras modalidades referidas foram “tomada de preço”, “concorrência” e “convite” (Figura 3) (16).

FIGURA 3. Formas de aquisição de medicamentos registradas por municípios brasileiros

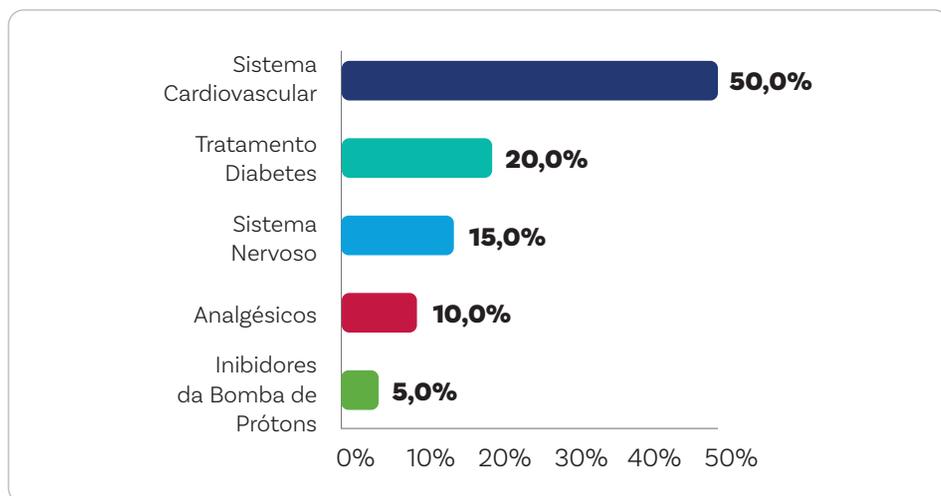


Fonte: Adaptado de Pontes e col (16).

Verificou-se também que, quanto maior o porte populacional, mais municípios utilizaram a modalidade “pregão” e que 44,0% da amostra não informou a modalidade de aquisição de medicamentos (16).

Dos 20 itens mais adquiridos pelos municípios analisados, constatou-se que a maior proporção é utilizada para problemas relacionados ao sistema cardiovascular, seguido para tratamento e monitoramento do diabetes e para o sistema nervoso (Figura 4). Cabe destacar que ao analisar o valor unitário médio destes itens, em unidade farmacêutica, pode-se identificar que 95,0% deles estão com preços acima da média registrada no BPS (16).

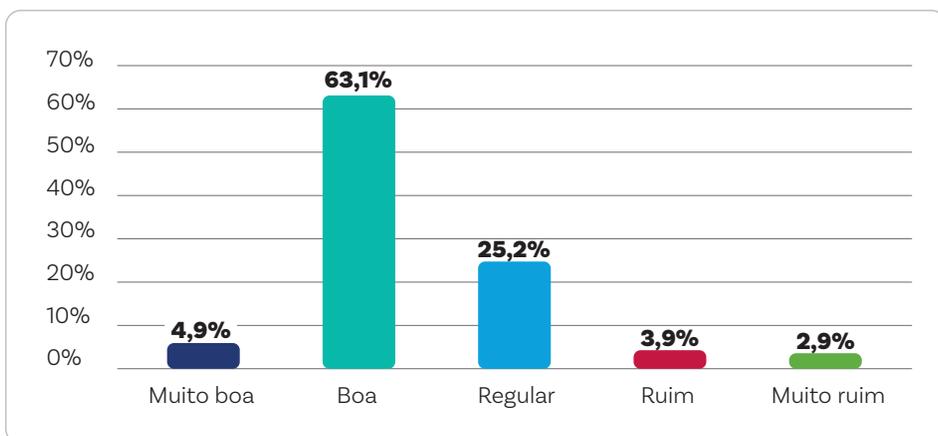
FIGURA 4. itens do Componente Básico da Assistência Farmacêutica mais adquiridos pelos municípios brasileiros



Fonte: Adaptado de Pontes e col (16).

Uma aparente contradição, diante dos problemas apresentados ao longo do capítulo, pode ser observada por meio de uma pesquisa realizada em Minas Gerais. Durante a investigação, foi analisada a percepção dos gestores da AF em relação à adequação da aquisição de medicamentos em termos de efetividade, ou seja, se está cumprindo os objetivos, metas, prazos e funções estabelecidos (Figura 5). Os resultados mostram que a maioria (68%) considera a aquisição muito boa ou boa (15).

FIGURA 5. Percepção dos gestores da Assistência Farmacêutica em relação à efetividade da etapa de Aquisição de Medicamentos, em Minas Gerais



Fonte: Luz e col (15)

Considerações Finais

O processo de descentralização da AF ao promover a gestão local dos recursos financeiros e da operacionalização da aquisição de medicamentos, tem trazidos desafios concernentes ao seu processo de implantação apresentados neste capítulo.

As fragilidades do processo de aquisição apontadas desde a sua fase de planejamento reforçam a necessidade de qualificação das áreas técnicas da AF nos municípios, bem como da sua integração para dar suporte às aquisições, incluindo a emissão de pareceres técnicos nas fases dos processos licitatórios, para garantir a qualidade dos medicamentos adquiridos e disponibilizados para a população (3).

É importante destacar que, para melhorar a efetividade da aquisição de medicamentos para a APS, é necessário o aprimoramento da qualificação das estratégias, como a compra conjunta entre estados e municípios e a instituição de consórcios intermunicipais, bem como a alimentação e fortalecimento do BPS como ferramenta de apoio para a estimativa de preços dos medicamentos (3, 11), o que diante das evidências levantadas ainda é incipiente no Brasil.

Outro importante apontamento evidenciado é a adequação das aquisições de medicamentos de acordo com a legislação vigente que regulamenta as compras públicas (1). A licitação na modalidade de pregão eletrônico é obrigatória para compras públicas com recurso da União, como no caso da utilização do recurso tripartite do CBAF, e proporciona ganhos de agilidade e eficiência na gestão dos recursos. A utilização conjunta com o sistema de registro de preços também propicia ganhos na eficiência das compras de medicamentos (3, 7).

Por fim, diante do desafio dos profissionais e gestores do SUS de garantir o acesso contínuo a medicamentos de qualidade para a população, especialmente em um cenário de recursos escassos, é necessária a qualificação da Assistência Farmacêutica municipal para realizar o acompanhamento dos processos de aquisição de medicamentos, bem como o seu resultado, evitando o desabastecimento e o impacto no cuidado integral dos usuários do SUS.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS: orientações básicas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_15.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.
2. OSORIO-DE-CASTRO C. G. S. et al. (org). **Assistência farmacêutica: gestão e prática para profissionais da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 469p., 2014. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/assistencia-farmacutica-gestao-e-pratica-para-profissionais-da-saude>. Acesso em: 10 out. 2022.
3. CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Caderno 5. Volume 5 **Modalidades de Aquisição de Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica Praticadas pelos Municípios Brasileiros**. Brasília: CONASEMS, 2022. Disponível em: https://famurs.com.br/uploads/midia/34646/Caderno_5_Modidades_de_Aquisio_de_Medicamentos.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.
4. BRASIL. Presidência da República. **Lei no 8.666**, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração pública e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU) de 22/06/1993. 1993. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm. Acesso em: 10 out. 2022.
5. BRASIL. Presidência da República. **Decreto no 3.555**, de 8 de agosto de 2000. Aprova o Regulamento para a modalidade de licitação denominada pregão, para aquisição de bens e serviços comuns. 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3555.htm. Acesso em: 10 out. 2022.
6. BRASIL. Presidência da República. **Lei 14133**, de 01 de abril de 2021. Lei de Licitações e Contratos Administrativos. Diário Oficial da União (DOU) de 01/04/2021. 2021, Sec. 1 - Extra F. Disponível em: <https://www.gov.br/compras/pt-br/nllc>. Acesso em: 10 out. 2022.
7. BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Orientações para aquisições públicas de medicamentos**. Brasília, DF: TCU, 2018. Disponível em: https://portal.tcu.gov.br/data/files/8A/E0/DC/81/A5A1F6107AD96FE6F18818A8/Orientacoes_aquisicoes_publicas_medicamentos.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.
8. MARIN, et al. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS. 2003, 336p. Disponível em: <http://www6.ensp.fiocruz.br/visa/?q=node/4863>. Acesso em: 10 out. 2022.

9. BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de Consolidação no 6**, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial União, Brasília, DF, 3 out. 2017; Seção 1. p. 569. Supl. 190. Disponível em: https://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Legislacoes/Portaria_Consolidacao_6_28_SETEMBRO_2017.pdf. Acesso em: 10 out. 2022.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 3.193**, de 9 de dezembro de 2019. Altera a Portaria de Consolidação no 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <https://brasilsus.com.br/wp-content/uploads/2019/12/portaria3193.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.
11. AMARAL, E. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 799- 801, 2011.
12. GERLACK, L. F. et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl. 2, p. 15s, 2017.
13. FALEIROS, D. R. et al. Financing of Pharmaceutical Services in the municipal management of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, 51(suppl.2), 14s.
14. SOUZA, G. S. et al. Caracterização da instituição e realização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**; v. 51, n. 2, p. 7, 2017.
15. LUZ, T. C. B. et al. **Avaliação retrospectiva, situacional e prospectiva da Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais**. PROJETO ERAF. Belo Horizonte, MG: Fiocruz; 2019.
16. PONTES, M. A. et al. Aplicação de recursos financeiros para aquisição de medicamentos para atenção básica em municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2453-2462, ago. 2017.



UNIDADE 4

O CUIDADO FARMACEUTICO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

10. Serviços clínico-assistenciais e técnico-pedagógicos

10

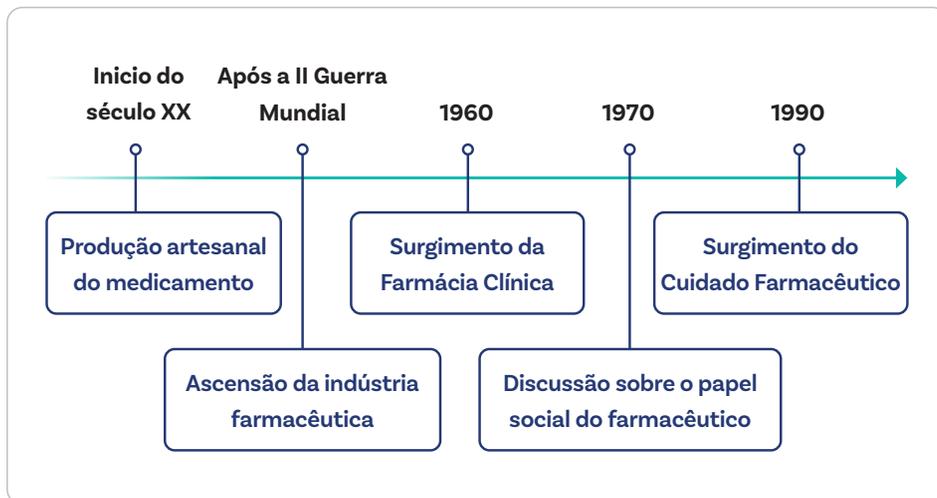
Serviços clínico-assistenciais e técnico-pedagógicos

Sabrina Santos, Rafaella Silva e Tatiana Luz

Historicamente, a profissão farmacêutica passou por diversas fases, que redefiniram o papel do farmacêutico no cuidado ao paciente ao longo do tempo, conforme ilustra a Figura 1 (1, 2). No início do século XX, o farmacêutico era o profissional de saúde responsável pela produção artesanal dos medicamentos. Após a II Segunda Guerra Mundial, com a ascensão da indústria farmacêutica, a farmácia comunitária tornou-se um estabelecimento de distribuição da indústria farmacêutica, enquanto os farmacêuticos hospitalares centravam-se na gestão dos medicamentos. Somente a partir dos anos de 1960, no cenário hospitalar, surge a Farmácia Clínica, a fim de melhorar os resultados em saúde dos pacientes, principalmente aqueles relacionados à farmacoterapia (1, 2).

Paralelo a isso, em meados da década de 1970, alguns autores tentaram redefinir o papel social do farmacêutico no cuidado ao paciente. Segundo eles, a Farmácia Clínica era restrita ao ambiente hospitalar e focada na análise da farmacoterapia dos pacientes. Publicações da época enfatizavam a ampliação das atividades e dos cenários de atuação do farmacêutico, principalmente para a Atenção Primária à Saúde (APS), sendo estimuladas por publicações e conferências da Organização Mundial da Saúde (OMS) (1).

FIGURA 1 - Mudanças da profissão farmacêutica ao longo dos anos



Fonte: Adaptado de Brasil (1).

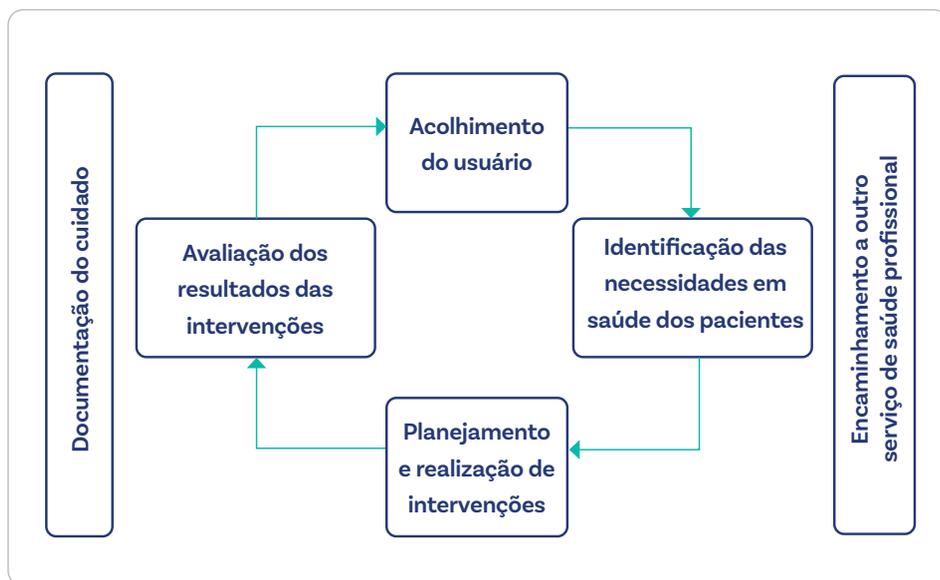
O Cuidado Farmacêutico (CF), do inglês *Pharmaceutical Care*, foi estabelecido pelos autores Charles Hepler e Linda Strand, nos Estados Unidos (1, 3) na década de 90. A prática surgiu como resposta social à necessidade de mudança na profissão farmacêutica para um foco mais centrado no paciente devido, principalmente, a alta incidência e aos altos custos da morbidade e mortalidade relacionada ao uso de medicamentos. No Brasil, estima-se que esses custos sejam de R\$ 60 bilhões por ano para o sistema público de saúde (4).

Dessa forma, a inclusão do farmacêutico na equipe de saúde e o seu envolvimento na assistência ao paciente pode contribuir para promoção do uso racional e seguro dos medicamentos, bem como para o alcance de resultados positivos com o uso da farmacoterapia (5-7).

Nesse contexto, o Cuidado Farmacêutico pode ser compreendido como o modelo de prática e apresenta os seguintes componentes: a filosofia, o processo de cuidado, a gestão e regulamentação da prática (3, 8). A filosofia define a responsabilidade do farmacêutico em atender a todas as necessidades de saúde do paciente. Já o processo de cuidado é um conjunto de atividades lógicas aplicáveis a diferentes cenários e a todos os serviços prestados pelos farmacêuticos (Figura 2). Vale ressaltar que a

documentação deve ocorrer em todas as etapas do cuidado e é essencial porque facilita a comunicação com o paciente e com outros profissionais de saúde, além de possibilitar a avaliação dos resultados (3, 8). Além disso, durante qualquer momento do processo de cuidado, pode haver encaminhamento a outros profissionais de saúde.

FIGURA 2 - Processo de Cuidado Farmacêutico



Fonte: Adaptado do Conselho Federal de Farmácia (8).

A gestão da prática inclui todos os recursos necessários para a provisão de serviços de alta qualidade, como recursos físicos, humanos, materiais, instrumentos normativos, administrativos, financiamento, entre outros (8). Por fim, a regulamentação da prática diz respeito às legislações que fornecem legitimidade aos profissionais e segurança aos pacientes, aos estabelecimentos e aos empregadores na oferta dos serviços à população, bem como às fiscalizações profissionais e sanitárias (8).

O Cuidado Farmacêutico se materializa para as pessoas por meio da provisão dos serviços clínico-assistenciais e técnico-pedagógicos, segundo o modelo lógico da Assistência Farmacêutica (AF) na APS apresentado no **Capítulo 3**. O Quadro 1 apresenta os principais serviços de cuidado.

QUADRO 1. Principais serviços de Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde

SERVIÇOS CLÍNICO-ASSISTENCIAIS	SERVIÇOS TÉCNICO-PEDAGÓGICOS
<ul style="list-style-type: none">• Dispensação• Acompanhamento farmacoterapêutico• Revisão da farmacoterapia• Conciliação de Medicamentos• Rastreamento em saúde• Gestão da condição de saúde	<ul style="list-style-type: none">• Informação e educação em saúde em âmbito individual• Informação e educação em saúde em âmbito coletivo

Fonte: Adaptado de Brasil (1, 9, 10, 11) e Conselho Federal de Farmácia (8, 12).

Os serviços de Cuidado Farmacêutico são ofertados nos pontos de atenção à saúde, de acordo com as necessidades dos pacientes, com a finalidade de proporcionar uma farmacoterapia racional, contínua, segura e efetiva para as pessoas, famílias e comunidade (1). Além disso, é importante que os serviços de cuidado estejam organizados, estruturados e integrados à equipe e aos demais serviços para que o paciente possa otimizar os resultados em saúde (1).

Pelo exposto, a atuação do farmacêutico no Sistema Único de Saúde (SUS), em especial na APS, pode ir muito além das ações relacionadas à gestão técnica do medicamento. Os serviços de Cuidado Farmacêutico têm sido apontados como uma estratégia para melhorar os desfechos clínicos e humanísticos dos pacientes e contribuir para a redução de custos para o sistema de saúde (1). É importante ressaltar que existem políticas específicas no contexto da APS, como a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que define o desenvolvimento de ações no âmbito da AF e do uso racional e seguro dos medicamentos como responsabilidade dos municípios (13). Assim, este capítulo apresenta uma síntese de evidências sobre o Cuidado Farmacêutico nos municípios brasileiros no contexto da APS.

Tendo em vista a pluralidade teórico-conceitual que embasa as investigações sobre essa temática, optou-se por manter as denominações apresentadas nos diferentes estudos. Entretanto, é importante ressaltar que os constructos que fundamentam a concepção e a prática do Cuidado Farmacêutico ainda carecem de maior delimitação de seu objeto e de padronização, como se pode ver a seguir.

Cuidado Farmacêutico: algumas perspectivas epistemológicas

A Farmácia se tornou uma profissão da saúde de forma diferente das demais, apresentando linguagem e processo de trabalho específicos, isto quer dizer que não compartilha similaridades com outras profissões da saúde (14). Desse modo, em países como o Brasil, mesmo buscando se consolidar como um modelo ideal de prática farmacêutica, o Cuidado Farmacêutico é ainda cercado por contradições e dilemas, a começar pela própria definição precisa do termo. A discussão sobre a padronização de denominações, conceitos e operacionalização do Cuidado Farmacêutico é recente no país (1, 8).

Nesta perspectiva, apesar de apresentarem conceitos diferentes, termos como Farmácia Clínica e Atenção Farmacêutica ainda são usados como sinônimos de Cuidado Farmacêutico. Entretanto, a Farmácia Clínica é uma área do saber da Farmácia que norteia tanto a pesquisa quanto a prática profissional focada no uso racional de medicamentos (8).

Atenção Farmacêutica, por exemplo, foi usada como tradução do inglês para “*Pharmaceutical Care*” e posteriormente passou a ser utilizada no Brasil com diferentes significados: para designar vários serviços clínicos, para se referir ao serviço de acompanhamento farmacoterapêutico, bem como uma nova filosofia ou novo modelo de prática (8). Além dessa questão, diferente do termo “cuidado”, a palavra “atenção” não é comum a outras profissões da saúde (8). Logo, instituições como o Conselho Federal de Farmácia e Ministério da Saúde optaram por usar a terminologia Cuidado Farmacêutico para se referir ao modelo de prática farmacêutica em publicações mais recentes (1, 8).

Já no que se refere aos serviços de Cuidado Farmacêutico, usualmente não se segue o padrão segundo o modelo lógico da AF na APS apresentado no **Capítulo 3** e destacado no Quadro 1. Em geral, são utilizadas designações diversas para se referir a esses serviços como, orientação farmacêutica, acompanhamento da adesão à farmacoterapia, consulta farmacêutica e visitas domiciliares (15, 16). Isso pode ser exemplificado pelos resultados de um estudo de abrangência nacional, que mostrou que as principais atividades de caráter clínico realizadas nas unidades, foram referidas pelos farmacêuticos como “orientação” e “Atenção Farmacêutica” (15).

A orientação farmacêutica é uma expressão usualmente utilizada quando o farmacêutico educa o paciente com foco na farmacoterapia (8). Já a avaliação, promoção e acompanhamento da adesão à farmacoterapia consiste na análise do uso do medicamento conforme orientação profissional, usando parâmetros e instrumentos de análise, bem como múltiplas estratégias de orientação (1, 8). Essas denominações não necessariamente devem ser consideradas serviços farmacêuticos. Elas constituem atividades farmacêuticas que podem ser realizadas ou estão relacionadas a diferentes serviços técnico-pedagógicos e clínico-assistenciais, como informação e educação em saúde, dispensação, revisão da farmacoterapia e/ou acompanhamento farmacoterapêutico (8).

A consulta farmacêutica consiste em um encontro do paciente com o farmacêutico, no qual o serviço/procedimento prestado depende tanto da complexidade/necessidade do paciente como das características do serviço de saúde ao qual o profissional está vinculado. Geralmente, quando o farmacêutico encontra o paciente em seu domicílio, é usada a denominação “consulta domiciliar” (8).

Se por um lado, as diferentes concepções acerca do Cuidado Farmacêutico consistem em uma barreira importante para a implementação desse novo modelo de prática profissional, por outro, até o momento, não se tem informações sobre como essas diferentes visões sobre o tema têm sido disseminadas, compreendidas e reproduzidas no país. No contexto da APS, as pesquisas realizadas até o momento continuam reproduzindo estes paradigmas, o que impõe dificuldades para a compreensão, análise e comparações entre os diferentes achados.

A oferta de serviços de Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde

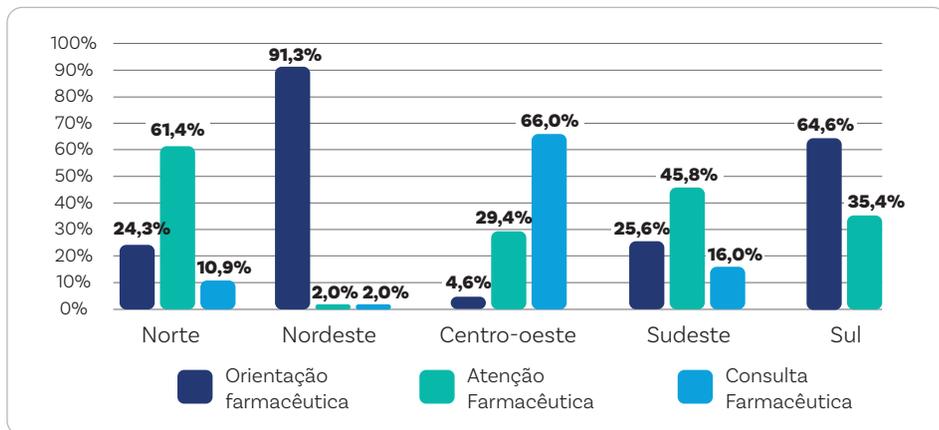
De acordo com as evidências da literatura, existem poucos serviços de Cuidado Farmacêutico ofertados no Brasil, sejam clínico-assistenciais ou técnico-pedagógicos. Uma pesquisa nacional para caracterizar as atividades de natureza clínica desenvolvidas pelos farmacêuticos nas unidades básicas de saúde verificou que apenas 21,3% dos profissionais afirmaram realizar esse tipo de atividade (15). Já as intervenções farmacêuticas mais comumente reportadas na literatura são a orientação sobre o modo

de usar os medicamentos e sobre o armazenamento domiciliar desses produtos (15, 17-20).

Pereira e colaboradores (21) utilizaram um conjunto de indicadores, como formação, experiência, trabalho em equipe, educação em saúde e disponibilidade de materiais educativos, para avaliar o grau de implantação do Cuidado Farmacêutico no Brasil. Segundo os autores, seu grau de implantação é considerado incipiente e esse resultado é corroborado por outras investigações realizadas no país (15, 17, 22, 23).

Não há muitos levantamentos disponíveis sobre quais são os serviços e/ou atividades de Cuidado Farmacêutico ofertados à população na APS. Em uma pesquisa de abrangência nacional, os farmacêuticos citam, mais frequentemente, a orientação farmacêutica, com um percentual médio de 37,9%, seguida de Atenção Farmacêutica, com média de 36,2% e de consulta farmacêutica, com média de 17,1% (15). A Figura 3 resume os resultados por região. A região Nordeste é a que mais refere atividades de orientação farmacêutica no país, com quase a totalidade dos municípios participantes, ao passo que o Centro-oeste é a região que menos refere esse tipo de atividade. Com relação à Atenção Farmacêutica, essa é referida com maior frequência no Norte, em quase dois terços dos municípios e no Sudeste, em praticamente 46%. A consulta farmacêutica é referida com maior frequência no Centro-oeste e menor no Nordeste, com apenas 2,0%. O Sul não relata esse tipo de atividade.

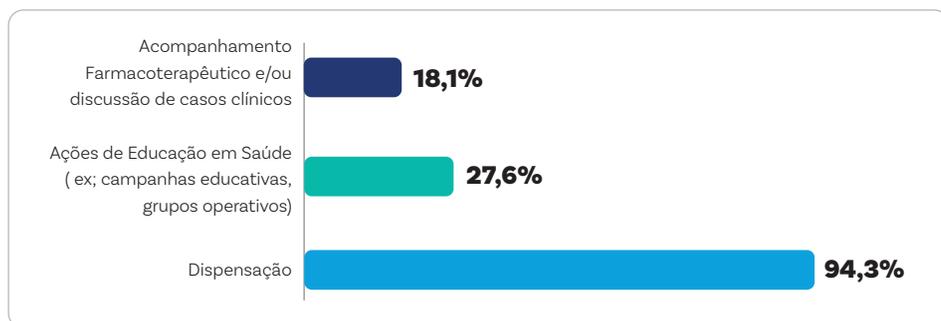
FIGURA 3 - Principais atividades relacionadas ao Cuidado Farmacêutico, em percentual, segundo regiões



Fonte: Adaptado de Araújo e col (15).

Uma pesquisa estadual realizada em Minas Gerais mostrou que a dispensação foi o serviço de Cuidado Farmacêutico mais comumente relatado pelos gestores de AF (94,3% dos respondentes). Além disso, ações de educação em saúde, como por exemplo, campanhas educativas e grupos operativos foram relatadas por 27,6% desses gestores e 18,1% informaram, ainda, que as equipes realizam acompanhamento farmacoterapêutico e/ou discussão de casos clínicos (24) (Figura 4).

FIGURA 4 - Frequência e descrição dos principais serviços e atividades de Cuidado Farmacêutico relatados por gestores de Assistência Farmacêutica em Minas Gerais



Fonte: Luz e col (24).

Em que pese ser a dispensação o serviço de Cuidado Farmacêutico mais comumente relatado na APS, as pesquisas revelam algumas contradições. De um lado, há um elevado percentual de gestores (73,1%) e de farmacêuticos (89,7%) que consideram o serviço de dispensação ofertado à população como sendo muito bom ou bom, porém sabe-se que há poucos farmacêuticos envolvidos na prestação do serviço (20, 24).

Os estudos nacionais mostram, por exemplo, percentuais em torno de 30,0% de farmacêuticos que afirmam realizar a dispensação de medicamentos (15, 17). Estudo de âmbito estadual, em Santa Catarina, por exemplo, mostrou que em apenas 27,3% dos municípios, todas as unidades de saúde possuíam apoio do farmacêutico para a orientação dos usuários (25). Já um estudo realizado em um município polo de saúde em Minas Gerais mostrou um cenário ainda pior, no qual nenhum farmacêutico da APS relatou envolvimento na dispensação de medicamentos (26). Segundo os profissionais, ao invés da dispensação, eles precisam priorizar a realização de outras atividades, como destacado na seguinte fala:



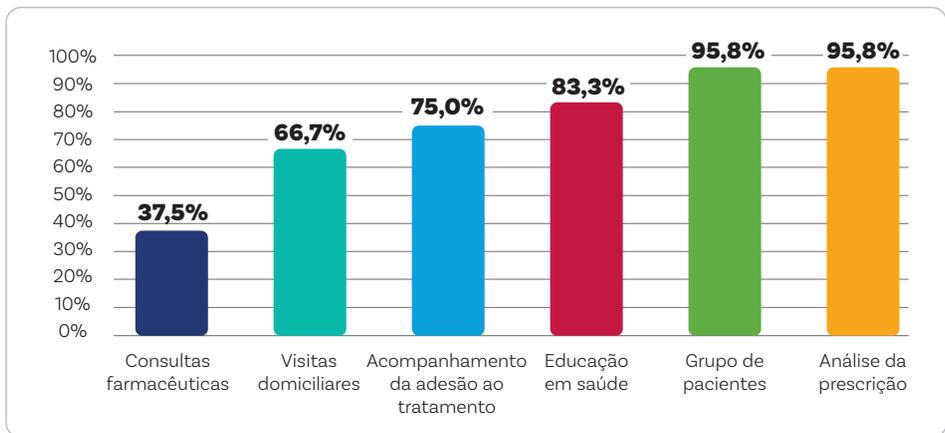
“A gente não fica muito na dispensação não, temos outras responsabilidades para lidar”

(Farmacêutico)

Fonte: Luz e col e (26) e Imagem - Flaticon ©.

Em São Paulo, uma pesquisa realizada em um município de grande porte (> 800 mil habitantes) também buscou caracterizar os serviços e atividades de Cuidado Farmacêutico ofertados em unidades básicas de saúde (16). A Figura 5 apresenta os principais resultados, com destaque para o envolvimento de farmacêuticos na análise da prescrição (95,8%) e na participação em grupos de pacientes (95,8% de participação em grupos de hipertensão, diabetes, tuberculose e controle do tabagismo) (16).

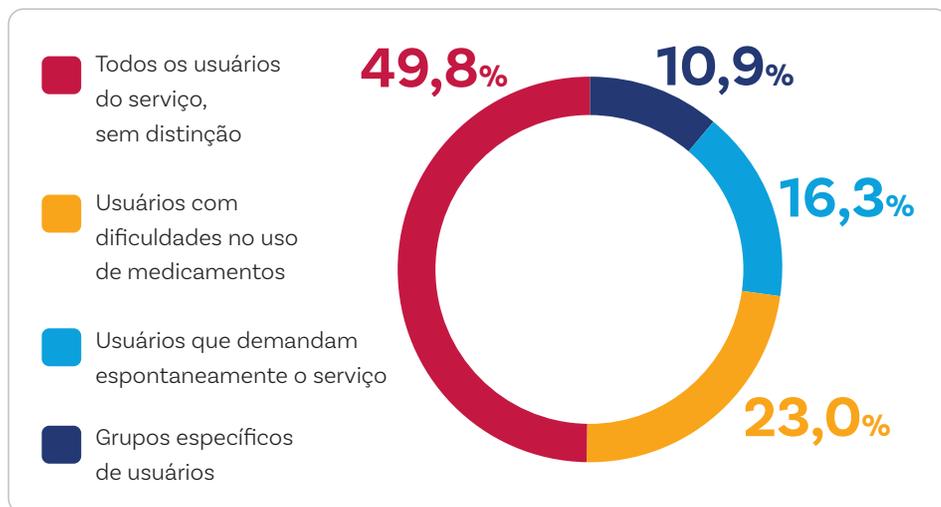
FIGURA 5 – Frequência e descrição das atividades relacionadas ao Cuidado Farmacêutico relacionadas por farmacêuticos em estudo municipal



Fonte: Adaptado de Silva e col (16).

Com relação à abrangência do público-alvo dos serviços de Cuidado ofertados nas unidades de dispensação da APS, uma pesquisa nacional mostrou que eles são oferecidos para diferentes públicos (Figura 6). Dessa forma, há quem ofereça os serviços para todos os usuários, sem distinção (49,8%); outros oferecem apenas a usuários com dificuldades no uso de medicamentos (23,0%). Já uma parcela oferece apenas para usuários que solicitam o serviço (16,3%) e grupos específicos de usuários (há critérios de elegibilidades definidos previamente) (10,9%) (15).

FIGURA 6 – Abrangência do público-alvo para os quais são ofertadas atividades de natureza clínica nas unidades de dispensação, no Brasil



Fonte: Adaptado de Araújo e col (15).

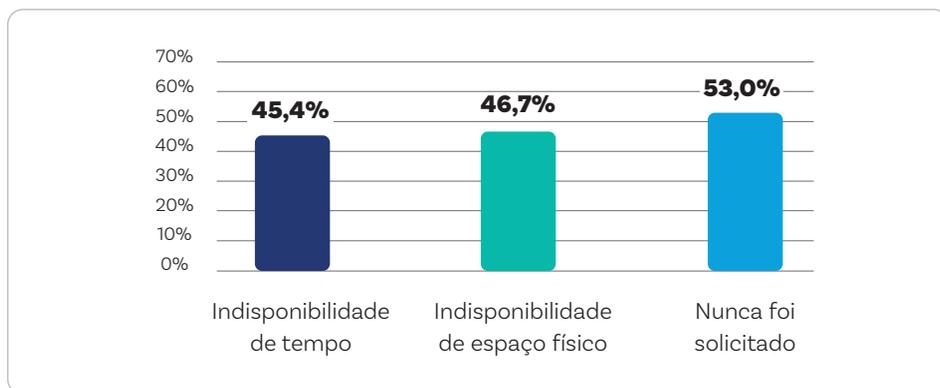
Por que não são ofertados serviços de Cuidado Farmacêutico na Atenção Primária à Saúde?

Como já destacado, a maioria das unidades de dispensação da APS no país (78,7%) não oferece serviços de Cuidado Farmacêutico (15). Um requisito essencial para a prestação desses serviços é a disponibilidade de farmacêuticos nas unidades. Porém, como já evidenciado no **Capítulo 6**, o número de profissionais está bastante aquém do ideal. Por exemplo, a média nacional é de 1,8 farmacêuticos para cada 10.000 habitantes e em apenas 43,8% das unidades há farmacêuticos trabalhando durante todo o horário de funcionamento.

Outro obstáculo relevante para a implementação de serviços de Cuidado Farmacêutico é a qualificação dos profissionais. Araújo e colaboradores (15) destacam que somente 65,2% dos farmacêuticos relataram treinamento e capacitação para atuação nos serviços clínicos. As evidências apresentadas no **Capítulo 6** apontam nessa mesma direção, pois somente 11,9% dos municípios brasileiros realizam atividades de capacitação profissional. Além disso, 40,0% dos gestores da AF municipal consideram adequada a qualificação dos profissionais para atuarem nas unidades de dispensação.

Os farmacêuticos que atuam nas unidades de dispensação, por sua vez, relatam alguns motivos para não realizarem atividades de natureza clínica. A Figura 7 resume os principais resultados (15).

FIGURA 7 – Principais motivos relatados pelos farmacêuticos para não a realização das atividades de natureza clínica, no Brasil



Fonte: Adaptado de Araújo e col (15).

Acrescenta-se que muitos usuários e profissionais não (re)conhecem o papel social do farmacêutico (27). Tal fato implica, por exemplo, na baixa procura dos usuários por este profissional.

Com relação à inadequação do espaço físico, é importante destacar a necessidade de um ambiente separado nas unidades de dispensação para a prestação desses serviços. De fato, a inadequação do espaço físico das unidades de dispensação da APS é um grande desafio a ser superado, conforme apontado no **Capítulo 11**. Quase a metade das unidades de dispensação no país tem menos de 10 m² disponíveis para o setor de dispensação, além de realizarem o atendimento em pé, em guichês.

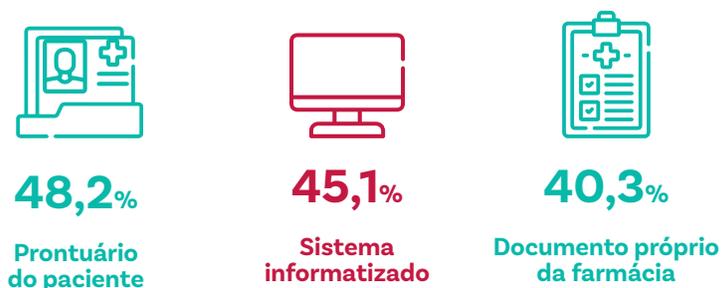
O número insuficiente de farmacêuticos nas unidades de dispensação e o baixo número de profissionais durante todo o horário de funcionamento das unidades somado ao alto fluxo de atendimentos de usuários¹, podem justificar a indisponibilidade de tempo do profissional.

1 Para saber mais, consultar o **Capítulo 12** sobre a **organização das unidades de dispensação**

Os serviços de Cuidado Farmacêutico são documentados?

De acordo com resoluções vigentes, deve haver documentação do Cuidado Farmacêutico prestado, uma vez que esta é uma importante fonte de informação sobre as necessidades do paciente, intervenções planejadas e executadas, bem como dos resultados obtidos (8, 10, 12). A Figura 8 mostra os principais sistemas de registro dos serviços clínico-assistenciais relatados pelos farmacêuticos em uma pesquisa nacional² (15). A literatura ressalta que o uso de um sistema não-informatizado e de mais de um sistema para registro de um único paciente pode, no entanto, dificultar o compartilhamento de informações com a equipe de saúde, bem como, em termos coletivos, afetar a tomada de decisão em saúde, a avaliação da gestão da prática, a acreditação do serviço e a fiscalização da atividade sob a perspectiva profissional ou sanitária (1, 8, 15).

FIGURA 8 - Sistemas de registro dos serviços clínico-assistenciais usados pelos farmacêuticos no Brasil



Fonte: Adaptado de Araújo e col (15) e Imagem - Flaticon ©.

Os serviços de Cuidado Farmacêutico são integrados à equipe de saúde?

De acordo com pesquisas nacionais e municipais, os principais profissionais de saúde com quem os farmacêuticos interagem são enfermeiros e médicos (15, 16). Quanto à participação dos farmacêuticos em reuniões das equipes de saúde, pesquisa nacional revela que 39,6% dos profissionais afirmam participar desses eventos (15). Dado o princípio doutrinário de integralidade do SUS, é importante não somente que os

² Os percentuais ultrapassam 100% porque podem ser utilizados mais de um sistema de registro em cada localidade.

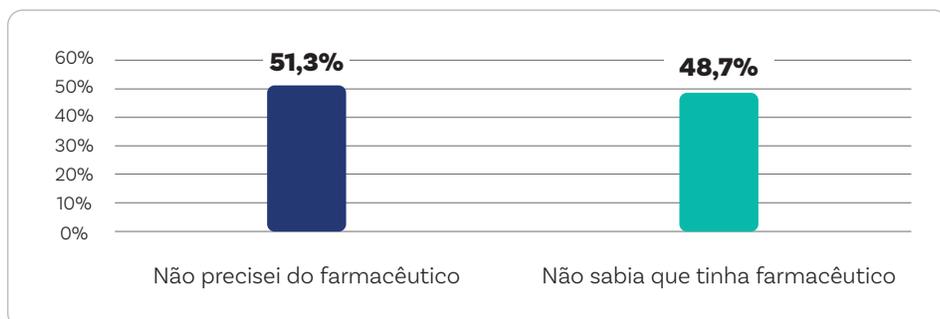
serviços de Cuidado Farmacêutico estejam implantados e documentados, mas também que eles estejam integrados a outros serviços e equipes da APS (1). Dessa forma, a interação do farmacêutico com as equipes de saúde é uma necessidade, contribuindo para proporcionar a melhoria da qualidade da assistência ao usuário do sistema de saúde (1, 15).

Como os serviços de Cuidado Farmacêutico são percebidos pelos usuários?

Em que pese a importância da implementação do Cuidado Farmacêutico na APS, as pesquisas mostram que os usuários ainda têm bastante dificuldade em identificar o farmacêutico como membro efetivo da equipe multiprofissional de saúde (20, 26, 27).

Uma pesquisa estadual revelou que 89,1% dos usuários consideraram os atendimentos nas farmácias como bom ou muito bom (18). Entretanto, muitos deles sequer conhecem o farmacêutico, como mostra uma pesquisa em Minas Gerais que verificou que 86,2% dos usuários nunca procuraram pelo farmacêutico (20). A Figura 9 apresenta os motivos pelos quais os usuários não procuram pelos profissionais. Em proporções muito semelhantes, em torno de 50%, os usuários relatam que não procuraram o farmacêutico porque nunca precisaram do profissional ou porque não sabiam que tinha farmacêutico na unidade de dispensação. Um percentual bem menor, de 0,5%, ainda informou não ter acesso ao profissional (dado não mostrado na Figura) (20).

FIGURA 9 – Principais motivos relatados pelos usuários em Minas Gerais para não procurarem o farmacêutico nas unidades de dispensação da Atenção Primária à Saúde, em percentual



Fonte: Luz e col (20).

Alguns usuários, ao fornecer mais detalhes sobre os motivos que os levaram a não procurar o farmacêutico nas unidades de dispensação, disseram não ter tempo de procurar esse profissional e nem tampouco curiosidade de falar com ele. Outros disseram, ainda, não conhecer e não saber quem é o farmacêutico. Uma pequena parcela relata achar burocrático falar com o farmacêutico quando procura pelo profissional (20).

Estes resultados confirmam os achados de uma pesquisa anterior de abrangência municipal (26). A percepção dos usuários a respeito do contato prévio com o farmacêutico também reforça estes resultados, conforme ilustram as falas a seguir (24):

“Farmacêutico? Eu nem sabia que tinha farmacêutico aqui... Eles têm farmacêutico aqui?!”

(Usuário)



“Bom, eu nunca procurei por farmacêutico aqui. Eu acho que eu nunca precisei dele, graças a Deus!”

(Usuário)

Fonte: Luz e col (24) e Imagem - Flaticon ©.

Considerações Finais

Esse capítulo mostrou as evidências disponíveis sobre os serviços de Cuidado Farmacêutico na APS no Brasil. Há necessidade de se uniformizar quais são os tipos de serviços de Cuidado nesse âmbito e padronizar a sua denominação. Também é imprescindível discriminar os serviços de Cuidado, segundo sua natureza clínico-assistencial e técnico-pedagógica. A definição precisa dos serviços é, portanto, essencial para que se possa compreender o panorama de implementação e da oferta do Cuidado Farmacêutico no país, realizar as devidas comparações e traçar estratégias efetivas para seu aprimoramento e sustentabilidade.

Ainda que a falta de padronização em relação ao Cuidado Farmacêutico afete a capacidade de se detalhar de modo mais preciso quais são os serviços ofertados e realizados, é possível verificar, pelas evidências apresentadas, que esses serviços ainda são bastante incipientes no país.

A baixa prestação dos serviços de Cuidado pode estar relacionada à ausência de capacitação profissional dos farmacêuticos para o exercício dessas funções, bem como aos números reduzidos de profissionais e de carga horária nas unidades de dispensação e de saúde. Outros fatores, como as deficiências em relação à infraestrutura e à organização das unidades, especialmente aquelas destinadas à dispensação de medicamentos, são obstáculos consideráveis para a implementação do Cuidado Farmacêutico na APS.

Sabe-se que muitas vezes a dispensação se resume ao ato de fornecer medicamentos prescritos aos usuários. Dessa forma, é necessário ressignificar o processo de trabalho para que esse serviço seja realizado de maneira adequada. Já para os demais serviços de Cuidado Farmacêutico, é preciso desenvolver estratégias embasadas na literatura e nas melhores práticas, direcionadas a sua implementação e qualificação.

De modo geral, é necessário estruturar, documentar e integrar o Cuidado Farmacêutico na APS no Brasil aos demais serviços de saúde. É preciso ainda desenvolver indicadores e métricas que permitam avaliar e monitorar seu desempenho e os resultados alcançados. Igualmente importante, é investir na divulgação dos serviços ofertados, para que dessa forma seja possível atender as necessidades dos usuários, bem como garantir a atenção contínua, integral e humanizada.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **O Cuidado Farmacêutico no contexto do sistema de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_farmacaceutico_contexto_sistema_saude_v1.pdf. Acesso em 31 de maio de 2022.
2. HOLLAND, R. W.; NIMMO, C. M. Transitions, part 1: beyond pharmaceutical care. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 56, n. 17, p. 1758-1764, 1999.
3. CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Pharmaceutical Care Practice: the clinician's guide**. 2ed. New York: McGraw-Hill, 2004. 394 p.
4. FREITAS, G. R. M. et al. Drug-Related Morbidity in Brazil: A Cost-of-Illness Model. **Value in Health Regional Issues**, v. 17, p. 150-157, 2018.
5. HWANG, A. Y.; GUMS, T.H.; GUMS, J. G. The benefits of physician-pharmacist collaboration. **Journal of Family Practice**, v. 66, n. 12, p. E1-E8, 2017.
6. FERREIRA, T. X. A. M. et al. Impact of a drug dispensing model at a Community Pharmacy in Goiânia, Goiás, Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 54, n. 4, 2018.
7. MARQUES, T. C. et al. Evaluation of process indicators of a medication review service between pharmacists and physicians. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 26, n. 5, p. 1448-1456, 2020.
8. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços Farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual**. Brasília, DF: CFF, 2016. 200 p. Disponível em: . Acesso em 31 de maio de 2022.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. 108 p. Disponível em: . Acesso em 31 de maio de 2022.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº. 44**, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 ago. 2009. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4f6b6a80474575cf83b9d-73fbc4c6735f180809_rdc_44.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em 22 ago. 2022.
11. 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, 2009. 44 p. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/40%20-%20BRASIL_%20MINIST%20C%3%89RIO%20DA%20SA-C%3%9ADE%202009%20Diretrizes%20para%20Estruturação%20Farmácias%20no%20Ambito%20do%20SUS.pdf. Acesso em 31 de maio de 2022.
12. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Atividades e serviços farmacêuticos no SUS: proposta para a gestão municipal**. 2020. Disponível em: [https://www.cff.org.br/userfiles/file/atividades%20e%20servi-c%3%a7os%20farmac%20c%3%aauticos%20no%20SUS_14122020\(1\).pdf](https://www.cff.org.br/userfiles/file/atividades%20e%20servi-c%3%a7os%20farmac%20c%3%aauticos%20no%20SUS_14122020(1).pdf). Acesso em 31 mai. 2022.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudefile/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em 31 de maio de 2022.
14. CIPOLLE, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **El ejercicio de La Atención Farmacéutica**. Madrid: McMcGraw-Hill/Interamericana, 2000. 352 p.
15. ARAÚJO, P. S. et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. v. 51, suppl. 2, p. 6s, 2017.
16. SILVA, R. P. S. F.; FIGUEIREDO, F. W. S.; SOUTO, R. P. do. Profile of pharmaceutical care in primary health centers in São Bernardo do Campo, Southeastern Brazil. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 57, p. 18113, 2021.
17. LIMA, M. G. et al. Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl.2, p. 23s, 2017.

18. BARBOSA, M. M. et al. Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2475-2486, ago. 2017.
19. LEITE, S. N. et al. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl.2, p. 11s, 2017.
20. LUZ, T.C.B. et al. Assistência Farmacêutica Básica em Minas Gerais: avaliação dos serviços e do provimento e uso de medicamentos. Projeto MedMinas. Grupo de Estudos Transdisciplinares de Tecnologias em Saúde e Ambiente-Getesa, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Minas Gerais, Brasil. Nº do Contrato: APQ-04124-17. Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais Fapemig, 2017.
21. PEREIRA, N. C. et al. Implementation of pharmaceutical services in Brazilian primary health care: a cross-sectional study. **BMC Family Practice**, v. 22, n. 1, p 1-11, 2021.
22. FARACO, E. B. et al. The pharmacy workforce in public primary healthcare centers: promoting access and information on medicines. **Pharmacy Practice**, v. 18, n. 4, p. 2048, 2020.
23. SOUZA, G. S. et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl.2, p. 7s, 2017.
24. LUZ, T.C.B. et al. Avaliação retrospectiva, situacional e prospectiva da Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais. Projeto ERAF. Grupo de Estudos Transdisciplinares de Tecnologias em Saúde e Ambiente-Getesa, Instituto René Rachou, Minas Gerais, Brasil. Financiado pelo Programa Inova Fiocruz, Edital Geração de Conhecimento, 2018.
25. MONTEIRO, E. R.; LACERDA, J. T.; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal na promoção do uso racional de medicamentos em municípios de médio e grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, pl. 00112920, 9 jun. 2021.
26. LUZ, T. C. B. et al. Serviços farmacêuticos na Atenção Básica: há sintonia entre farmacêuticos e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2463-2474, 2017.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Competências dos farmacêuticos para o Cuidado Farmacêutico**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://assistencia-farmacaceutica-ab.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Cuidado_Farmacutico_metodo_clinico_vol2.pdf. Acesso em 31 de maio de 2022.



UNIDADE 5

GESTÃO LOCAL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**11. Infraestrutura
das unidades
de dispensação**

**12. Organização
das unidades
de dispensação**

11

Infraestrutura das unidades de dispensação

Tatiana Luz e Sabrina Santos

As unidades de dispensação de medicamentos são estabelecimentos de saúde nos quais ocorre a prestação de serviços farmacêuticos, sendo os mais comuns, os serviços de dispensação. Na Atenção Primária à Saúde (APS), as unidades de dispensação usuais são as farmácias públicas, os dispensários e os postos de medicamentos. As unidades de dispensação, sejam elas localizadas em edificação exclusiva ou em unidade de saúde, devem dispor de infraestrutura física, recursos humanos e materiais adequados que permitam o desenvolvimento das ações de forma integral e eficiente às pessoas (1).

A legislação estabelece que os estados e municípios podem destinar até 15% do orçamento do componente básico da Assistência Farmacêutica (AF) para atividades de adequação do espaço físico, aquisição de equipamentos e mobiliário e atividades de qualificação dos recursos humanos das unidades de dispensação (2). É importante destacar que iniciativas como o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (QUALIFAR-SUS) e Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (Requalifica UBS) possibilitaram a disponibilização de recursos para a estruturação dos serviços nos municípios brasileiros (3, 4).

Ainda sobre a estruturação das unidades de dispensação no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ressalta-se que há legislação, normas técnicas e diversos documentos publicados (1, 2, 5, 6). De acordo com esse referencial técnico, a infraestrutura necessária desses locais é definida de acordo com as atividades a serem realizadas. Assim, as unidades de dispensação podem ser estruturadas de acordo dois modelos, conforme observado no Quadro 1 (1).

A organização interna das unidades, em seus diferentes setores, deve contar com uma disposição de equipamentos, mobiliários e acessórios de modo que permita obter o maior aproveitamento possível do espaço físico disponível. É necessário estabelecer, ainda, um *layout* que permita realizar, de forma adequada, todas as atividades compreendidas desde recebimento de medicamentos e materiais até a sua dispensação ao usuário final (7). É igualmente necessário contar com ventilação e iluminação adequadas, boas condições de higiene e proteção contra a entrada de insetos, roedores ou outros animais para garantir a qualidade dos medicamentos e dos serviços prestados aos usuários. As unidades de dispensação devem manter, no mínimo, os Procedimentos Operacionais Padrão (POP) referentes à manutenção das condições higiênicas e sanitárias adequadas de cada ambiente da farmácia (1).

QUADRO 1 - Modelos recomendados para as farmácias das Unidades de Saúde.

MODELO A	MODELO B
<ul style="list-style-type: none"> • Setor de recepção • Setor de dispensação de medicamentos • Setor de fracionamento de medicamentos • Setor de estocagem (almoxarifado) • Área de produtos de controle especial • Área de termolábeis • Setor administrativo 	<ul style="list-style-type: none"> • Setor de recepção • Setor de dispensação de medicamentos • Setor de fracionamento de medicamentos • Sala para outros serviços de Cuidado Farmacêutico • Setor de estocagem (almoxarifado) • Área de produtos de controle especial • Área de termolábeis • Setor administrativo

Fontes: Adaptado de Brasil (1, 7).

No que se refere ao espaço físico mínimo exigido para as unidades de dispensação, recomenda-se uma metragem de 14 m² que inclui áreas para a estocagem e para a dispensação de medicamentos (8). Alguns autores estabelecem que as unidades com metragem total de até 70 m² são consideradas pequenas, já as que possuem entre 71 m² e 100 m² são consideradas de tamanho médio e as que possuem mais de 100 m² são consideradas grandes(9).

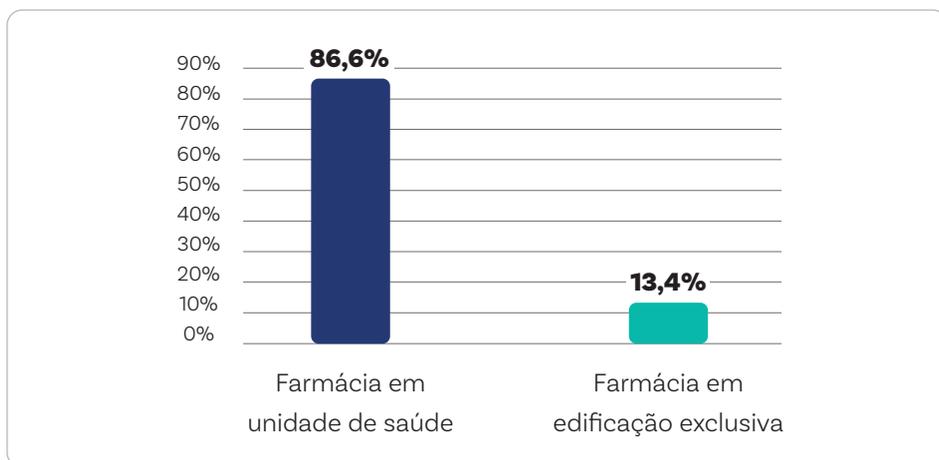
Apesar do referencial técnico-legal orientando a estruturação desses serviços, as evidências apontam lacunas entre o que é estabelecido nesses documentos e o que é observado na prática (10, 11).

Este capítulo apresenta a síntese de evidências e reflexões sobre a infraestrutura das unidades de dispensação na APS.

Como é a infraestrutura das unidades de dispensação na APS?

Um dos primeiros aspectos a se observar em relação às unidades de dispensação é o seu local de instalação. Pesquisas mostram que a maior parte das unidades está instalada em unidades básicas de saúde, de acordo com os levantamentos de abrangência nacional (12, 13) e estadual (14), conforme pode ser observado na Figura 1.

FIGURA 1 - Percentual de unidades de dispensação na rede de Atenção Primária à Saúde segundo tipos de instalação



Fonte: Adaptado de Nascimento e col (12) e Rocha e col (13).

Embora não exista uma regra em relação à instalação, entende-se que os tomadores de decisão no sistema de saúde deverão adotar a proposta que mantenha maior coerência com o modelo assistencial local (1). No entanto, ao refletirem sobre esse aspecto, os gestores da AF em Minas Gerais apontaram que as unidades de dispensação em edificação independente seriam as mais adequadas (15). As falas a seguir destacam o posicionamento dos gestores:



“A principal diferença é a questão estrutural, o espaço físico, porque, geralmente, quando vai construir uma unidade básica de saúde, a farmácia é o que sobra, são locais pequenos, apertados, mal acondicionados. Nós só temos uma farmácia hoje que tem um tamanho bom que o usuário pode chegar, sentar, ser atendido, tem local para ficar em fila de espera que pode ficar aguardando o atendimento”

(Gestor AF)

“... nas farmácias que estão dentro das unidades de saúde o espaço é limitado. E as que estão fora das unidades tem uma estrutura bem melhor”

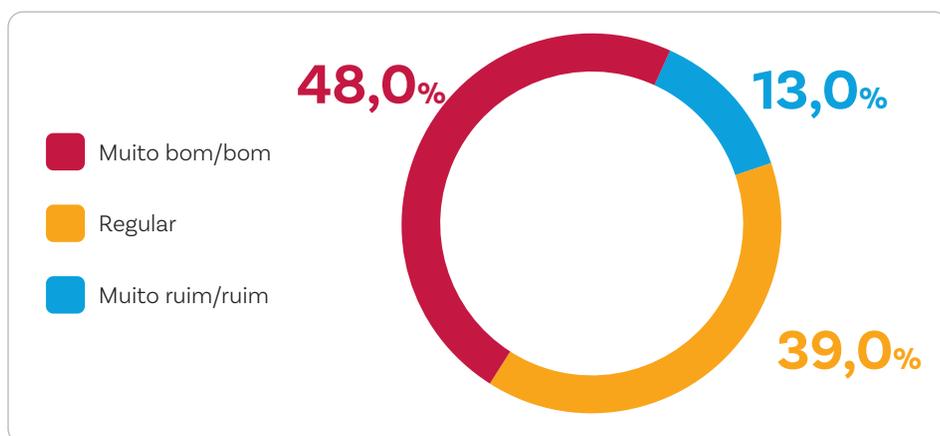
(Gestora AF)



Fonte: Luz e col (15) e Imagens - Flaticon ©.

No que diz respeito ao espaço físico total das unidades de dispensação, um estudo de abrangência nacional mostrou que a maioria (59,7%) possui espaço total igual ou inferior aos 14 m² mínimos recomendados nas normas técnicas (10). A pesquisa, realizada em Minas Gerais, também avaliou a percepção dos gestores da AF sobre esse aspecto. Para 48,0% deles, os espaços das unidades são “muito bons” ou “bons”, conforme pode ser observado na Figura 2 (15).

FIGURA 2 - Percepção, em percentual, dos gestores com relação ao espaço físico das unidades de dispensação da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Luz e col (15).

No entanto, esse mesmo estudo mostrou que essa avaliação deve ser compreendida com a devida cautela, porque se trata, na verdade, de uma média em relação à todas as unidades locais. De fato, 80,0% dos respondentes disseram que as unidades são diferentes entre si, algumas com mais, outras com menos recursos. A fala a seguir ilustra essa especificidade:



“Algumas unidades não são uma farmácia, é um espaço adaptado. A diferença é que algumas unidades têm projeto arquitetônico mais novo, é elaborado de acordo com o que é preconizado com o Ministério, então eles têm esse espaço de dispensação mais adequado, algumas unidades de saúde são construções antigas e ainda não tem projeto arquitetônico”

(Gestora AF)

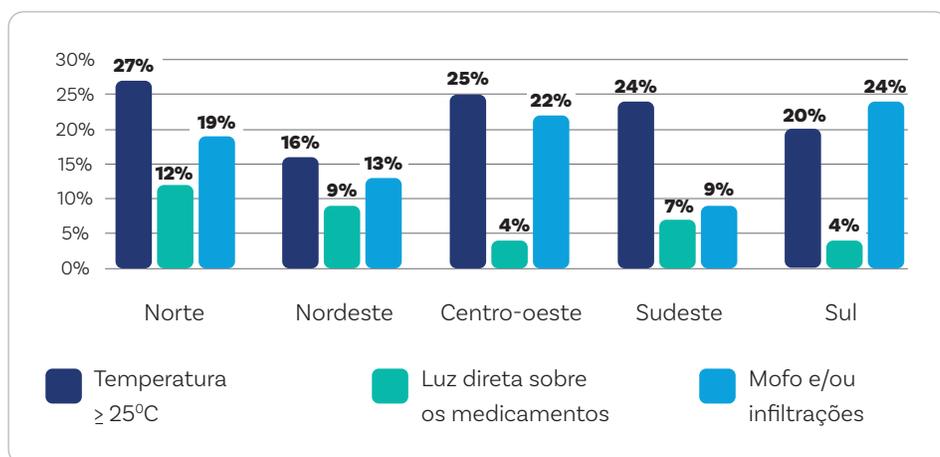
Fonte: Luz e col (15) e Imagens - Flaticon © .

Outro aspecto importante das unidades de dispensação são as suas condições ambientais. O **Capítulo 12** que trata da organização das unidades de dispensação, ressalta que a temperatura local deve ser medida e registrada diariamente, e os estabelecimentos devem dispor de POP para verificação da temperatura e umidade, a fim de garantir as condições adequadas de armazenamento dos medicamentos (6).

Um levantamento nacional mostrou, no entanto, que contar com esses controles não significa que as condições ambientais das unidades de dispensação estejam adequadas. Costa e colaboradores (16) verificaram que cerca de um quarto das unidades em todo o país tinham temperatura acima de 25°C.

Além disso, em torno de um quinto das unidades das regiões Norte e Centro-oeste e um quarto da região Sul havia presença de mofo e de infiltrações nos ambientes das unidades. A Figura 3 resume os resultados por região (16).

FIGURA 3 - Caracterização, em percentual, das condições ambientais das unidades de dispensação da Atenção Primária à Saúde por regiões



Fonte: Adaptado de Costa e col (16).

Nota: Os valores foram arredondados para números inteiros.

Costa e colaboradores (16) também verificaram indícios da presença de roedores e insetos em 4,1% das unidades de dispensação do país. Nesse quesito, Norte (12,0%), Sul (8,9%) e Centro-oeste (6,6%) foram, nessa ordem, as regiões com pior desempenho.

Outro problema identificado por esses mesmos autores, contrariando as recomendações vigentes (1), foi com relação aos itens de segurança contra incêndio e pane elétrica. Somente 32,6% das unidades de dispensação contavam com equipamentos de prevenção contra incêndio e 2,7% com gerador de energia elétrica (16).

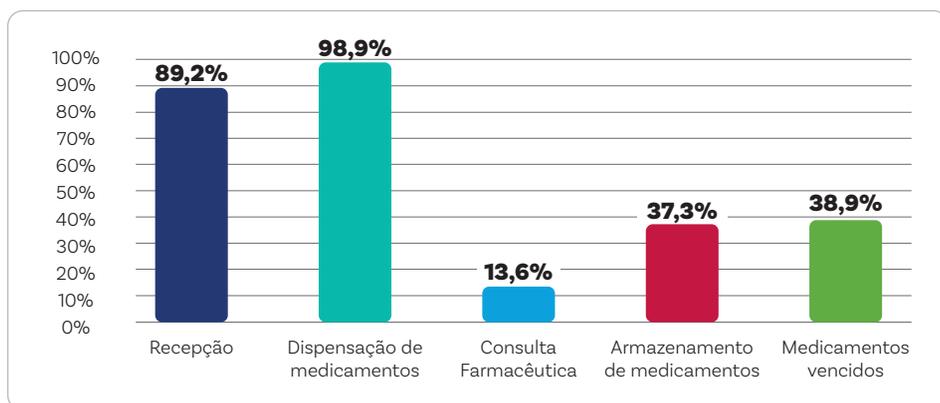
Monteiro e colaboradores (11) realizaram uma avaliação no Sul do país e estimaram o indicador “Ambiente destinado aos serviços farmacêuticos”, compreendendo os setores destinados ao armazenamento de medicamentos, dispensação, atendimento individualizado ao usuário e desenvolvimento de atividades administrativa. O ambiente foi classificado como “ruim” em todos os municípios analisados.

Divisão interna do espaço físico das unidades de dispensação

Alguns autores investigaram a divisão interna do espaço físico das unidades de dispensação para o desenvolvimento das diferentes atividades e serviços (10, 13, 14, 16, 17).

A Figura 4 apresenta os resultados de um levantamento nacional (10). Observa-se que a maioria das unidades conta com áreas de espera para atendimento e para a dispensação. No entanto, apenas pouco mais de um terço delas (37,3%) têm áreas específicas para armazenamento de medicamentos e para medicamentos vencidos e/ou impróprios para uso (38,9%). Somente uma pequena parcela das unidades possui área para consulta farmacêutica.

FIGURA 4 - Setorização, em percentual, das unidades de dispensação na Atenção Primária à Saúde



Fonte: Adaptado de Leite e col (10).

A seguir, estão destacadas as evidências disponíveis na literatura sobre alguns setores internos das unidades de dispensação.

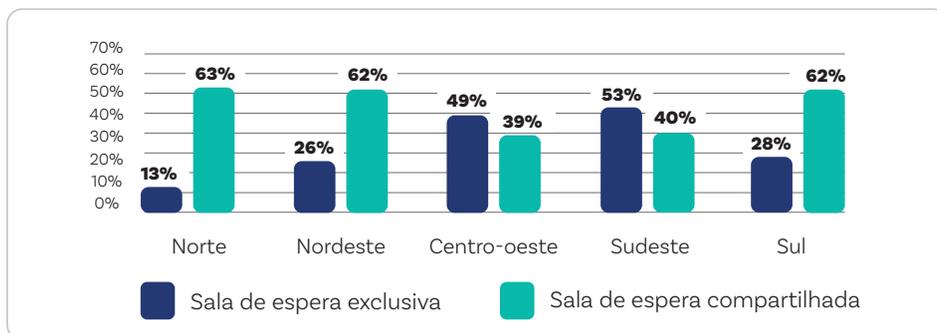
Recepção

A sala de espera é um espaço destinado aos usuários que aguardam atendimento nas unidades de dispensação. Essa sala pode ser ou não compartilhada com outros serviços da unidade de saúde e o seu tamanho precisa ser proporcional à demanda, considerando a qualidade no atendimento (8). Além disso, o espaço precisa proporcionar conforto aos usuários, com boa limpeza, iluminação, ventilação, água e banheiro acessíveis, mobiliário adequado em número suficiente para a demanda e equipamentos que permitam divulgar informações de saúde e outras de interesse da população (18, 19).

Como já destacado, a maioria das unidades de dispensação no país possui sala de espera (89,2% das unidades de dispensação, sendo que dessas, apenas 35,2% são locais de uso exclusivo das unidades). Quase a totalidade (96,6%) conta ainda com proteção de sol e chuva e 81,0% têm ainda acesso a sanitários (10).

A Figura 5 mostra a caracterização desses espaços segundo a região. Nas regiões Norte, Nordeste e Sul, a maioria das unidades de dispensação conta com sala de espera compartilhada (em torno de 60%) (10). Em contraste com a média da região Sudeste (53% de unidades com área exclusiva), em Minas Gerais uma pesquisa revelou um percentual bem menor, de 43,5% das unidades possuem área destinada exclusiva espera de atendimento pelos usuários (14).

FIGURA 5 - Tipos de sala de espera para atendimento nas unidades de dispensação da Atenção Primária à Saúde, em percentual, segundo região

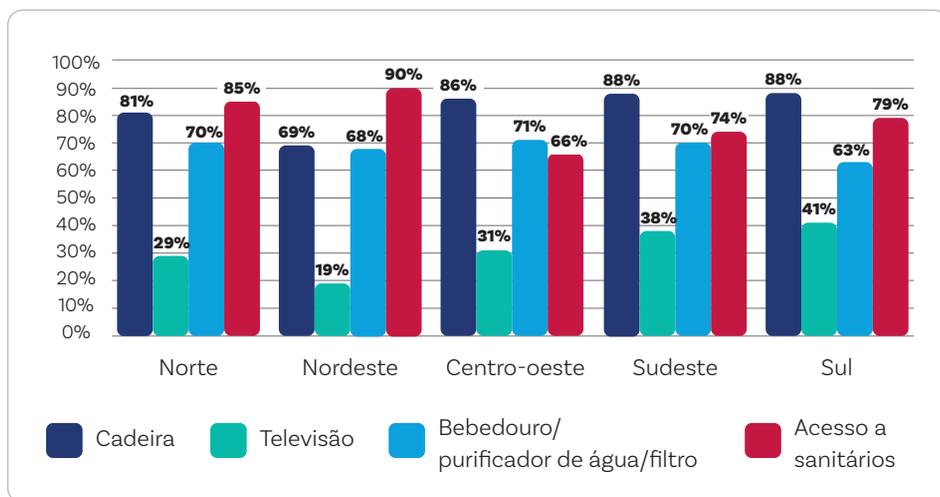


Fonte: Adaptado de Leite e col (10).

Nota: Os valores foram arredondados para números inteiros.

Em relação aos recursos materiais disponíveis na sala de espera, pesquisa nacional revelou a disponibilidade de mobiliário e equipamentos, como cadeiras, televisão bebedouro/purificador de água/filtro, entre outros (Figura 6) (10). Com exceção do Nordeste, há cadeiras para os usuários se sentarem enquanto aguardam atendimento em cerca de 80% das unidades de dispensação pelo país. Já bebedouros, purificadores de água ou filtros estão presentes em entre 60% e 70% das unidades. Uma parcela menor de unidades conta com televisores, sendo a região Nordeste a que possui os percentuais mais baixos (19%). O acesso a sanitários varia entre as regiões, sendo menor na região Centro-oeste (66%) e maior na região Nordeste (90%).

FIGURA 6 - Disponibilidade, em percentual, de mobiliário, equipamentos e acesso a sanitários nas unidades de dispensação da Atenção Primária à Saúde



Fonte: Adaptado de Leite e col (10).

Nota: Os valores foram arredondados para números inteiros.

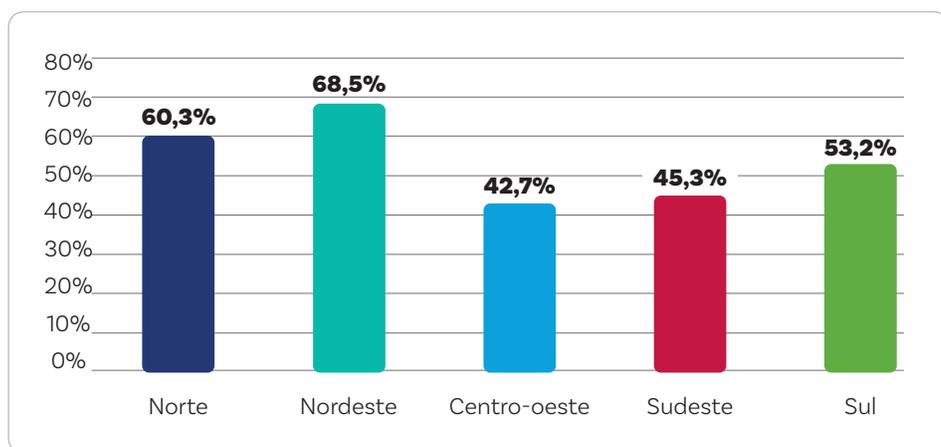
Setor de dispensação de medicamentos

No Brasil, a recomendação técnica relativa à área total do setor de dispensação é de, no mínimo, 10 m² (5). As pesquisas mostram, no entanto, que muitas unidades ainda não atendem as dimensões preconizadas, indicando condições inadequadas para o desenvolvimento de serviços de dispensação, como se vê a seguir.

Pesquisa de âmbito nacional mostra que a área destinada à dispensação está presente na maioria das unidades do país (98,9%), porém apenas dois terços contam com um espaço exclusivo para essa finalidade (66,2%). Em 53,8% das unidades, este espaço foi igual ou inferior a 10 m² (10).

A Figura 7 apresenta a proporção de unidades de dispensação com área de dispensação menor ou igual a dimensão mínima recomendada, de 10 m², segundo as regiões geográficas do Brasil. Os estados do Nordeste e do Norte são os que possuem o maior percentual de unidades com áreas de dispensação fora do padrão recomendado (10).

FIGURA 7 - Proporção de unidades de dispensação com área mínima menor ou igual a 10 m², segundo regiões

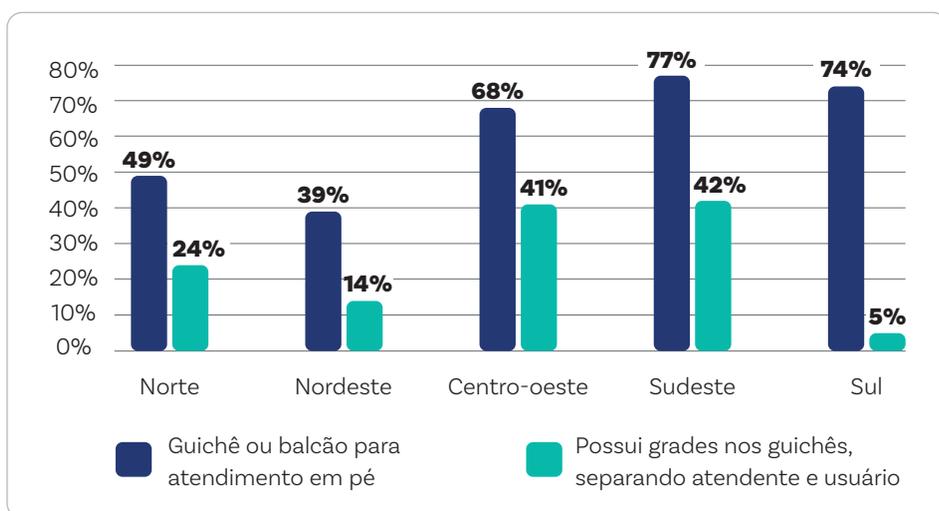


Fonte: Adaptado de Leite e col (10).

Para realizar a dispensação, é muito comum a utilização de guichês nas unidades de dispensação (10, 14, 17). Pesquisas mostram que na maioria das unidades de dispensação esses guichês não são individuais e o atendimento aos usuários é realizado em pé. Além disso, parte desses guichês ainda possui grades que separam o atendente do usuário (10, 14, 17). A figura 8 resume os resultados encontrados em um levantamento nacional. As regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste são as que apresentam os percentuais mais elevados de atendimento realizado em pé na dispensação, ocorrendo entre 68% e 77% das unidades. Além disso, em torno de 40% das unidades das regiões Sudeste e Centro-oeste, há ainda grades nos guichês.

O atendimento em pé dificulta a realização da dispensação, pois esse é um momento em que devem ser passadas orientações sobre o uso correto dos medicamentos prescritos (20). Além disso, é importante salientar que a presença de barreiras físicas dificulta a comunicação efetiva e a relação terapêutica com o paciente. As diretrizes para estruturação da farmácia no âmbito do SUS, por exemplo, sugerem a colocação de balcões e mesas com cadeiras e divisórias na área de dispensação, permitindo maior interação entre o farmacêutico e o usuário (1).

FIGURA 8 - Presença de guichês e de grades nas unidades de dispensação da Atenção Primária à Saúde, em percentual, segundo regiões



Fonte: Adaptado de Leite e col (10).

Nota: Os valores foram arredondados para números inteiros.

Em Minas Gerais, uma pesquisa revelou que apenas 28,0% dos gestores da AF afirmaram que a área de dispensação possui espaço físico suficiente para acomodar os usuários e realizar o atendimento (15). As falas a seguir ilustram essa percepção:



“Não, o usuário fica em pé na fila do lado de fora da janelinha, esperando ser atendimento. O único local é a farmácia central, que tem guichê, que tem as cadeiras pra sentar”

(Gestora, AF)

“Os atendimentos são feitos pelas janelas muitas vezes pequenas, com grades, com filas, então não tem nada de humanização ou muito pouco. Então eu avalio de uma forma bem negativa”

(Gestora, AF)

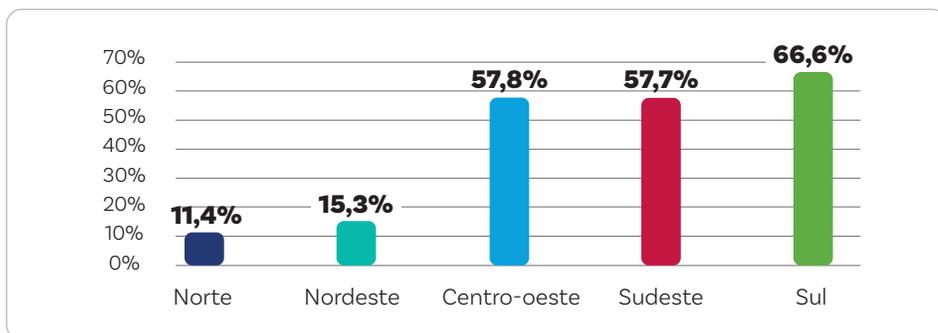


Fonte: Luz e col (15) e Imagens - Flaticon ©.

A existência de sistema informatizado para apoiar a dispensação de medicamentos é outro requisito importante das unidades de dispensação, uma vez que facilita a comunicação com outros profissionais de saúde, melhora a segurança do paciente e também ajuda na estimativa da demanda e controle dos estoques. Quando esses sistemas são capazes de integrar as informações com as demais unidades, a gestão dos processos logísticos e o cuidado torna-se ainda mais efetiva (21).

No Brasil, as regiões Norte (11,4%) e Nordeste (15,3%) são as que menos contam com o apoio de um sistema informatizado para a dispensação. Pouco mais da metade das unidades das regiões Centro-oeste e Sudeste e cerca de dois terços da região Sul, por outro lado, possuem esse tipo de sistema (Figura 9) (10).

FIGURA 9 - Existência de sistema informatizado para a dispensação de medicamentos na Atenção Primária à Saúde, em percentual, segundo regiões



Fonte: Adaptado de Leite e col (10).

Existem diversos sistemas para a dispensação de medicamentos, mas o Ministério da Saúde recomenda o sistema HÓRUS, que possibilita a disponibilização de dados para os gestores a respeito de gastos, demanda,

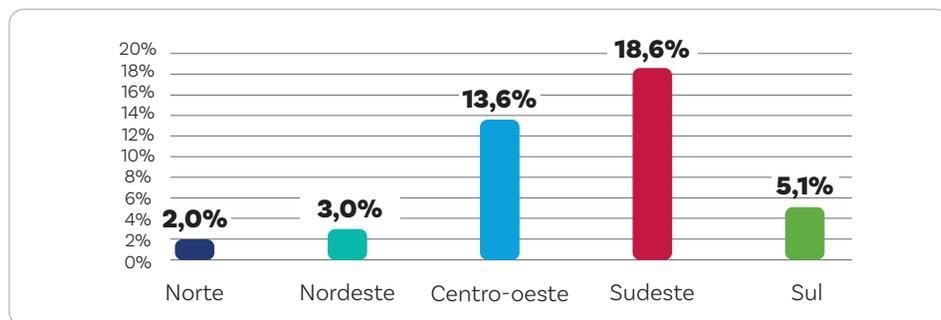
consumo e distribuição dos produtos nos diversos níveis de gestão, auxiliando-os na tomada de decisão (21). No entanto, o sistema HÓRUS não é uma unanimidade no país, sendo necessário adotar estratégias para otimizar a ferramenta e o seu uso nas unidades de dispensação. Em Minas Gerais, por exemplo, pesquisas mostram que o Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica (SIGAF), desenvolvido pela Secretaria Estadual de Saúde, é um dos sistemas mais utilizados (14, 15, 22).

Com relação ao tipo de registro disponível nesses sistemas, um estudo de abrangência nacional revelou que 89,8% dos gestores afirmaram que o sistema possui registro de entrega de medicamentos ao usuário e 52,4% afirmaram que o sistema possui cadastro de usuário – Prontuário do Paciente (23).

Outros serviços de Cuidado Farmacêutico

De acordo com as diretrizes, as unidades de dispensação poderão realizar outros serviços de Cuidado Farmacêutico, tais como os serviços destacados no **Capítulo 3**, desde que possuam espaço apropriado para essa finalidade (1, 6). No entanto, a infraestrutura destinada a essa prática ainda é muito incipiente no país, conforme resultados de pesquisa nacional e estadual que destacaram que apenas 12,0% a 13,7% das unidades analisadas possuíam área destinada aos serviços de Cuidado Farmacêutico (10, 14). A Figura 10 caracteriza as unidades de dispensação segundo a presença de área exclusiva para a realização de outros serviços de Cuidado Farmacêutico, por regiões. Apenas um percentual mínimo das unidades conta com esse tipo de estrutura. A região Sudeste é a que apresenta o maior percentual, ainda assim, menos de 20% de suas unidades.

FIGURA 10 - Existência de espaço físico destinado a outros serviços de Cuidado Farmacêutico nas unidades de dispensação, em percentual, segundo região



Fonte: Adaptado de Leite e col (10).

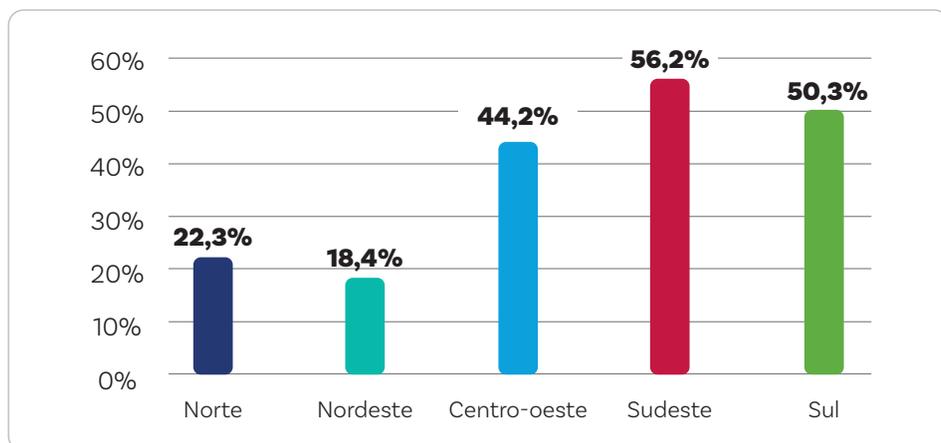
Esses resultados mostram a necessidade de investimento e expansão de outros serviços de Cuidado Farmacêutico para promoção do uso racional e seguro de medicamentos na APS.

Setor de armazenamento de medicamentos

Em relação ao setor de armazenamento de medicamentos nas unidades de dispensação, pesquisa nacional revelou que em somente 37,3% das unidades essa área encontra-se separada da área de dispensação. Além disso, possuir essa área não significa que ela é exclusiva para o armazenamento de medicamentos. De fato, em quase um quinto das unidades de dispensação do país, o setor de armazenamentos é compartilhado (10). Um estudo em Minas Gerais revelou um percentual ainda maior, de 59,0% das unidades compartilhando o armazenamento de medicamentos com outros insumos (14).

A Figura 11 mostra a caracterização do setor de armazenamento segundo regiões. As unidades das regiões Norte e Nordeste são as que possuem o menor percentual de unidades com áreas para armazenamento separadas da dispensação. Nas demais regiões, o percentual fica entre 44% e 56%, o que também sinaliza a precariedade das unidades também nessas regiões (10).

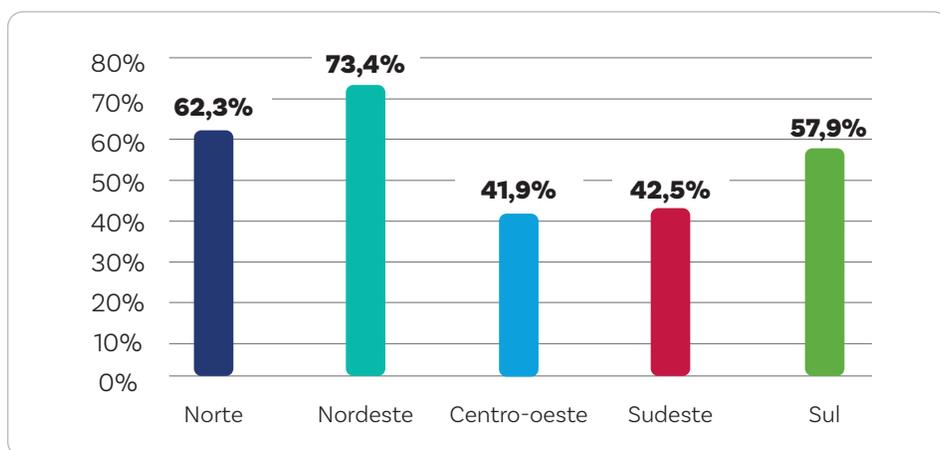
FIGURA 11 - Unidades de dispensação cujo setor de armazenamento está separado do setor de dispensação, em percentual, segundo regiões



Fonte: Adaptado de Leite e col (10).

Outro problema identificado com relação ao setor de armazenamento é o seu espaço físico. A maior parte das unidades do país (58,1%) possuem área igual ou inferior a 10 m² (10). A Figura 12 mostra a distribuição das unidades que possuem o espaço físico do setor de armazenamento de até 10 m², por região. Aqui também as regiões Norte e Nordeste são as que possuem os menores espaços físicos destinados ao armazenamento de medicamentos nas unidades, mas isso não significa dizer que as demais regiões do país estão adequadas. De fato, entre 42% e 58% das unidades das demais regiões encontram-se com pouco espaço de armazenamento nas unidades de dispensação.

FIGURA 12 - Percentual de Unidades de dispensação cujo setor de armazenamento possui espaço físico de até 10 m², segundo regiões



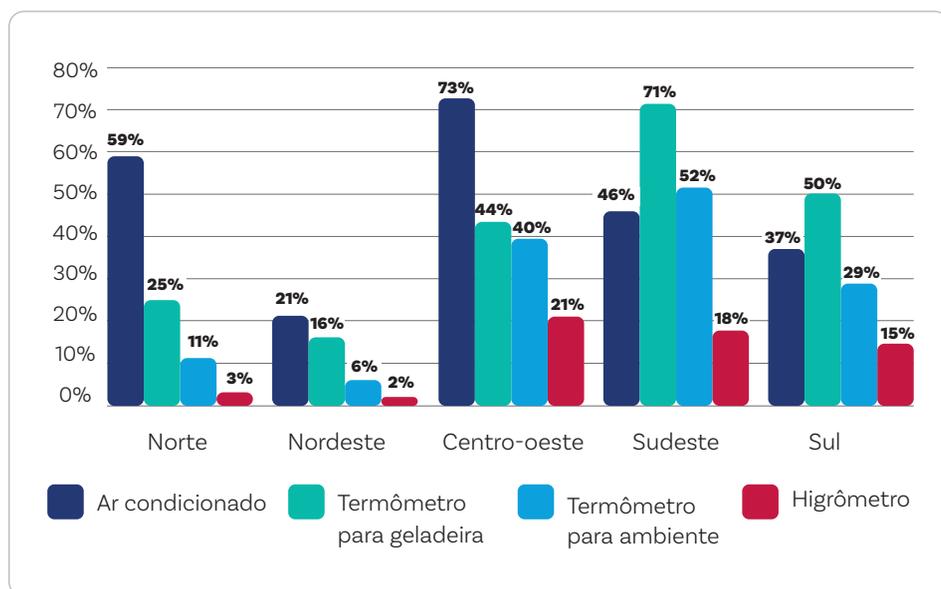
Fonte: Adaptado de Leite e col (10).

A área de armazenamento de medicamentos precisa contar com equipamentos, materiais e mobiliário adequados, como ar-condicionado, refrigerador, termômetro, armários, entre outros, para garantir a integridade e qualidade dos medicamentos armazenados (1). Pesquisas nacionais e estaduais revelaram muitas deficiências (10, 13, 14, 16).

Com relação ao controle e monitoramento das condições ambientais das unidades de dispensação, pesquisas nacionais revelam deficiências (10, 13, 16). Aparelhos de ar-condicionado, por exemplo, aparecem em 73% das unidades de dispensação do Centro-oeste. Nas demais regiões, o percentual varia entre 21% no Nordeste e 59% no Norte. Já materiais como

termômetro e higrômetros estão muito menos disponíveis, como mostram os dados da Figura 13.

FIGURA 13 - Distribuição dos equipamentos para controle e monitoramento ambiental nas unidades de dispensação segundo regiões

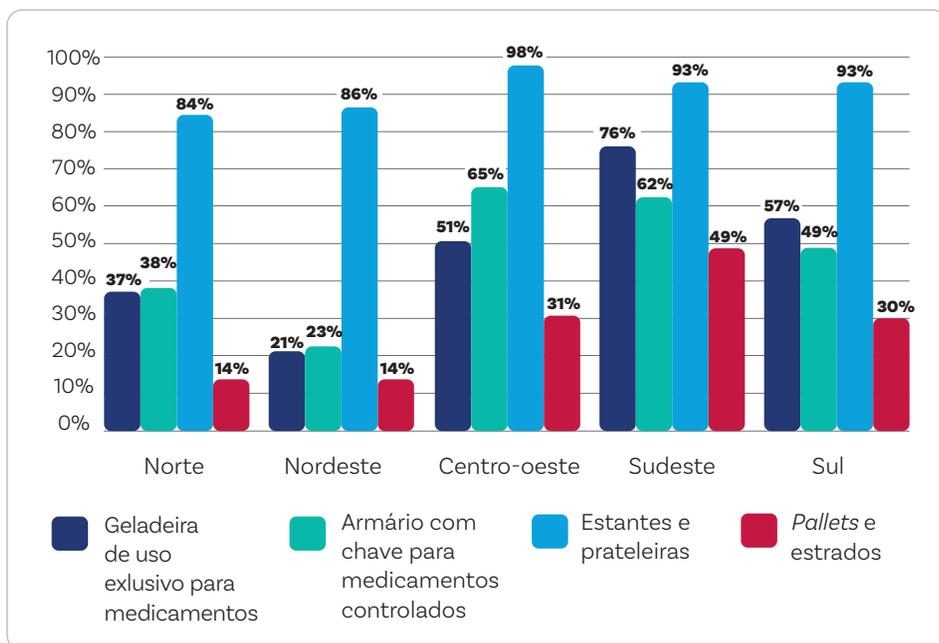


Fonte: Adaptado de Costa e col (10) e Leite e col (16).

Nota: Os valores foram arredondados para números inteiros.

Pesquisas nacionais e estaduais também revelam carências nas unidades em termos de equipamentos e mobiliários utilizados para estocar os medicamentos (10, 13, 14, 16). A Figura 14 mostra a disponibilidade desses itens por região. Estantes e prateleiras são os itens mais comuns. A disponibilidade de geladeiras com uso exclusivo para armazenamento de medicamentos, porém, variou entre 21% das unidades do Nordeste e 76% no Sudeste. Além disso, a presença de armário com chave para medicamentos controlados é uma realidade em poucos lugares no Brasil. A região que mais possui unidades com esse tipo de mobiliário foi o Centro-oeste, mesmo assim, em apenas 65% das unidades. *Pallets* e estrados também aparecem com pouca frequência nas regiões, com destaque para o Sudeste, onde esse item foi verificado em 48% das unidades (10, 16).

FIGURA 14 - Disponibilidade de mobiliário e equipamentos para o armazenamento de medicamentos, em percentual, segundo região

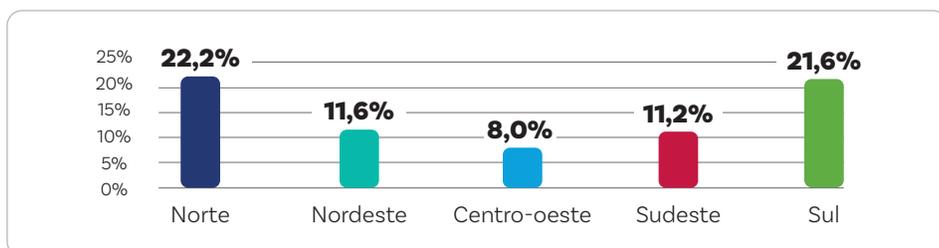


Fonte: Adaptado de Costa e col (10) e Leite e col (16).

Nota: Os valores foram arredondados para números inteiros.

Outro dado preocupante é que em quase 14,0% das unidades de dispensação no país foram observados medicamentos armazenados de forma inadequada, em contato direto como chão ou com paredes. A Figura 15 resume esse dado por região. O Norte e o Sul do país são os locais que apresentam maior frequência desse tipo de problema nas unidades de dispensação (16).

FIGURA 15 - Medicamentos armazenados de forma inadequada, em contato direto com paredes e/ou chão, em percentual, segundo região



Fonte: Adaptado de Costa e col (16).

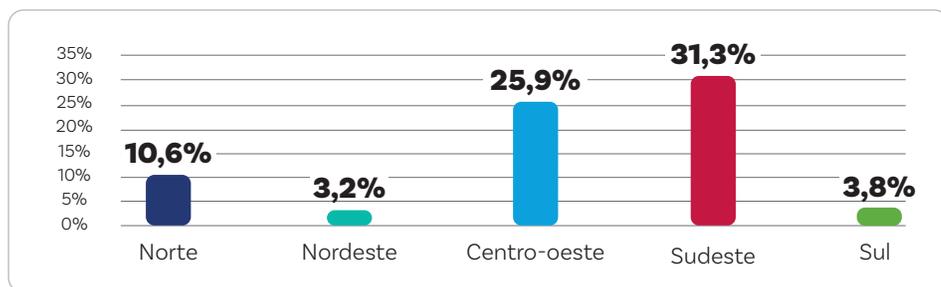
De forma geral, todas essas deficiências de equipamentos, materiais e mobiliários observadas nos municípios brasileiros pode comprometer a qualidade dos medicamentos e inviabilizar ou restringir a realização de serviços qualificados aos usuários, além de gerar condições de trabalho desfavoráveis, que podem comprometer a motivação dos profissionais.

Setor de fracionamento de medicamentos

O setor de fracionamento é o local destinado ao fracionamento de medicamentos, podendo ser uma sala fechada ou um espaço com uma bancada revestida de material liso e resistente, com equipamentos adequados para execução das atividades (1).

Esse setor nem sempre está presente nas unidades de dispensação. Estudo nacional revelou que 60,5% das unidades de dispensação realizam o fracionamento de medicamentos. Dessas, 18,7% contam com bancada revestida de material liso e resistente e 11,6% possuem materiais e equipamentos de embalagem e rotulagem (16). Além disso, dentre as unidades que fracionam medicamentos, somente 12,8% dispunham de área específica para executar o procedimento. A Figura 16 mostra a existência de área específica de fracionamento por região, com o maior percentual para a região Sudeste (31,3%) e o menor para o Nordeste (3,2%).

FIGURA 16 - Percentual de unidades de dispensação com área específica para fracionamento de medicamentos, segundo região



Fonte: Adaptado de Costa e col (16).

Esses achados revelam que as condições do fracionamento de medicamentos ainda são desfavoráveis e não cumprem os requisitos fundamentais estabelecidos na legislação sanitária (24).

Outros setores das unidades de dispensação

Outras áreas, como copa e vestiário, também são recomendadas pelas diretrizes de estruturação das unidades de dispensação. Segundo dados de uma pesquisa estadual, 66,7% das unidades possuíam espaço reservado para lanches e refeições (copa) dos funcionários e 47,8% espaço destinado a guarda de pertences dos funcionários (14).

Considerações Finais

As evidências apresentadas apontam, que de forma geral, há muitos desafios em relação à infraestrutura das unidades de dispensação dos municípios brasileiros que comprometem a execução das ações locais relacionadas à Gestão Técnica do Medicamento e ao Cuidado Farmacêutico.

A grande maioria das unidades de dispensação ocupa espaços físicos reduzidos e está localizada principalmente nas dependências de outras unidades de saúde. De forma geral, há problemas estruturais, como ocorrência de mofo e infiltrações, calor e incidência de luz solar direta sobre os medicamentos.

De modo mais específico, considerando a divisão interna do espaço físico das unidades de dispensação, na maioria delas o setor de recepção não é exclusivo. Além disso, nem todos contam com mobiliário e equipamentos adequados, como cadeiras, televisores e bebedouros. O setor de dispensação, por sua vez, costuma ter dimensão bastante modesta e não dispõe de equipamentos para a provisão de um serviço com qualidade. Os atendimentos são realizados na maioria das vezes em pé e por meio de guichês com grades. Além disso, há muitas unidades que não possuem sistema informatizado para apoiar as suas atividades, especialmente a dispensação de medicamentos. Com relação aos serviços de Cuidado Farmacêutico, praticamente apenas uma em cada dez unidades de dispensação possui infraestrutura para apoiar esse tipo de serviço.

Com relação ao setor de armazenamento, a maioria das unidades não possui área exclusiva destinada para essa finalidade. O espaço físico também é diminuto e, assim como outros setores das unidades de dispensação, apresenta carências em termos de equipamentos e mobi-

liários, inclusive com a falta de itens de segurança, como armários com chave para estocar medicamentos controlados.

Os resultados mostram, ainda, que apenas uma parcela de unidades realiza fracionamento de medicamentos, porém, somente parte dessas possui área específica e mobiliário adequados para essa finalidade.

Diante do exposto, fica clara a necessidade de planejamento e de investimentos financeiros relacionados à melhoria da infraestrutura das unidades de dispensação, seguindo as diretrizes técnicas e de modo a garantir a necessária segurança e preservação da qualidade dos medicamentos e insumos armazenados nas unidades. Além disso, também é importante observar as necessidades específicas de cada unidade de dispensação, a fim de promover um serviço qualificado aos usuários do SUS.

Referências

1. 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, 2009. 44 p. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/files/40%20-%20BRASIL_%20MINIST%C3%89RIO%20DA%20SA%C3%9ADE%202009%20Diretrizes%20para%20Estrutura%C3%A7%C3%A3o%20de%20Farm%C3%A1cias%20no%20SUS.pdf. Acesso em 07 jul. 2022.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 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). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 jul. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html. Acesso em 07 jul. 2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **QUALIFARSUS Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Âmbito do Sistema Único de Saúde**: Eixo Estrutura Atenção Básica - instruções técnicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 72p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/qualifarsus_programa_nacional_qualificacao_farmaceutica.pdf. Acesso em 07 jul. 2022.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Requalifica UBS**: manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 32p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/requalifica_ubs_manual_instrutivo.pdf. Acesso em 07 jul. 2022.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde**: saúde da família. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 52p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_estrutura_fisica_ubs.pdf. Acesso em 07 jul. 2022.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº. 44**, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 ago. 2009. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4f6b6a80474575cf83b9d73fbc4c6735/18080_9_rdc_44.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em 07 jul. 2022.

7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Assistência farmacêutica na atenção básica**: instruções técnicas para sua organização. 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 100 p. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>. Acesso em 07 jul. 2022.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.903**, de 4 de setembro de 2013. Altera os artigos 4º, 6º, 10, 25 e o Anexo I da Portaria nº 340/GM/MS, de 4 de março de 2013 que redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 set. 2009. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/sau/legis/gm/2013/prt1903_04_09_2013.html. Acesso em 07 jul. 2022.
9. ITANI, R. et al. Community pharmacists' preparedness and responses to COVID-19 pandemic: A multinational study. **International Journal of Clinical Practice**, v. 75, n. 9, p. e14421, 2021.
10. LEITE, S. N. et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl.2, p. 13s, 2017.
11. MONTEIRO, E. R.; LACERDA, J. T.; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal na promoção do uso racional de medicamentos em municípios de médio e grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, el. 00112920, 2021.
12. NASCIMENTO, R. C. R. M. do. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl.2, p. 10s, 2017.
13. ROCHA, W. H. et al. Influence of pharmaceutical services organization on the availability of essential medicines in a public health system. **Journal of Comparative Effectiveness Research**, v. 10, n. 6, p. 519-532, 2021.
14. BARBOSA, M. M. et al. Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2475-2486, 2017.
15. LUZ, T.C.B. et al. Assistência Farmacêutica Básica em Minas Gerais: avaliação dos serviços de provimento e uso de medicamentos. Projeto MedMinas. Grupo de Estudos Transdisciplinares de Tecnologias em Saúde e Ambiente-Getesa, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Minas Gerais, Brasil. Nº do Contrato: APQ-04124-17. Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais Fapemig, 2017.
16. COSTA, E. A. et al. Situação sanitária dos medicamentos na atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl. 2, p. 12s, 2017.
17. LEITE, S. N. et al. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl.2, p. 11s, 2017.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. 2. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32p.
19. TRAD, L. A. B.; ESPERIDIAO, M. A. Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. **Physis**, v. 20, n. 4, p. 1099-1117, 2010.
20. ROCHA, K. S. S. et al. Development and content validation of an instrument to support pharmaceutical counselling for dispensing of prescribed medicines. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, p. 1-8, 2019.
21. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação**. Brasília: CFF 2015. 298 p. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/livro.pdf>. Acesso em 07 jul. 2022.
22. LUZ, T. C. B. et al. Serviços farmacêuticos na Atenção Básica: há sintonia entre farmacêuticos e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2463-2474, 2017.
23. GERLACK, L. F. et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl. 2, p. 15s, 2017.
24. BRASIL. **Decreto nº 5.775**, de 10 de maio de 2006. Dispõe sobre o fracionamento de medicamentos, dá nova redação aos arts. 2º e 9º do Decreto 74.170, de 10 de junho de 1974, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 mai. 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5775.htm. Acesso em: 07 nov. 2022.

12

Organização das unidades de dispensação

Rafaella Silva e Tatiana Luz

A organização das unidades de dispensação de medicamentos, assim como ocorre com outras unidades ou serviços, está relacionada à maneira como as atividades são divididas, distribuídas e gerenciadas (1, 2). Dentre os objetivos da organização dessas unidades, estão a garantia, aos usuários, do acesso aos medicamentos com qualidade e do uso racional dos produtos farmacêuticos, de acordo com o que é preconizado por políticas nacionais (1, 3-5).

Unidades de dispensação com boa organização impactam na credibilidade do sistema de saúde e no uso adequado de recursos. Além disso, uma adequada organização influencia no cumprimento de regras e processos, na documentação do processo de trabalho e no suporte para tomada de decisão dos gestores. Outros benefícios de unidades organizadas são a sua coordenação eficiente e eficaz, a qualidade das atividades e dos atendimentos, a otimização de tempo e recursos, o acompanhamento e avaliação eficiente das ações e a satisfação dos usuários (1).

No contexto da Assistência Farmacêutica (AF) e da Atenção Primária à Saúde (APS), as unidades de dispensação fazem parte da Gestão Local, como mostrado no Modelo Lógico apresentado no **Capítulo 3**. Dessa forma, os diferentes níveis hierárquicos do sistema de saúde municipal, as competências, os espaços decisórios e a articulação com os demais atores devem ser observados para discutir e auxiliar a organização das unidades de dispensação (1, 6).

Para organizar as unidades de dispensação, é necessário considerar a infraestrutura local, a força de trabalho e o sistema de informação disponível. É preciso, ainda, estabelecer processos de trabalho claros, com normas, procedimentos e fluxo de pessoas e de informações definidos, os quais devem ser acompanhados de processos de controle e de avaliação (1, 2, 6-8).

De acordo com legislações vigentes, a instalação e o funcionamento das unidades de dispensação de medicamentos da APS devem ser regulamentados e requerem autorizações de órgãos fiscalizadores quanto a requisitos técnicos-sanitários. É importante ressaltar que pode haver diferenças nos requisitos em função de normas específicas dos estados e municípios (1, 2, 6, 9-18).

O Quadro 1 resume os principais documentos legais que as unidades devem possuir (1, 2, 6, 9-16).

QUADRO 1 – Principais documentos legais requeridos para instalação e o funcionamento das unidades de dispensação de medicamentos no Brasil

DOCUMENTO	DESCRIÇÃO
Autorização de Funcionamento da Empresa	Permissão para o exercício de atividades com medicamentos ou insumos farmacêuticos, como armazenamento e distribuição, mediante o cumprimento dos requisitos técnicos e administrativos. Sua emissão é feita pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).
Autorização Especial	Documento necessário quando há fornecimento de medicamentos sujeitos a controle especial. Sua emissão é feita pela ANVISA.
Licença/Alvará Sanitário visível	Documento que certifica a realização de atividade sujeita à vigilância sanitária. Sua emissão é feita pela Vigilância Sanitária municipal ou estadual.
Certidão de Regularidade Técnica	Documento emitido pelo Conselho Regional de Farmácia (CRF) da respectiva jurisdição que comprova o cadastro da unidade (mediante apresentação de informações, como número de registro no CRF, razão social, endereço e horário de funcionamento) e informa quem é o farmacêutico responsável técnico pelo local.
Licença de Funcionamento e Localização	Documento necessário quando a unidade de dispensação de medicamentos é independente, ou seja, não localizada dentro de uma unidade de saúde. Sua emissão é feita pela Secretaria da Fazenda ou outro órgão, de acordo com legislação municipal.
Licença do Corpo de Bombeiros	Documento expedido pelo Corpo de Bombeiros local que atesta o cumprimento de normas de segurança contra incêndios e pânico. ¹

Fonte: Adaptado de Brasil (1, 2, 6, 9-14) e Conselho Federal de Farmácia (15, 16).

Nota: ¹ Caso a unidade de dispensação esteja vinculada a uma unidade de saúde, poderá ser obtido o mesmo documento.

Além dos documentos legais, é essencial que haja documentação do fluxo administrativo e que este seja simplificado e racional, incluindo os processos de trabalho, as competências, as atribuições da equipe, as normas e os procedimentos, uma vez que os trabalhadores necessitam de instruções para que estejam seguros e não apresentem condutas individualizadas que possam gerar erros (1, 2, 6, 7, 9, 11, 17, 18, 20).

As normas descrevem as regras para disciplinar o modo de execução das tarefas (1). Os procedimentos, usualmente denominados “procedimentos operacionais padrão” (POP), descrevem e padronizam o passo a passo da execução de cada atividade (1, 6, 11). Assim, normas e POP são relevantes para qualificar as atividades executadas (1, 2, 6, 9, 11).

Um instrumento de caráter obrigatório nas unidades de dispensação que estabelece o padrão mínimo para a execução das atividades é o Manual de Boas Práticas Farmacêuticas. Esse manual deve ser elaborado pelo(s) farmacêutico(s) ou membro da equipe de apoio, sob supervisão, e deve estar em conformidade com as características de cada unidade, podendo conter ainda POP específicos e planos, como o de gerenciamento de resíduos (2, 9, 11).

O Quadro 2 resume os principais documentos técnicos que as unidades devem possuir (1, 2, 9, 11, 17, 18, 21). Esses documentos devem ser amplamente divulgados a todos os funcionários e revisados periodicamente para atualização ou correções.

QUADRO 2 – Principais documentos de caráter técnico requeridos e/ou recomendados para instalação e o funcionamento das unidades de dispensação de medicamentos no Brasil

DOCUMENTO	DESCRIÇÃO
Manual de Boas Práticas Farmacêuticas	Documento com informações sobre as atividades desenvolvidas na unidade de dispensação de medicamentos, no qual são apresentados dados, entre outros, sobre a infraestrutura, força de trabalho e suas respectivas funções, fluxo e rotina das atividades, instrumentos e documentos utilizados nas atividades, Procedimentos Operacionais Padrão (POP), Plano de Gerenciamento de Resíduos, bem como nome e função dos responsáveis pela elaboração, aprovação, monitoramento, avaliação e revisão do Manual. ¹

QUADRO 2 – Principais documentos de caráter técnico requeridos e/ou recomendados para instalação e o funcionamento das unidades de dispensação de medicamentos no Brasil (continuação)

DOCUMENTO	DESCRIÇÃO
Procedimento Operacional Padrão (POP)	Documento que apresenta definições, responsabilidades, além de descreverem e padronizarem o passo a passo de como executar uma atividade. Entre os temas mínimos que devem ser tratados nos POP estão: manutenção das condições higiênicas e sanitárias adequadas a cada ambiente; aquisição, recebimento e armazenamento dos produtos; exposição e organização dos produtos; destino dos produtos com prazos de validade vencidos; destinação dos produtos próximos ao vencimento; prestação da dispensação de medicamentos e de outros serviços de Cuidado Farmacêutico; utilização de materiais descartáveis e sua destinação após o uso; e, metodologia de verificação da temperatura e umidade. ¹
Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde	Documento que contempla o manejo de resíduos, por exemplo, medicamentos com avarias ou com prazo de validade vencido (incluindo aqueles recolhidos dos usuários) e resíduos gerados nos serviços de Cuidado Farmacêutico (como aqueles de verificação de glicemia capilar e testes rápidos). Este plano inclui dados sobre geração, segregação, acondicionamento, coleta, armazenamento, transporte, tratamento e disposição final dos resíduos, bem como as ações com objetivo de reduzir os riscos para o trabalhador, a população e o meio ambiente. ²
Documentos sobre notificação de queixa técnica e evento adverso a medicamentos	Registros das alterações observadas em produtos ou irregularidades de empresas (queixas técnicas) e de eventos adversos em decorrência do uso de medicamentos. As notificações têm como objetivo evitar danos decorrentes de uso de medicamentos e, consequentemente, que seus benefícios sejam maiores que seus riscos. ³

Fonte: Adaptado de Brasil (1, 2, 9, 11, 17, 18, 21).

Nota: ¹ Deve ser elaborado pelo farmacêutico ou por membros da equipe de apoio, sob a sua supervisão e orientação, sendo um documento personalizado para a unidade de dispensação de medicamentos.

² Para unidades de dispensação localizadas em uma unidade de saúde, os dados referentes aos resíduos gerados pela unidade de dispensação deverão constar no Plano geral do estabelecimento.

³ As notificações podem ser realizadas em sistemas informatizados próprios do município e em plataformas junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Além disso, há centros de farmacovigilância vinculados a instituições (de ensino, de saúde e a órgãos sanitários) nos quais também é possível realizar essa notificação.

Outras recomendações são a utilização de registros por meio de fichas ou de sistemas informatizados, para coletar informações sobre condutas e/ou processos de trabalho, incluindo serviços relacionados ao armazenamento e controle de estoque e também os de Cuidado Farmacêutico (1, 2, 6, 11). Para os serviços de Cuidado Farmacêutico executados nas unidades de dispensação, como forma de monitoramento e suporte à implementação futuras intervenções, é importante que eles sejam documentados e que os registros incluam informações sobre o usuário, sua farmacoterapia prescrita e dispensada e quaisquer ocorrências relativas ao uso dos medicamentos (1, 2, 6).

Este capítulo apresenta a síntese de evidências e reflexões sobre a organização das unidades de dispensação na APS.

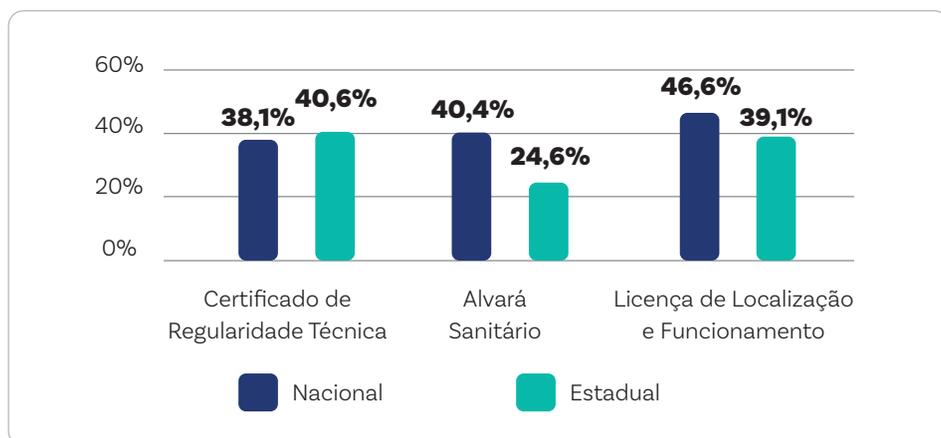
Como está a organização das unidades de dispensação de medicamentos na APS?

Documentos legais

Contrariando as legislações vigentes e as recomendações (1, 2, 6, 9-16), pesquisas de porte nacional e estadual identificaram que menos da metade das unidades de dispensação possuem os documentos legais emitidos pelos órgãos responsáveis, como os documentos de Certificado de Regularidade Técnica, o Alvará Sanitário e a Licença de Localização e Funcionamento, conforme apresentado na Figura 1 (22, 23).

Nessas pesquisas, o percentual de unidades que apresentam Certificado de Regularidade Técnica é semelhante, variando de 38,1% a 40,6% nas unidades de dispensação (22, 23). Por outro lado, o percentual de unidades com Alvará Sanitário difere entre as pesquisas, com maior percentual em pesquisa nacional (40,6%) (22, 23). Por sua vez, os dados sobre Licença de Localização e Funcionamento variam de 39,1% a 46,6% nas unidades de dispensação (22, 23).

FIGURA 1 - Apresentação de documentos legais nas unidades de dispensação de medicamentos nos municípios brasileiros



Fonte: Adaptado de Costa et col (22) e Barbosa et col (23).

A pesquisa nacional revelou ainda que somente 29,7% das unidades nos municípios brasileiros possuem Licença do Corpo de Bombeiros (22).

Esses resultados apontam deficiências na organização, a nível nacional, das unidades de dispensação de medicamentos em termos de documentos legais e, conseqüentemente, pode haver riscos no cumprimento do papel das unidades em oferecer medicamentos de qualidade aos usuários e comprometer o uso seguro e racional de medicamentos.

Normas, procedimentos e planos

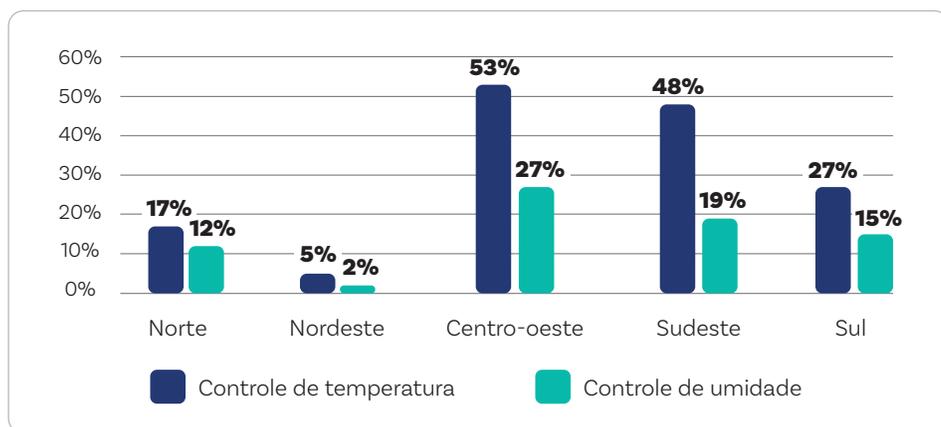
Com relação aos documentos de caráter técnico que são exigidos por lei e/ou recomendados pela literatura (1, 2, 9, 11, 17, 18, 21), as evidências disponíveis são mais escassas. Na literatura, foram realizados levantamentos para avaliar a presença de diferentes documentos de caráter técnico exigidos por lei e/ou recomendados pela literatura, como: POP; notificação de queixas técnicas e eventos adversos por medicamentos; normas de regulação da publicidade e promoção de medicamentos; e plano de gerenciamento de resíduos.

No caso dos POP, de acordo com os dados do Quadro 2, é recomendado que existam POP nas unidades de dispensação de medicamentos sobre diferentes temas como condições higiênicas e sanitárias, prestação da dispensação de medicamentos e de outros serviços de Cuidado Farmacêutico, destino dos produtos com prazos de validade vencidos, verificação da temperatura e umidade. Apesar disso, são escassos estudos de abrangência nacional sobre o tema. Ademais, o principal foco dos estudos existentes é em POP para a dispensação de medicamentos (24-26).

Assim, um estudo realizado em Santa Catarina, que incluiu 11 municípios de médio e grande porte (com população igual ou superior a 100 mil habitantes), mostrou que 90,9% dos municípios informaram ter normas e/ou POP para a dispensação de medicamentos (24). Por outro lado, uma pesquisa em um município de Santa Catarina, com mais de 100 mil habitantes, obteve nota zero quanto à existência de POP para a dispensação (25). Outro estudo realizado em um município do Rio Grande do Sul, também com mais de 100 mil habitantes, verificou ausência de POP para a dispensação nas unidades (26).

Já com relação ao controle de temperatura e umidade nas unidades de dispensação, Costa e colaboradores (22) verificaram que a minoria possui esses controles. A Figura 2 resume essas informações segundo região. O Centro-oeste e o Sudeste foram as regiões com melhor desempenho em relação à existência de controle de temperatura e umidade.

FIGURA 2 - Frequência de controles de temperatura e umidade nas unidades de dispensação da Atenção Primária à Saúde segundo regiões



Fonte: Adaptado de Costa e col (22).

Nota: Os valores foram arredondados para números inteiros.

No que diz respeito à realização de notificações de queixas técnicas e eventos adversos por medicamentos, os estudos analisam a existência de mecanismo para a notificação, se a notificação é realizada, se os profissionais já realizaram uma notificação e para onde a notificação é encaminhada (22, 23).

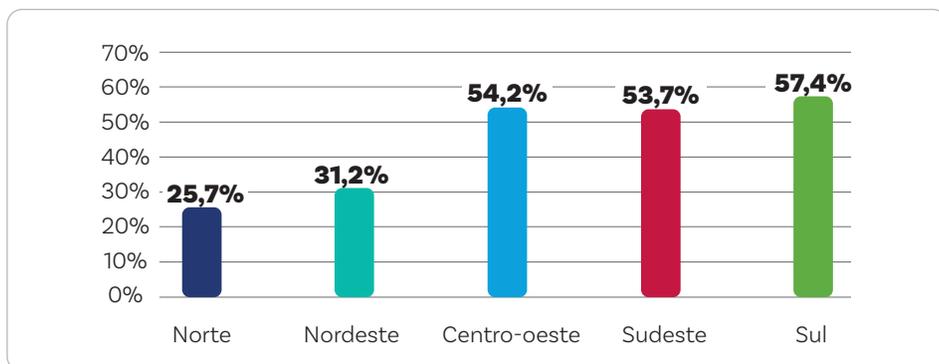
A existência de mecanismo para a notificação foi verificada em apenas 31,4% das unidades de dispensação nos municípios brasileiros (22). Sobre a realização da notificação, pesquisa estadual identificou que somente em 41,1% dos municípios há unidades que realizam esse registro (23). Quanto aos profissionais, somente 12,3% dos farmacêuticos responsáveis pela dispensação de medicamentos na APS no Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios brasileiros relataram já ter realizado uma notificação (22). Os principais locais de encaminhamento das notificações, segundo pesquisa nacional, são a Coordenação de AF (20,1%) e Central de Abastecimento de Medicamentos (CAF) (18,8%) (22).

A publicidade, a promoção e a distribuição de amostras de medicamentos dentro das unidades de dispensação de medicamentos da APS também deve ser um ponto considerado na organização das unidades, devendo ser regulamentados por normas técnicas a fim de garantir a adoção de práticas corretas de armazenamento, controle de distribuição e prazo de validade dos produtos.

Pesquisa nacional identificou a regulação da publicidade e da promoção de medicamentos na APS e revelou que somente 24,2% unidades possuem norma para regular a visita de representantes de laboratórios e distribuidoras de medicamentos e o material de propaganda de medicamentos (22). Além disso, em 32,8% das unidades, há distribuição de amostras grátis de medicamentos (22).

De acordo com o Quadro 2, outra importante questão legal e técnica para o devido funcionamento das unidades de dispensação é o gerenciamento de resíduos. Pesquisa nacional identificou dados sobre o gerenciamento de resíduos de medicamentos na APS, segundo os farmacêuticos responsáveis pela dispensação (22). Menos da metade das unidades (43,7%) tem Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde. A Figura 3 apresenta dados sobre o Plano de Gerenciamento de Resíduo de medicamentos, segundo as regiões brasileiras. As regiões Norte (25,7%) e Nordeste (31,2%) apresentam as menores frequências de existência dos planos (22). A pesquisa identificou ainda que 80,3% das unidades de saúde possuem serviço de recolhimento desses resíduos, não sendo possível determinar o local de deposição (22).

FIGURA 3 - Plano de Gerenciamento de Resíduos de medicamentos na Atenção Primária à Saúde nas regiões brasileiras, segundo os farmacêuticos responsáveis pela dispensação

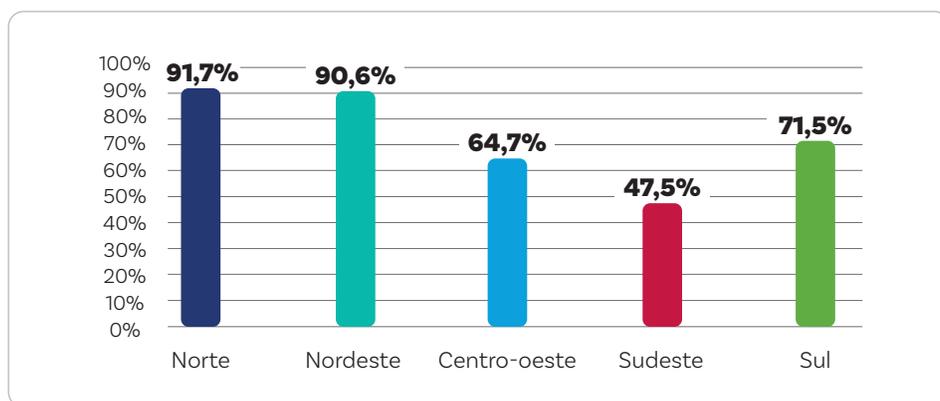


Fonte: Adaptado de Costa e col (22).

Atendimento nas unidades de dispensação

As unidades de dispensação de medicamentos da APS apresentam um alto fluxo de usuários, uma vez que a APS determina o trabalho dos outros níveis do sistema de saúde por ser porta de entrada (5). No Brasil, a maioria (72,6%) atende um número médio de até 100 pessoas por dia (27), mas dependendo do município pode chegar a mais de 900 (25, 28). Nesse sentido, há diferenças entre o número de atendimentos entre as regiões brasileiras. A região Norte apresenta o maior percentual (91,7%) e a região Sudeste o menor percentual (47,5%) de unidades atendendo um número médio de até 100 pacientes, conforme ilustrado na Figura 4 (27). Em um município da região Sudeste, de cerca de 230 mil habitantes, Luz e colaboradores (28) verificaram uma média de 4405 usuários atendidos por mês, ou cerca de 200 pessoas por dia, ou seja, o dobro da média nacional. Já Bernardo e colaboradores (25), em um município da região Sudeste de 135.000 habitantes, verificaram média de 21.406 pacientes atendidos por mês, com 928 pessoas atendidas por dia.

FIGURA 4 - Unidades de dispensação de medicamentos que atendem um número médio de até 100 pessoas por dia, por regiões



Fonte: Adaptado de Leite e col (27).

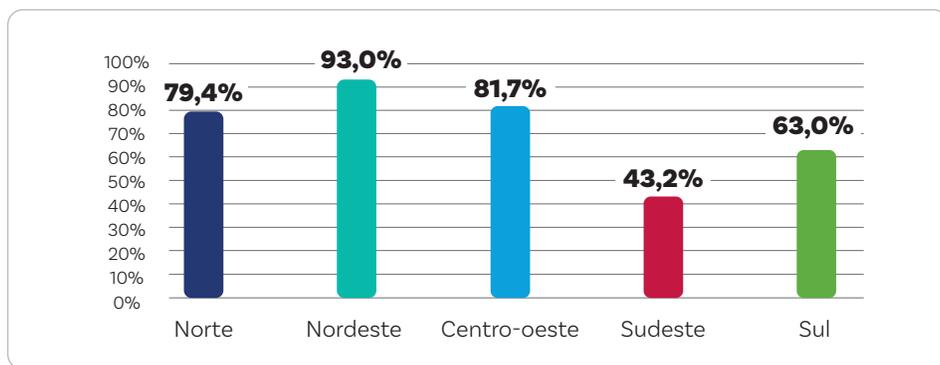
Se por um lado, o movimento de usuários é grande, por outro é importante que as unidades de dispensação adotem mecanismos para controle da entrada de pessoas, tenham horários de funcionamento, quadro de avisos na área de espera, senhas e tempo para atendimento que sejam compatíveis com sua respectiva demanda. Nessa perspectiva, é importante

considerar que o horário de funcionamento da unidade e o tempo de espera na fila são fatores relacionados ao acesso a serviços de saúde e aos medicamentos que podem constituir barreiras para esse acesso. Além disso, esses fatores também estão relacionados à satisfação dos usuários (8, 29).

Segundo estudos nacionais, cerca de 60% das unidades apresentam controle de entrada e circulação de pessoas na área de dispensação (22, 30). Outro aspecto a ser observado no atendimento adequado à demanda é o horário de funcionamento das unidades de dispensação. De acordo com estudo nacional, a maioria das unidades de dispensação atende os usuários em período integral, ou seja, por até 40h semanais, mas há diferenças entre as regiões do país (Figura 5) (27).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, recomenda-se que as Unidades Básicas de Saúde (UBS), estabelecimentos nos quais parte das unidades de dispensação estão localizadas, possuam carga horária mínima de funcionamento de 40h semanais, facilitando o acesso da população (5).

FIGURA 5 - Unidades de dispensação de medicamentos que atendem os usuários em período integral, por regiões

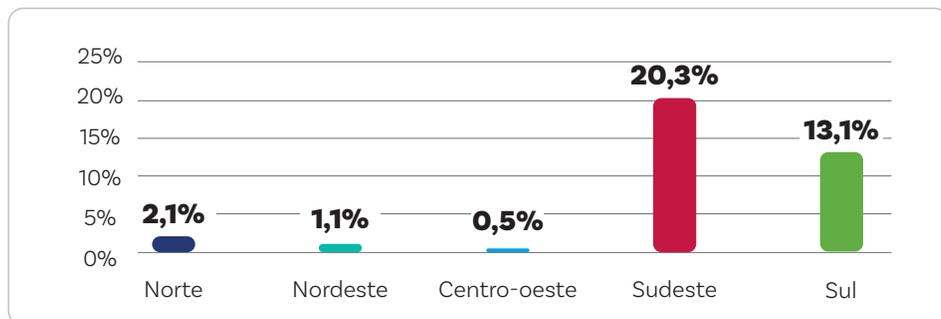


Fonte: Adaptado de Leite e col (27).

Quanto ao atendimento, uma das recomendações para organização das unidades de saúde no SUS é que haja objetos ou equipamentos que permitam a informação ao usuário em espera (31). Pesquisa nacional identificou que 61,7% das unidades possuem quadro de avisos na área de espera (30).

Quanto ao uso de senhas para atendimento na área da dispensação, as pesquisas mostram que esse sistema ainda é pouco adotado no país. Pesquisa nacional mostrou que apenas 9,2% das unidades possuem sistema de senha para atendimento nessa área, com diferenças entre as regiões do país (30). A Figura 6 ilustra o percentual de unidades de dispensação de medicamentos que possuem sistema de senhas para atendimento na área da dispensação de acordo com as regiões brasileiras. A região Sudeste (20,3%) e a reunião Centro-Oeste (0,6%) foram, respectivamente, as regiões com maior e menor porcentagem (30). Uma pesquisa em Minas Gerais revelou um percentual mais elevado do que a média nacional e da região Sudeste (30, 32). A utilização de senha é importante tanto para a equipe de saúde quanto para o usuário, uma vez que regula a ordem de chegada e o tempo de espera. Porém, quando a senha é usada para limitar o atendimento, pode se tornar uma barreira para o acesso às unidades de dispensação (33).

FIGURA 6 - Unidades de dispensação de medicamentos que possuem sistema senhas para atendimento na área da dispensação, por regiões



Fonte: Adaptado de Leite e col (30).

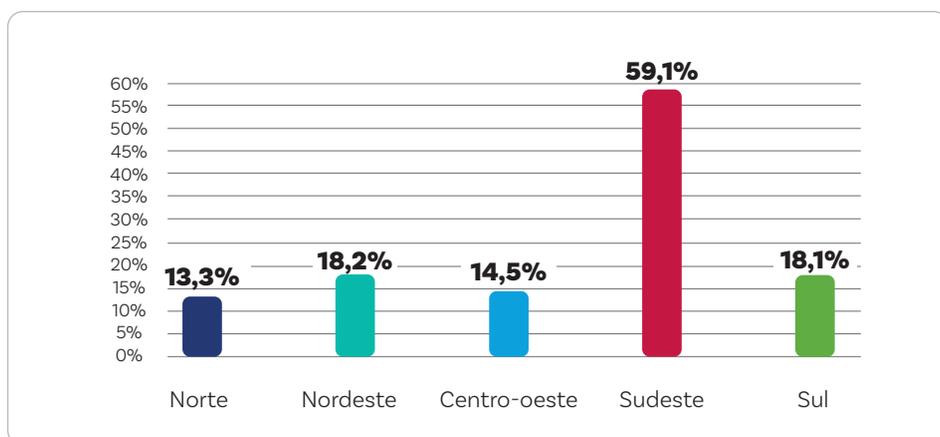
Outros parâmetros que ajudam a avaliar a organização das unidades de dispensação são a periodicidade da dispensação e o tempo de espera, na fila, para atendimento, e a frequência de usuários que recebem orientações sobre medicamentos nas unidades de dispensação.

Com relação à periodicidade da dispensação, uma pesquisa em Minas Gerais revelou que a maioria dos municípios (80,8%) informa realizar a dispensação de medicamentos de uso contínuo da APS com frequência mensal, já em 11,5% a frequência é bimensal e outros 7,7% dos municípios adotam outra periodicidade (32). Não há padronização a nível nacional

sobre periodicidade da dispensação. A recomendação, no contexto da distribuição de medicamentos da CAF para as unidades de dispensação, é que: 1) deve haver cautela no intervalo de tempo entre as distribuições para não haver desabastecimento na rede; 2) quanto menor o intervalo, maiores os custos com a distribuição; e, 3) a distribuição mensal proporciona melhor acompanhamento e gerenciamento dos dados (1, 11).

O tempo médio de espera na fila para retirada dos medicamentos nas unidades de dispensação é de 32,9 minutos, com diferenças entre as regiões, segundo uma pesquisa nacional (Figura 7) (34).

FIGURA 7 - Tempo médio de espera, em minutos, declarado pelos usuários para retirada dos medicamentos nas unidades de dispensação de medicamentos, por regiões



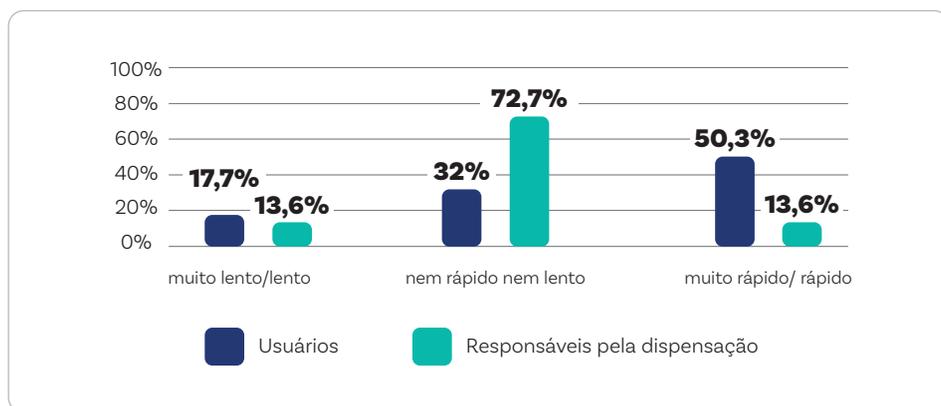
Fonte: Adaptado de Álvares e col (34).

Além de dados objetivos sobre o tempo de espera em fila, há na literatura dados subjetivos, a partir da perspectiva dos gestores da AF, responsáveis pela dispensação e usuários (23, 27, 32, 34, 35).

Pesquisa nacional identificou que o tempo de espera em fila para atendimento é sempre ou repetidamente menor que 15 minutos apenas para 5,3% das unidades nos municípios brasileiros, segundo os responsáveis pela dispensação (27). A percepção dos pacientes sobre o tempo de espera em pesquisas nacionais e estaduais mostraram que a grande maioria dos usuários (entre 91,5% e 95,1%) relataram não esperar ou esperar um pouco para a retirada dos medicamentos (23, 34, 35).

Um estudo estadual revelou que para 50,3% dos usuários, o tempo de espera é muito rápido ou rápido (32). No mesmo estudo, a minoria (13,6%) dos gestores da AF avaliou esse tempo como muito rápido ou rápido (32). A percepção de usuários e gestores da AF sobre tempo de espera para atendimento em unidades de dispensação em Minas Gerais é apresentada na Figura 8.

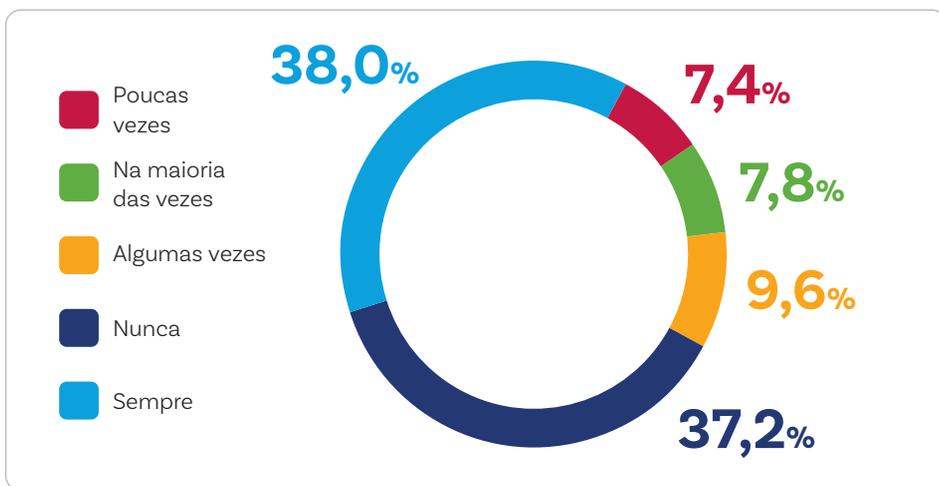
FIGURA 8 – Percepção sobre o tempo de espera para atendimento em unidades de dispensação de medicamentos em Minas Gerais



Fonte: Luz e col (32).

Dado que um dos objetivos da organização das unidades é garantir o uso racional e seguro de medicamentos pelo usuário (1), outro importante parâmetro de avaliação dos atendimentos são as informações fornecidas aos pacientes durante a entrega de medicamentos, independente de se realizado pelo farmacêutico ou outro funcionário da unidade. Uma pesquisa de abrangência estadual revelou que somente 38,0% dos usuários afirmam sempre receber informações sobre como usar os medicamentos, conforme a Figura 9. Esse dado mostra deficiência nos atendimentos, o que pode impactar na perda de oportunidade dos pacientes em otimizar o conhecimento sobre a farmacoterapia, bem como garantir a efetividade e segurança do tratamento (36-38).

FIGURA 9 - Frequência de orientações sobre como usar medicamentos pela percepção de usuários de unidades de dispensação de medicamentos, em Minas Gerais



Fonte: Luz e col (32).

Armazenamento e Controle de estoques

Para a adequada organização das unidades de dispensação quanto à manutenção dos níveis de estoques de medicamentos necessários para atender a demanda e a garantia da qualidade dos mesmos, reduzindo perdas e desperdícios, é necessário adotar medidas relacionadas ao armazenamento e controle de estoques de medicamentos, que incluem, entre outras questões, a restrição do acesso de pessoas ao setor, a padronização da execução de atividades e registro de dados (de forma manual ou sistematizada) relacionados à aquisição, recebimento, guarda, organização, estocagem e saída dos produtos (1, 2, 9, 11).

Dado que as unidades de dispensação são locais que possuem estoques de medicamentos para tratamento e prevenção de agravos, os quais possuem custo elevado para o sistema de saúde (11), a livre circulação de pessoas nesses locais, especialmente no setor de armazenamento, deve ser uma prática avaliada.

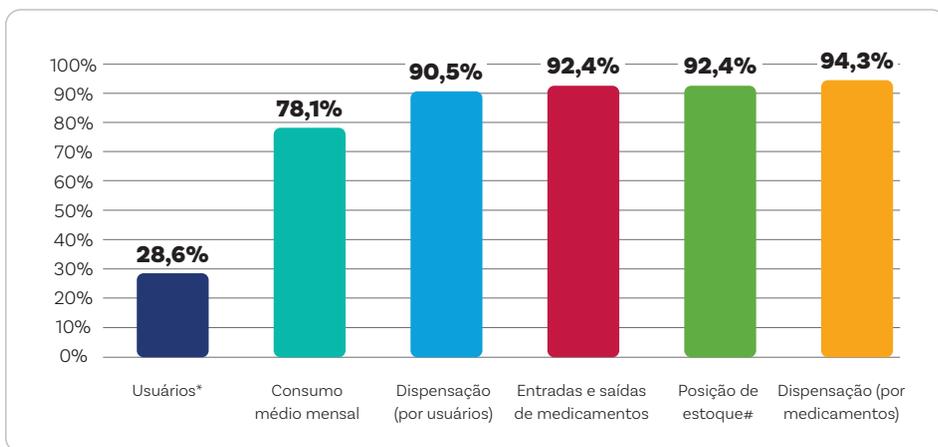
Pesquisa nacional verificou que 65,4% das unidades de dispensação no Brasil permitem a entrada e circulação de pessoas nas áreas destinadas ao armazenamento de produtos (22). A recomendação, por exemplo, para organização de uma CAF, é que o acesso seja restrito e/ou que somente pessoas que trabalham no setor devem ter acesso ao local (1, 11).

Outro dado identificado na mesma pesquisa (22) é que em 34,2% das unidades existiu pelo menos um medicamento vencido no estoque. Este dado pode ser reflexo de deficiências na organização das unidades quanto à realização de inventários (1, 2, 11). De fato, outro estudo nacional mostrou que 71,7% das unidades realizavam inventário pelo menos uma vez por mês (39). Esse processo pode ser realizado em diversas periodicidades: diária, semanal, mensal, trimestral, semestral ou anual. Entretanto, quando realizado em curto intervalo de tempo, é possível intervir mais facilmente nas correções de alguma não conformidade encontrada (2).

Quanto aos sistemas usados para o controle do estoque nos municípios brasileiros, o controle é manual em 58,2% das unidades. Há ainda um percentual de 4,9% das unidades que não possuem qualquer mecanismo de controle de estoque (22). É importante ressaltar que o uso de sistemas informatizados pode otimizar o tempo na execução das atividades e também tornar o processo de auditoria dos estoques mais eficiente, facilitando a organização e a tomada de decisão sobre a gestão técnica dos medicamentos.

Em que pese a importância de se ter um sistema informatizado, nem sempre os sistemas disponíveis são adequados às necessidades das unidades de dispensação. Uma pesquisa estadual investigou os tipos de relatórios que o sistema informatizado fornece (40). Entre os mais frequentes estão relatórios de posição no estoque (92,4%), entrada e saída de medicamentos (92,4%) e dispensação por medicamentos (94,3%), conforme apresentado na Figura 10.

FIGURA 10 - Tipos de relatórios gerados pelo sistema informatizado das unidades de dispensação de acordo com uma pesquisa estadual



Fonte: Luz e col (40).

Nota: * Relatórios de usuários (por exemplo, dados sociodemográficos, dados clínicos, número de consultas, exames).

Relatórios de posição de estoque (medicamento, lote, validade, quantidade).

Como as unidades de dispensação são percebidas pelos profissionais e usuários?

A organização das unidades de dispensação de medicamentos deve ser avaliada do ponto de vista de diferentes atores. A percepção de gestores e dos profissionais é importante uma vez que, conforme discutido neste capítulo, a organização das unidades envolve a divisão, a distribuição e o gerenciamento das atividades (1, 2). O ponto de vista do usuário também é essencial porque, como já foi apresentado, a adequada organização impacta na sua satisfação (1). Entretanto, estudos sobre percepção de gestores, profissionais e usuários sobre a organização das unidades são escassos, incluindo estudos de abrangência nacional (23, 28, 32, 34, 35).

Em uma pesquisa de âmbito estadual, em Minas Gerais, foi solicitado aos farmacêuticos das unidades de dispensação que fizessem uma avaliação da organização geral do serviço em termos de rotinas e processos de trabalho, documentação, prestação de contas e de informações (32). A grande maioria dos profissionais (79,4%) avaliou essa organização como sendo boa ou muito boa e apenas 2,8% a considerou ruim ou muito ruim (32).

Quanto ao atendimento, a avaliação dos atendimentos prestados nas unidades de dispensação é “muito bom” ou “bom” na percepção de todos os farmacêuticos de uma pesquisa municipal (28). Por sua vez, do ponto de vista dos usuários, estudos de abrangência nacional e estadual mostram que o atendimento nas unidades de dispensação, de modo geral, é considerado muito bom ou bom para 88,1% a 90,5% dos usuários (23, 32, 34, 35). De modo específico, entre 86,2% a 94,8% dos usuários percebem respeito e cortesia no atendimento pelos funcionários das unidades de dispensação de medicamentos em pesquisas nacional e estadual (32, 34, 35).

É importante considerar que, do ponto de vista dos usuários, a parte mais visível da organização das unidades de dispensação, é o atendimento. Entretanto, ainda que os usuários tenham uma boa percepção sobre o atendimento nas unidades de dispensação, isso não significa que não exista insatisfação ou demandas específicas por melhorias. A pesquisa realizada em Minas Gerais (32) revelou que os usuários gostariam de ter mais acolhimento, como ilustra a fala a seguir:



“(...) já aconteceu de eu vir aqui e ficar escutando piadinhas de determinadas pessoas, aí muitas vezes eu procuro ignorar, são piadinhas sem graça, tipo insultando... Na época que tinha conselho do idoso, fui lá e fiz até reclamação, eu precisando ser atendida e o atendente vem com ironia pra cima de mim, eu perguntei se tava aqui era de enfeite ou pra atender”

(Usuária)

Fonte: Luz e col (32) e Imagens – Flaticon ©.

As demandas específicas relacionam-se à carência de informações (32). Os usuários gostariam de poder identificar os atendentes por meio do uso de um crachá e também que as unidades de dispensação tivessem sinalizações, como, por exemplo, a localização dos sanitários e bebedouros, quando esses existem. Dentre as demandas mais frequentes dos usuários, no entanto, estão o desejo de saber, com antecedência, quais os medicamentos estão em falta nas unidades e também qual é o conteúdo da lista de medicamentos essenciais do município. As falas a seguir destacam esses pedidos:



“Mais informação seria legal, que colocasse por escrito a falta dos medicamentos (os que tem e os que não tem), adiantava bem.”

(Usuário)

“... Muitas vezes a gente deixa de pegar aqui e compra porque a gente não sabe os remédios que estão disponíveis para a gente. Então acho que teria que ter um papel explicando os remédios que têm à disposição para as pessoas, não só o que a gente pega.”

(Usuária)



Fonte: Luz e col (32) e Imagens - Flaticon ©.

Os pontos apresentados pelos usuários sobre sinalizações e avisos são fatores que devem ser considerados na organização das unidades de dispensação de medicamentos, uma vez que é recomendado que as unidades de saúde no SUS tenham projetos de sinalização e placas de informação de toda ordem por meio de linguagem clara (31).

Considerações Finais

As evidências apresentadas neste capítulo revelam, de forma geral, que há barreiras a serem superadas em relação à organização das unidades de dispensação. Essas barreiras comprometem o adequado funcionamento das unidades e, conseqüentemente, expõe os usuários a riscos quanto à garantia da qualidade e do uso racional e seguro de medicamentos.

Com relação à documentação legal e técnica, um número reduzido de unidades de dispensação na APS no Brasil atende aos requisitos da legislação vigente. Essa documentação é essencial para orientar e padronizar procedimentos, diminuir a ocorrência de erros e facilitar o monitoramento e avaliação, aumentando a qualidade da prestação de serviços farmacêuticos para a população.

Já com relação ao atendimento nas unidades de dispensação, embora haja um alto fluxo de usuários, as evidências mostram deficiências em relação ao horário de funcionamento, à prestação de informação, ao fluxo de atendimento e, principalmente, quanto às orientações dadas aos usuários sobre os medicamentos dispensados. Nesse sentido, apesar da avaliação positiva tanto dos profissionais quanto dos usuários em relação aos atendimentos nas unidades de dispensação, os usuários afirmam sentir falta de acolhimento e de informações sobre o uso seguro e racional de medicamentos nesses locais.

Quanto ao armazenamento de medicamentos nas unidades de dispensação, observa-se que não há restrição de circulação de pessoas no setor na maioria das unidades. Em cerca de um terço delas, são encontrados medicamentos vencidos. Os inventários são realizados pelo menos uma vez por mês na maioria das unidades. O mecanismo mais frequente para controle de estoque é o manual.

De modo geral, gestores e profissionais, consideram a organização das unidades de dispensação de forma bastante positiva, o que vai de encontro às evidências apresentadas em relação aos problemas de documentação, de atendimento aos usuários e de armazenamento e controle de estoques.

É preciso, portanto, estabelecer o planejamento e realizar o monitoramento e a avaliação continuados da organização das unidades de dispensação de medicamentos na APS no Brasil, com base nas diretrizes legais, técnicas e, de acordo, com as características e necessidades específicas de cada território. Ressalta-se a importância de se realizar investimentos financeiros e qualificar recursos humanos para enfrentar os desafios encontrados e realizar a escuta dos usuários como diretriz norteadora das ações e das estratégias de implementação de mudanças.

Em conjunto, estas ações irão garantir, o cumprimento dos objetivos das unidades de dispensação de ofertar medicamentos de qualidade e promover o uso racional e seguro dos medicamentos, otimizando os resultados em saúde da população.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Assistência farmacêutica na atenção básica:** instruções técnicas para sua organização. 2.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. 100 p. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/283.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2022.
2. 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, 2009. 44p. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/40%20-%20BRASIL%20MINIST%C3%89RIO%20DA%20SA%C3%9ADE%202009%20Diretrizes%20para%20Estrutura%C3%A7%C3%A3o%20de%20Farm%C3%A1cias%20no%20SUS.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916**, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 out. 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 27 jun. 2022.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338**, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 mai. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 27 jun. 2022.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 27 jun. 2022.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Assistência farmacêutica na Atenção Básica:** instruções técnicas para sua organização. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 114 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_15.pdf. Acesso em: 16 dez. 2022.
7. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência Farmacêutica no SUS.** Brasília, DF: CO-NASS, 2007. 186p.
8. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Manual do (a) gestor (a) Municipal do SUS:** “Diálogos no cotidiano”. 2a edição digital - revista e ampliada. Brasília, DF: CONASEMS, 2021. 440 p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/manual_do_gestor_2021_F02-1.pdf. Acesso em: 27 jun. 2022.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 44**, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre boas práticas farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 ago. 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2009/rdc0044_17_08_2009.pdf. Acesso em: 27 jun. 2022.
10. BRASIL. **Lei nº 13.021**, de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 11 ago. 2014. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm. Acesso em: 27 jun. 2022.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais:** operacionalização e prática nos municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://assistencia-farmacologica-ab.conasems.org.br/publicacoes/colecao/af-profissionaisde-nivel-superior/>. Acesso em: 16 dez. 2022.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 153**, de 26 de abril de 2017. Dispõe sobre a Classificação do Grau de Risco para as atividades econômicas sujeitas à vigilância sanitária, para fins de licenciamento, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 27 abr. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/KujrwOTZC2Mb/content/id/20182709/doi-2017-04-27-resolucao-da-diretoria-colegiada-rdc-n-153-de-26-de-abril-de-2017-20182591. Acesso em: 27 jun. 2022.
13. BRASIL. Serviços e Informações do Brasil. **Site gov.br.** Solicitar Autorização de Funcionamento ou Autorização Especial - Medicamentos e Insumos (AFE, AE). 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/solicitar-autorizacao-de-funcionamento-ou-autorizacao-especial-2013-medicamentos-e-insumos>. Acesso em: 10 jan. 2022.

14. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 16**, de 1º de abril de 2014. Dispõe sobre os Critérios para Peticionamento de Autorização de Funcionamento (AFE) e Autorização Especial (AE) de Empresas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 abr. 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2014/rdc0016_01_04_2014.pdf. Acesso em: 16 dez. 2022.
15. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 494**, de 26 de novembro de 2008. Substitui a Cédula de Identidade profissional do farmacêutico e não-farmacêutico, institui a Certidão de Regularidade Técnica e estabelece itens de segurança na Carteira de Identidade Profissional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 dez. 2004. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/494.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2022.
16. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução nº 721**, DE 24 DE FEVEREIRO DE 2022 Dispõe sobre a anotação e o registro da direção ou responsabilidade técnica farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 02 mar. 2022. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/577.pdf>. Acesso em: 16 dez. 2022.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 306**, de 7 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 dez. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2004/res0306_07_12_2004.html. Acesso em: 16 dez. 2022.
18. BRASIL. Conselho Nacional do Meio Ambiente. **Resolução CONAMA nº 358**, de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 mai. 2005. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=102253>. Acesso em: 16 dez. 2022.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **O Cuidado Farmacêutico no contexto do sistema de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_farmacutico_contexto_sistema_saude_v1.pdf. Acesso em: 16 dez. 2022.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação**. Relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 125 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/publicacoes/assistencia_farmacutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf. Acesso em: 16 dez. 2022.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Os serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://assistencia-farmacutica-ab.conasems.org.br/publicacoes/colecao/af-profissionaisde-nivel-superior/>. Acesso em: 16 dez. 2022.
22. COSTA, E. A. et al. Situação sanitária dos medicamentos na atenção básica no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl. 2, p. 12s, 2017.
23. BARBOSA, M. M. et al. Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2475-2486, 2017.
24. MONTEIRO, E. R.; LACERDA, J. T.; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal na promoção do uso racional de medicamentos em municípios de médio e grande porte de Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 5, el. 00112920, 2021.
25. BERNARDO, N. L. M. D. C.; SOARES, L.; LEITE, S. N. A Sociotechnical Approach to Analyze Pharmaceutical Policy and Services Management in Primary Health Care in a Brazilian Municipality. **Pharmacy**, v.9, n. 1:39,2021.
26. BITTENCOURT, R. A. et al. Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 2, p. 310-323, 2017.
27. LEITE, S. N. et al. Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl.2, p. 11s, 2017.
28. LUZ, T. C. B. et al. Serviços farmacêuticos na Atenção Básica: há sintonia entre farmacêuticos e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2463-2474, 2017.

29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Assistência Farmacêutica: da organização ao acesso a medicamentos e os desafios de sua integração à rede de atenção do SUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://assistencia-farmacautica-ab.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/02/AF_na_gestao_municipal_nivel_superior_vol1.pdf. Acesso em: 16 dez. 2022.
30. LEITE, S. N. et al. Infraestrutura das farmácias da atenção básica no Sistema Único de Saúde: Análise dos dados da PNAUM-Serviços. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl.2, p. 13s, 2017.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da **Política Nacional de Humanização.** Ambiência. 2ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p.
32. LUZ, T.C.B. et al. Assistência Farmacêutica Básica em Minas Gerais: avaliação dos serviços e do provimento e uso de medicamentos. Projeto MedMinas. Grupo de Estudos Transdisciplinares de Tecnologias em Saúde e Ambiente-Getesa, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Minas Gerais, Brasil. Nº do Contrato: APQ-04124-17. Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais Fapemig, 2017.
33. NÚCLEO DE TELESSAÚDE SANTA CATARINA. **Como tornar acolhedora a recepção de uma Unidade Básica de Saúde?** Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/como-tornar-acolhedora-a-recepcao-de-uma-unidade-basica-de-saude/>. Acesso em: 16 dez. 2022.
34. ÁLVARES, J. et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl. 2, p. 20s, 2017.
35. BARBOSA, M. M. et al. Access to medicines in the Brazilian Unified Health System's primary health care: assessment of a public policy. **Journal of Comparative Effectiveness Research**. v. 10, n. 10, p. 869-879, 2021.
36. KAAE, S.; DAM, P.; ROSSING, C. Evaluation of a pharmacy service helping patients to get a good start in taking their new medications for chronic diseases. **Research in Social Administrative Pharmacy**, v. 12, n. 3, p. 486-495, 2016.
37. PAYNE, K.; UNNI, E.J.; JOLLEY, B. Impact of dispensing Services in an Independent Community Pharmacy. **Pharmacy**, v. 7, n. 2, p. 44, 2019.
38. RAJIAH, K.; SIVARASA, S.; MAHARAJAN, M. K. Impact of pharmacists' interventions and patients' decision on health outcomes in terms of medication adherence and quality use of medicines among patients attending community pharmacies: a systematic review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 9, p. 4392, 2021.
39. ROCHA, W. H. et al. Influence of pharmaceutical services organization on the availability of essential medicines in a public health system. **Journal of Comparative Effectiveness Research**, v. 10, n. 6, p. 519-532, 2021.
40. LUZ, T.C.B. et al. Avaliação retrospectiva, situacional e prospectiva da Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais. Projeto ERAF. Grupo de Estudos Transdisciplinares de Tecnologias em Saúde e Ambiente-Getesa, Instituto René Rachou, Minas Gerais, Brasil. Financiado pelo Programa Inova Fiocruz, Edital Geração de Conhecimento, 2019.



UNIDADE 6

RESULTADOS SELECIONADOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**13. Disponibilidade
de medicamentos**

**14. Uso racional de
medicamentos**

**15. Uso seguro de
medicamentos**

13

Disponibilidade de medicamentos

Tatiana Luz e Rafaella Silva

O Sistema Único de Saúde (SUS) prevê o acesso gratuito e integral a medicamentos pela população (1-4). A área técnica da Assistência Farmacêutica (AF) é a responsável pela concretização desse objetivo nas três esferas de governo – União, Estados e Municípios –, por meio da operacionalização exitosa das etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos, previstas no subsistema da gestão técnica do medicamento, apresentado no **Capítulo 3** (5-8).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), a garantia da disponibilidade aos medicamentos se torna ainda mais importante, por ser esta a porta de entrada dos usuários no sistema de saúde. Além disso, a APS exerce papel na promoção, recuperação e prevenção das doenças mais comuns na população (9, 10). A baixa disponibilidade e a falta de medicamentos têm, portanto, impactos clínicos, humanísticos e econômicos, com destaque para o agravamento das doenças, piora da qualidade de vida, hospitalizações e mortes (11-15). A necessidade de ter de custear os próprios medicamentos pode constituir uma barreira para os usuários, principalmente aqueles que estão nas classes econômicas menos favorecidas (13, 16). Em 2017, 92,0% dos gastos com medicamentos foram custeados pelas famílias brasileiras, representando um gasto de aproximadamente R\$111, 3 bilhões (17, 18).

Os medicamentos a serem ofertados no âmbito da APS são aqueles considerados essenciais, uma vez que satisfazem às necessidades prioritárias de cuidados da saúde da população, segundo critérios de eficácia,

segurança, qualidade e custo, devendo estar disponíveis em todos os momentos no sistema de saúde, em quantidades adequadas (19). É importante ressaltar que entre esses medicamentos também estão os fitoterápicos. Desde 2004 existem políticas e programas nacionais que preconizam a disponibilidade, acesso e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos pelos usuários no SUS (3, 20-23).

Se por um lado, a disponibilidade de medicamentos é uma premissa do SUS, por outro, a demanda crescente por esses produtos e o orçamento limitado para a sua aquisição se tornam desafios importantes a serem superados (24, 25). Além disso, como já salientado em outros capítulos desse livro, há deficiências na AF municipal relacionadas aos processos de planejamento e gestão¹, como também nas unidades de dispensação quanto aos seus recursos humanos; à infraestrutura e à organização². Em conjunto, esses obstáculos comprometem a eficiência do sistema de abastecimento de medicamentos e, conseqüentemente, a sua disponibilidade no sistema.

A análise da disponibilidade dos medicamentos é parte importante do processo de monitoramento e avaliação da AF com vistas ao seu aprimoramento e otimização da gestão (11). Diversos autores têm se debruçado sobre a temática da disponibilidade como forma de contribuir para a sua caracterização e entendimento de fatores a ela relacionados, sejam individuais, organizacionais, contextuais ou outros (8, 11, 26-29).

Em termos conceituais, a disponibilidade de medicamentos pode ser definida como a relação entre o tipo e a quantidade de produtos farmacêuticos selecionados pelo sistema de saúde em relação ao que fornecido à população (30, 31). É bastante comum em publicações científicas, no entanto, o uso de expressões como “acesso a medicamentos” e “abastecimento de medicamentos” como sinônimos de disponibilidade, embora esses termos não sejam equivalentes entre si (30-32).

1 Para saber mais, consultar os **Capítulos 4** (participação institucional), **5** (financiamento e execução orçamentária), **7** (seleção), **8** (programação) e **9** (aquisição de medicamentos).

2 Para mais detalhes, consultar os **Capítulos 6** (força de trabalho) e **11** (infraestrutura).

Em termos operacionais, a disponibilidade de medicamentos é avaliada por meio de métodos quantitativos e qualitativos, com base em fontes de informação objetivas e subjetivas. Objetivamente, a disponibilidade pode ser analisada, por exemplo, por meio de bases de dados de dispensação e de registros próprios das unidades de dispensação (26, 27, 33). Outra maneira é a checagem, *in loco*, dos estoques de medicamentos presentes nessas unidades (8, 11, 28, 34). Dentre as formas subjetivas, destacam-se as percepções e experiências dos usuários, dos profissionais de saúde e dos gestores do SUS (9, 11, 26, 34-36).

Há, ainda, diversas formas de mensurar a disponibilidade. Alguns autores consideram, por exemplo, a presença de pelo menos uma unidade do medicamento nos estoques das unidades de dispensação como sendo indicador da disponibilidade daquele item (8, 11, 28, 34). Outros autores realizam a comparação entre o que foi prescrito e o que foi efetivamente dispensado aos usuários nas unidades de dispensação (27, 37). Porém, é consenso entre os diversos autores, que a medida da disponibilidade nos municípios deve sempre ser relacionada às suas listas de medicamentos essenciais – Remume – ou, na falta dessas listas, pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Renome –, de modo a não superestimar ou subestimar as estimativas de disponibilidade (8, 11, 27, 28, 34).

Algumas pesquisas sobre disponibilidade de medicamentos na APS trabalham com uma lista reduzida de medicamentos, chamados traçadores ou medicamentos-chave. Esses medicamentos são escolhidos a partir de uma lista de medicamentos usados para as principais condições de saúde da população de modo a permitir realizar uma avaliação rápida da disponibilidade de medicamentos (8, 11, 28, 34). Já outros autores trabalham com todo o conjunto de medicamentos selecionados pelo município (27).

Os resultados da avaliação da disponibilidade podem ser apresentados em conjunto, considerando-se todos os medicamentos analisados ou separando-os de acordo com sua classe terapêutica, classe farmacológica ou substância química (8, 11, 27, 28, 34). Em função das múltiplas abordagens metodológicas, a comparação direta entre os resultados dos estudos sobre a disponibilidade de medicamentos deve ser realizada com cautela (27).

Este capítulo apresenta a síntese de evidências sobre a disponibilidade de medicamentos nos municípios brasileiros no contexto da APS.

Como está a Disponibilidade de medicamentos na Atenção Primária à Saúde?

Como salientado anteriormente, há várias maneiras para estimar a disponibilidade de medicamentos. Os trabalhos selecionados para esta síntese estimaram a disponibilidade nas unidades de dispensação a partir dos medicamentos em estoque, por meio da comparação entre as prescrições médicas e os medicamentos dispensados e de acordo com as percepções e experiências dos gestores e profissionais de saúde e dos usuários. Os resultados das diferentes abordagens estão destacados a seguir.

Medicamentos em estoque como medida da Disponibilidade

Três tipos de indicadores de disponibilidade foram estimados a partir dos medicamentos em estoque nas unidades de dispensação: a disponibilidade geral, considerando todo o conjunto de medicamentos armazenados, a disponibilidade por classes farmacológicas e por substâncias químicas.

A disponibilidade geral de medicamentos armazenados nas unidades de dispensação da APS varia entre 51,4% e 61,0% no Brasil, de acordo com levantamentos municipais, estaduais e nacionais (11, 34, 37). Em pesquisa nacional, a disponibilidade média foi estimada em 52,9% (11) (Figura 1).

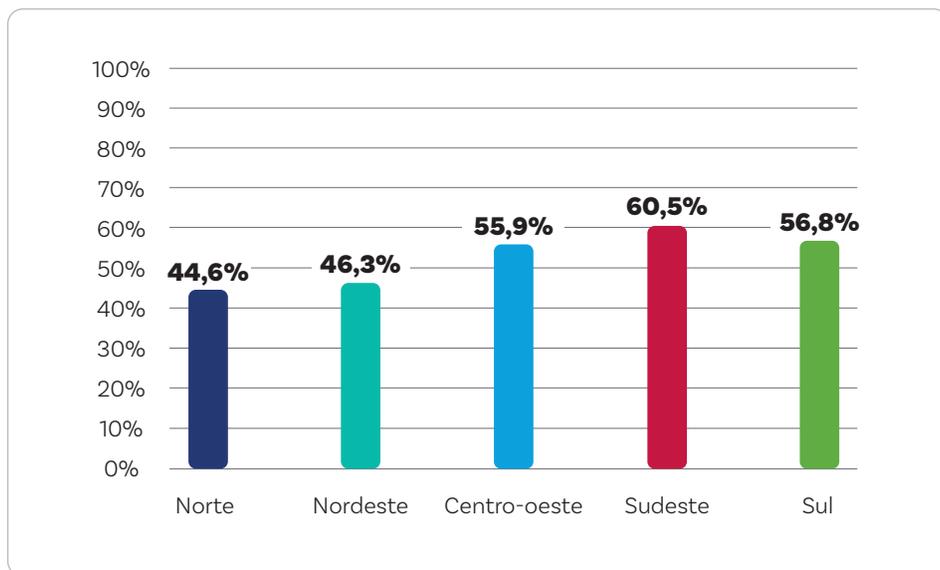
FIGURA 1 - Disponibilidade de medicamentos nas unidades de dispensação da Atenção Primária Saúde em diferentes estudos



Fonte: Adaptado de Nascimento e col (11), Barbosa e col (34) e Bittencourt e col (37).

A disponibilidade média geral de medicamentos de acordo com a região do país varia significativamente, como pode ser visto na Figura 2 (11). As regiões Sudeste (60,5%) e Sul (56,8%), por exemplo, apresentaram disponibilidades médias mais elevadas, enquanto Nordeste (46,3%) e Norte (44,6%) tiveram o pior desempenho desse indicador (Figura 2).

FIGURA 2 - Disponibilidade geral de medicamentos nas unidades de dispensação da Atenção Primária à Saúde por região

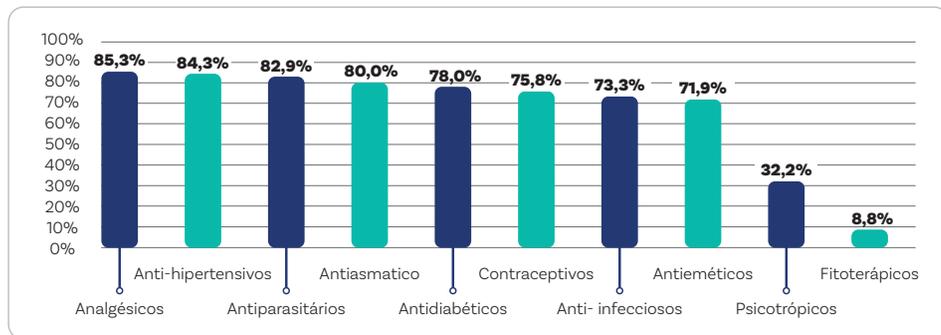


Fonte: Adaptado de Nascimento e col (11).

Considerando-se a disponibilidade de medicamentos armazenados nas unidades de dispensação, segundo as suas classes farmacológicas, as pesquisas realizadas no país mostram que as estimativas variam bastante. De modo geral, a disponibilidade costuma ser mais elevada para algumas classes em comparação a outras (11, 28, 34).

Pesquisa de âmbito nacional revelou que a disponibilidade média de classes farmacológicas nas unidades de dispensação do Brasil variou entre 8,8% e 85,3% e nenhuma delas teve 100% de disponibilidade (11). A Figura 3 apresenta o *ranking* das estimativas de disponibilidade. Observa-se que os analgésicos aparecem em primeiro lugar, com 85,3% de disponibilidade e os menos disponíveis são os psicotrópicos, com 32,2% e os fitoterápicos, com 8,8%.

FIGURA 3 - Disponibilidade média das classes farmacológicas de medicamentos em estoque nas unidades de dispensação da Atenção Primária à Saúde do Brasil



Fonte: Adaptado de Nascimento e col (11).

A análise de Top 3, representada no Quadro 1, mostra as três classes farmacológicas mais disponíveis e as três menos disponíveis nos estoques das unidades de dispensação, segundo regiões do Brasil (11). Os valores mais elevados foram encontrados nas regiões Sul e Sudeste, respectivamente para anti-hipertensivos (91,8%) e analgésicos (95,3%). Os psicotrópicos e os fitoterápicos estiveram entre as classes menos disponíveis em todas as regiões brasileiras.

QUADRO 1 - Análise de Top 3 das classes farmacológicas mais e menos disponíveis nas unidades de dispensação da Atenção Primária à Saúde, segundo região

REGIÃO	CLASSES MAIS DISPONÍVEIS	CLASSES MENOS DISPONÍVEIS
Norte	Analgésicos (73,9%) Anti-hipertensivos (73,5%) Antiparasitários (70,3%)	Antieméticos (54,3%) Psicotrópicos (15%) Fitoterápicos (9,8%)
Nordeste	Anti-hipertensivos (85,9%) Antiparasitários (84,2%) Analgésicos (80,6%)	Antieméticos (65,3%) Psicotrópicos (10,6%) Fitoterápicos (2,8%)
Centro-Oeste	Anti-hipertensivos (86,1%) Analgésicos (85,9%) Antiparasitários (83,1%)	Antieméticos (76,5%) Psicotrópicos (41,6%) Fitoterápicos (12,4%)
Sudeste	Anti-hipertensivos (91,8%) Antiparasitários (91,2%) Antidiabéticos (91,1%)	Antieméticos (76,5%) Psicotrópicos (48%) Fitoterápicos (13,9%)
Sul	Analgésicos (95,3%) Antiparasitários (85,7%) Anti-hipertensivos (84%)	Anti-infecciosos (76,5%) Psicotrópicos (45,7%) Fitoterápicos (10,8%)

Fonte: Adaptado de Nascimento e col (11).

A disponibilidade segundo substâncias químicas também foi avaliada em pesquisas de âmbito nacional e estadual (11, 34). As três substâncias mais disponíveis, em média, no Brasil, foram os sais para reidratação oral (91,9%), o paracetamol (90,1%) e o sulfato ferroso (89,9%) (11). No entanto, as regiões do país revelam diferenças no que se refere ao *ranking* da maior e menor disponibilidade (Quadro 2).

QUADRO 2 - Substâncias químicas mais e menos disponíveis nas unidades de dispensação da Atenção Primária à Saúde, segundo região

REGIÃO	SUBSTÂNCIAS MAIS DISPONÍVEIS	SUBSTÂNCIAS MENOS DISPONÍVEIS*
Norte	Sais para reidratação oral (88,0%)	Estrógenos conjugados creme vaginal (10,2%)
Nordeste	Sulfato ferroso (89,7%)	Fluoxetina (8,8%)
Centro-Oeste	Sulfato ferroso (89,5%)	Espinheira-santa (7,2%) e Aroeira (7,2%)
Sudeste	Sais para reidratação oral (95,8%)	Unha-de-gato (9,5%)
Sul	Paracetamol (98,9%)	Guaco (11,5%)

Fonte: Adaptado de Nascimento e col (11).

Nota: *excluídos todos os medicamentos com disponibilidade muito baixa, de menos de 5%. Vários medicamentos tiveram disponibilidade muito baixa, notadamente fitoterápicos, motivo pelo qual optou-se pelo ponto de corte de 5%.

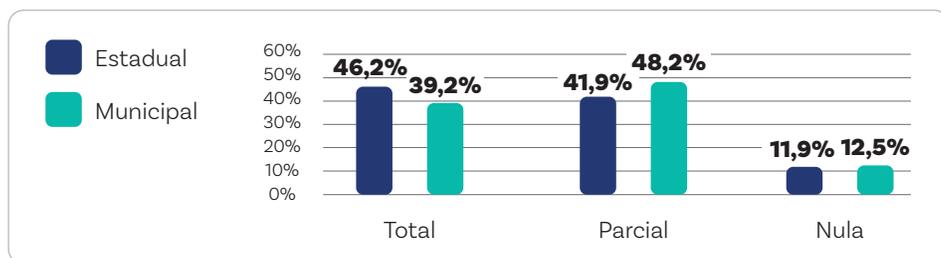
Prescrições e medicamentos efetivamente dispensados como medida da Disponibilidade

Uma outra forma de estimar a disponibilidade é por meio da análise das prescrições e dos medicamentos efetivamente dispensados. Duas pesquisas em Minas Gerais adotaram essa abordagem, uma com amostragem estadual (38) e outra de âmbito municipal (27). Nesses estudos foram incluídos somente os medicamentos constantes das listas de medicamentos municipais (Remume) e foi considerado cada medicamento prescrito e dispensado na sua respectiva quantidade para atender a duração do tratamento de cada usuário. Dessa forma, foi possível estimar as demandas atendidas e não atendidas na APS.

A disponibilidade da prescrição nas duas pesquisas está apresentada na Figura 4. Os resultados são semelhantes, mostrando que menos da metade dos usuários receberam seus medicamentos prescritos de forma

integral (46,2% deles, na pesquisa estadual e 39,4%, na pesquisa municipal). Entre 41,9% e 48,2% dos usuários na pesquisa estadual e municipal, respectivamente, receberam apenas parte dos medicamentos prescritos e por volta de 12% dos usuários não obtiveram nenhum produto (27, 38).

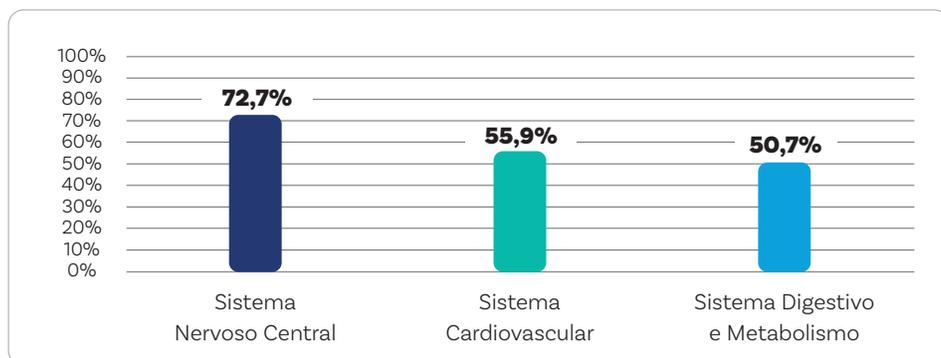
FIGURA 4 - Disponibilidade da prescrição na Atenção Primária à Saúde em pesquisa de abrangência estadual e municipal



Fonte: Bueno e col (27) e Luz e col (38).

Em ambos os estudos (27, 38) foi verificado que os medicamentos com atuação no sistema cardiovascular foram os mais prescritos (41,8% na pesquisa estadual e 48,8%, na municipal) seguidos dos medicamentos com atuação no sistema digestivo e metabolismo (16,0% na pesquisa estadual e 16,6% na municipal) e no sistema nervoso central (15,2% na pesquisa estadual e 14,0% na municipal). A Figura 5 mostra a disponibilidade, nas unidades de dispensação, dos grupos de medicamentos mais prescritos, de acordo com a pesquisa estadual (38).

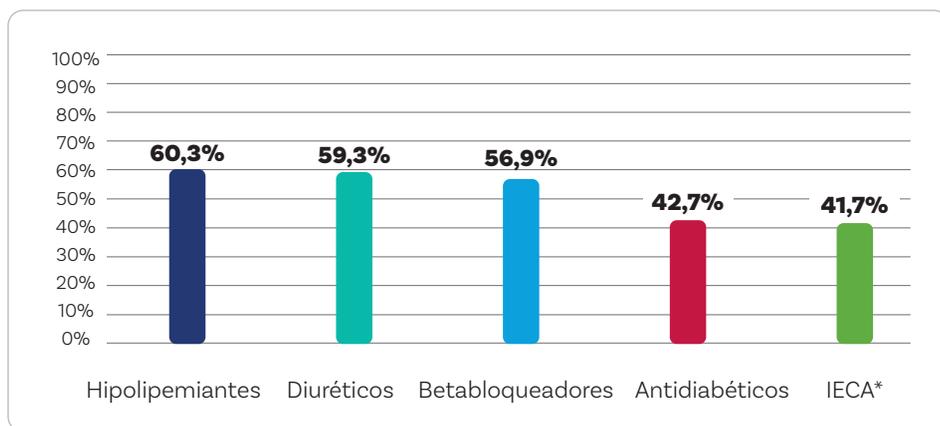
FIGURA 5 - Disponibilidade, nas unidades de dispensação, dos três grupos anatómicos de medicamentos mais prescritos na Atenção Primária à Saúde, Minas Gerais



Fonte: Luz e col (38).

Com relação às classes farmacológicas, a análise de Top 5 mostra a disponibilidade das cinco classes farmacológicas mais prescritas. Os resultados estão na Figura 6.

FIGURA 6 - Disponibilidade, nas unidades de dispensação, das cinco classes farmacológicas de medicamentos mais prescritas na Atenção Primária à Saúde, Minas Gerais



Fonte: Luz e col (38).

Nota: * Inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina.

Percepções e experiências como medida da disponibilidade

Estudos que avaliam a disponibilidade de medicamentos na APS por meio das percepções e experiências de gestores e profissionais de saúde e de usuários ainda são escassos na literatura.

Pesquisas realizadas em Minas Gerais com representatividade estadual e municipal mostram que entre 75% e 87% dos gestores avaliam a disponibilidade de forma positiva (38, 39, 40). A fala de um gestor municipal (39), a seguir, ilustra essa percepção:



“... a medicação não falta, a gente consegue manter um estoque bom de medicação pra todo mundo, a gente consegue manter isso, tá, com a medicação que nós temos na nossa lista, né?”

(Gestor Municipal)

Fonte: Luz e col (39) e Imagem - Flaticon ©.

Com relação aos profissionais de saúde, as pesquisas mostram que eles tendem a ter opiniões um pouco mais conservadoras do que os gestores em relação à disponibilidade de medicamentos na APS. Uma pesquisa nacional mostrou, por exemplo, que para 58,8% dos médicos, a disponibilidade foi considerada muito boa ou boa (11). Por outro lado, 38,0% dos responsáveis pela dispensação de medicamentos relataram que frequentemente há faltas de medicamentos nas unidades dispensadoras da APS (11).

Em Minas Gerais, as pesquisas de representatividade estadual mostram que entre 69,2% e 79,0% dos farmacêuticos das unidades de dispensação consideraram a disponibilidade muito boa ou boa (38, 40). A fala a seguir ilustra essa percepção (38):

“Está boa, eu diria ótima! Deve ter uns 5 medicamentos praticamente que estão em falta no momento, algumas faltas crônicas por causa da licitação, mas a maioria é falta pontual.”

(Farmacêutico de unidade de dispensação)



Fonte: Luz e col (38) e Imagem - Flaticon ©.

Em outro estudo de abrangência municipal, também realizado em Minas Gerais, porém, os resultados vão em outra direção (39). Nessa pesquisa, a maioria dos farmacêuticos das unidades de dispensação afirmam que os usuários estão obtendo parcial ou não estão conseguindo obter seus medicamentos (35). A fala a seguir ilustra essa percepção (39):



“[Acesso a medicamentos] Parcialmente né, porque a gente tá num período de desabastecimento. Parcialmente porque o que tem disponível em uma farmácia tem nas outras também. E o que falta, falta em todas.”

(Farmacêutica de unidade de dispensação)

Fonte: Luz e col (39) e Imagem - Flaticon ©.

Os usuários, por sua vez, relatam outras experiências nas unidades de dispensação da APS. Pesquisas de abrangência nacional e estadual, em Minas Gerais, mostraram que, nos últimos três meses, aproximadamente dois terços deles declararam obter sempre ou repetidamente os seus medicamentos (11, 26). A pesquisa nacional mostrou, ainda, que na maioria das vezes em que não houve fornecimento dos medicamentos prescritos, nenhuma orientação foi repassada pela unidade dispensadora (75,6%) e em apenas 10,9% dos casos, a falta de medicamentos foi informada (11).

Outro trabalho, também realizado em Minas Gerais, adotou um período recordatório um pouco maior, de 6 meses, e revelou que cerca de 69% dos usuários informaram não ter obtido medicamentos que foram buscar nas unidades de dispensação da APS. Desses, mais da metade relataram ter adquirido os medicamentos em falta em farmácias particulares. Quando perguntados sobre o que sentem falta nas unidades de dispensação, a maioria dos usuários relatou sentir falta dos medicamentos. A fala a seguir ilustra essa visão (38):

“Falta dos medicamentos mesmo né? Sempre falta, é isso. Eu gostaria que viessem mais remédios pra gente ter condições de tratar da saúde da gente direito.”

(Usuária)



Fonte: Luz e col (38) e Imagem - Flaticon ©.

Na mesma direção, um estudo de abrangência municipal mostrou que a maioria dos usuários não conseguiu obter todos os seus medicamentos (35, 39). A fala a seguir ilustra essa experiência (35):



“Este medicamento que eu preciso está sempre em falta. No último mês eu vim aqui e estava em falta. Agora novamente... Você sabe, eu preciso tomar ele! O que eu posso fazer agora? Vou precisar encontrar um jeito. Não posso ficar sem tomar, certo?”

(Usuário)

Fonte: Luz e col (35) e Imagem - Flaticon ©.

Considerações Finais

As evidências apresentadas nesse capítulo mostram que a disponibilidade de medicamentos na APS está bastante inadequada, variando, em média, entre 40% e 50%, dependendo da forma como foi estimada. Além disso, as pesquisas mostram disparidades regionais, com uma pior disponibilidade para os estados localizados na região Norte e Nordeste.

Análises de medicamentos nos estoques das unidades de dispensação revelam uma situação ainda mais crítica. Dependendo da classe terapêutica ou farmacológica do medicamento armazenado, como é o caso dos psicotrópicos, a disponibilidade pode ficar em torno de apenas 30%.

Para se ter um maior entendimento das necessidades dos usuários, é preciso analisar informações que possam refletir adequadamente a demanda. Nesse sentido, estudos de prescrição e dispensação, com base nas listas de medicamentos essenciais dos municípios, mostram que menos da metade dos usuários conseguiu obter a disponibilidade integral de seu tratamento prescrito. Dentre os medicamentos mais prescritos, como aqueles com ação no sistema cardiovascular e no sistema digestivo e metabolismo, por exemplo, a disponibilidade verificada foi apenas mediana, com percentuais muito aquém do preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que estabeleceu como meta uma disponibilidade mínima de 80% para medicamentos essenciais (41).

As percepções de gestores, profissionais de saúde e de usuários sobre a disponibilidade de medicamentos essenciais na APS, por outro lado, são ainda pouco exploradas em estudos realizados no país. Ainda assim, é interessante notar a ocorrência de marcantes divergências entre as percepções dos diferentes atores e também em relação à disponibilidade avaliada de maneira objetiva e quantitativa. De modo geral, a tendência de gestores e de alguns profissionais é de superestimar a disponibilidade nas unidades de dispensação. Já os usuários e os profissionais que lidam diretamente com eles, têm uma visão que se aproxima mais da realidade.

Em resumo, em oposição ao preconizado pelas diretrizes do SUS que preveem o acesso integral e gratuito aos medicamentos pela população, as evidências apresentadas nesse capítulo destacam o grande desafio

que gestores e profissionais têm diante de si para a garantia da disponibilidade de medicamentos aos usuários da APS.

Tendo em vista que a falta de medicamentos impacta, sob os pontos de vista clínico, humanístico e econômico, tanto os usuários quanto o próprio sistema de saúde, é preciso estabelecer planos de ação e estratégias, especialmente direcionadas à otimização dos processos relacionados à gestão técnica dos medicamentos e à qualificação de recursos humanos da AF municipal, observando as necessidades dos diferentes territórios.

Referências

1. BRASIL. **Lei Federal nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,-correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs. Acesso em: 30 ago. 2022.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916**, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 out. 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 30 ago. 2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 338**, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 mai. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em 12 ago. 2022.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 30 ago. 2022.
5. CHAVES, L. A. et al. Desabastecimento, uma questão de saúde pública global: sobram problemas, faltam medicamentos. In: PORTELA, M. C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. (eds). **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19. Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 103-115. Informação para ação na Covid-19 series. Disponível em: https://educare.fiocruz.br/resource/show?id=Gv_C6Ldf. Acesso em: 30 ago. 2022.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Os serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://assistencia-farmacutica-ab.conasems.org.br/publicacoes/colecao/af-profissionaisde-nivel-superior/>. Acesso em: 30 ago. 2022.
7. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Instrumento de referência dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica**. Brasília, DF: CONASEMS, 2021. 72 p. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/09/Cartilha_Finalizando.pdf. Acesso em 30 ago. 2022.
8. MENDES, L. V. et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 109-123, 2014.
9. ÁLVARES, J. et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl. 2, p. 20s, 2017.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Assistência Farmacêutica: da organização ao acesso a medicamentos e os desafios de sua integração à rede de atenção do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://assistencia-farmacutica-ab.conasems.org.br/publicacoes/colecao/af-profissionaisde-nivel-superior/>. Acesso em: 30 ago. 2022.

11. NASCIMENTO, R. C. R. M. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl.2, p. 10s, 2017.
12. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Access to medicines: making market forces serve the poor**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/essential-medicines/fair-price/chapter-medicines.pdf?sfvrsn=adcffc8f_4&download=true. Acesso em: 30 ago. 2022.
13. ALVES, J. C.; LAW, M. R.; LUZ, T. C. B. Prevalence and factors associated with out-of-pocket pharmaceutical expenditure among primary health care patients: evidence from the Prover Project. **Value in Health Regional Issues**, v. 30, p. 83-90, 2022.
14. ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 6, p. 1737-1746, 2005.
15. INTERNATIONAL PHARMACEUTICAL FEDERATION. **Statement of policy on medicines shortages**. IPF, 2021. Disponível em: <https://www.fip.org/file/4786>. Acesso em: 30 ago.
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe**. WHO, 2019. Disponível em : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311654/9789289054058-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 12 ago. 2022.
17. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Conta-satélite de saúde Brasil: 2010-2017**. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101690_notas_tecnicas.pdf. Acesso em: 01 nov. 2022.
18. VIEIRA, F. S.; SANTOS, M. A. B. D. **O Setor farmacêutico no Brasil sob as lentes da conta-satélite de saúde**. Texto para discussão. Brasília : Rio de Janeiro : IPEA, 2020. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10328/1/td_2615.pdf. Acesso em: 01 nov. 2022.
19. WANNMACHER, L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. **Uso Racional de Medicamentos: temas selecionados**, v. 3, n. 2, p. 1-6, 2006.
20. BRASIL. **Decreto nº 5813**, de 22 de junho de 2006. Aprova a Política Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 jun. 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/decreto/d5813.htm. Acesso em: 12 ago. 2022.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 971**, 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 mai. 2006. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/38%20-%20BRASIL_%20MINIST%3%89RIO%20DA%20SA%3%9A-DE_%20Portaria%20n%C2%BA%20971,%20de%2003%20de%20maio%20de%202006_.pdf. Acesso em 12 ago. 2022.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial nº 2.960**, de 9 de dezembro de 2008. Aprova o Programa Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos e cria o Comitê Nacional de Plantas Mediciniais e Fitoterápicos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 10 dez. 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri2960_09_12_2008.html. Acesso em 12 ago. 2022.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 886**, 20 de abril de 2010. Institui a Farmácia Viva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 abr. 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt0886_20_04_2010.html. Acesso em 12 ago. 2022.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação**. Relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 125 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmaceutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf. Acesso em 12 ago. 2022.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais no município**: operacionalização e prática. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://assistencia-farmaceutica-ab.conasems.org.br/publicacoes/colecao/af-profissionaisde-nivel-superior/>. Acesso em 12 ago. 2022.

26. BARBOSA, M. M. et al. Access to medicines in the Brazilian Unified Health System's primary health care: assessment of a public policy. **Journal of Comparative Effectiveness Research**. v. 10, n. 10, p. 869-879, 2021.
27. BUENO, M. A. M.; SIMÕES, T. C.; LUZ, T. C. B. Diferenças na disponibilidade de medicamentos prescritos na Atenção Primária: evidências do Projeto Prover. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 3, p. 1191-1203, mar. 2021.
28. ROCHA, W. H. et al. Influence of pharmaceutical services organization on the availability of essential medicines in a public health system. **Journal of Comparative Effectiveness Research**, v. 10, n. 6, p. 519-532, 2021.
29. BARROS, R. D. de. et al. Acesso a medicamentos: relações com a institucionalização da assistência farmacêutica. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, suppl. 2, p. 8s, 2017.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Componente Avaliação dos Serviços de Assistência Farmacêutica Básica**: introdução, método e instrumentos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 140 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente_avaliacao_assistencia_pnaum_caderno2.pdf. Acesso em: 30 ago. 2022.
31. PENCHANSKY R.; THOMAS, J. W. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. **Medical Care**, v. 19, n. 2, p. 127-140, 1981.
32. CHAVES, L. A. et al. Desabastecimento de medicamentos na literatura científica da saúde: uma revisão narrativa. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n. 1, 2019.
33. GUERRA JR, A. A. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 15, n. 3, p. 168-175, 2004.
34. BARBOSA, M. M. et al. Strategies to improve the availability of medicines in primary health care in Brazil: findings and implications. **Journal of Comparative Effectiveness Research**. v. 10, n. 3, p. 243-253. 2021.
35. LUZ, T. C. B. et al. Serviços farmacêuticos na Atenção Básica: há sintonia entre farmacêuticos e usuários? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2463-2474, 2017.
36. BARBOSA, M. M. et al. Avaliação da infraestrutura da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde em Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 8, p. 2475-2486, 2017.
37. BITTENCOURT, R. A. et al. Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, n. 2, p. 310-323, 2017.
38. LUZ, T.C.B. et al. Assistência Farmacêutica Básica em Minas Gerais: avaliação dos serviços e do provimento e uso de medicamentos. Projeto MedMinas. Grupo de Estudos Transdisciplinares de Tecnologias em Saúde e Ambiente-Getesa, Instituto René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Minas Gerais, Brasil. Nº do Contrato: APQ-04124-17. Financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais Fapemig, 2017.
39. LUZ, T. C. B. et al. Projeto Servir: avaliação do papel de serviços farmacêuticos no acesso a medicamentos em Divinópolis, Minas Gerais. Belo Horizonte: Grupo de Estudos Transdisciplinares em Educação em Saúde e Ambiente-Getesa, Instituto René Rachou, Minas Gerais, Brasil 2013.
40. LUZ, T.C.B. et al. Avaliação retrospectiva, situacional e prospectiva da Estratégia de Regionalização da Assistência Farmacêutica em Minas Gerais. Projeto ERAF. Grupo de Estudos Transdisciplinares de Tecnologias em Saúde e Ambiente-Getesa, Instituto René Rachou, Minas Gerais, Brasil. Financiado pelo Programa Inova Fiocruz, Edital Geração de Conhecimento, 2019.
41. WORLDHEALTHORGANIZATION. **Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020**. Geneva: WHO, 2013. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/?sequence=1>. Acesso em: 12 ago. 2022.

14

Uso racional de medicamentos

Thaciana Alcântara, Rafaella Silva e Tatiana Luz

A garantia da disponibilidade de medicamentos no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), discutida no **Capítulo 13**, é um dos objetivos do sistema de gestão técnica dos medicamentos da Assistência Farmacêutica (AF) (**Capítulo 3 - modelo lógico**), sendo também preconizada por políticas farmacêuticas nacionais. No entanto, a disponibilidade de forma isolada não assegura a otimização das condições de saúde dos usuários da APS, devendo ser combinada ao uso adequado dos medicamentos (1 - 5). Nesse sentido, se destaca a importância da promoção do uso racional e seguro dos medicamentos para possibilitar aos usuários a “obtenção de melhores resultados em sua saúde, evitando-se danos e, de forma mais ampla, para potencializar o uso mais eficiente dos recursos investidos na saúde” (4).

O uso racional de medicamentos (URM) e o uso seguro de medicamentos (USM) ganham ainda mais destaque em um cenário mundial em que 50% desses produtos são prescritos, dispensados ou utilizados de forma inadequada (6). No Brasil, por exemplo, estima-se que a grande maioria das pessoas (> 80%) que vão aos consultórios médicos anualmente recebe prescrição de medicamento. Deste percentual, porém, somente em cerca de 40% dos casos o tratamento é realizado e há cura ou controle do problema. Nos demais casos, pode haver falha terapêutica e a doença inicial não ser curada ou, ainda, o desenvolvimento de um novo problema de saúde. Qualquer dessas situações resulta em necessidade de consultas médicas e de tratamentos farmacológicos adicionais, hospitalizações e

até óbitos. Estima-se que anualmente são gastos R\$ 60 bilhões no Sistema Único de Saúde (SUS) com despesas médicas relacionadas à morbidade e à mortalidade associadas ao uso de medicamentos, dos quais metade poderia ser evitada (7).

A promoção do URM e do USM no Brasil é de responsabilidade dos gestores do SUS das três esferas, ou seja, da União, dos Estados e Municípios (1 - 3), bem como dos prescritores e dos demais profissionais de saúde (1, 4, 8).

Em termos conceituais, ainda não há consenso na literatura sobre o significado preciso de URM e de USM, mas esses são considerados complementares do processo de uso adequado dos produtos farmacêuticos (1, 4, 8 - 11). O URM requer que o usuário receba os medicamentos adequados às suas condições clínicas, em doses e duração apropriadas, ao menor custo para si e para a comunidade (6, 10). Já o USM requer que o usuário obtenha os benefícios terapêuticos e que ocorra, ao mesmo tempo, a minimização de riscos, incidentes e danos relacionados ao uso desses produtos (9).

A prescrição medicamentosa, por definição, é um dos principais requisitos para o URM, por isso alguns de seus aspectos legais e técnicos serão discutidos a seguir.

Aspectos legais e técnicos da prescrição de medicamentos: como avaliar?

No Brasil, os profissionais que prescrevem medicamentos devem seguir várias normas previstas em legislação e guias oficiais (12 - 17).

Dentre os requisitos básicos de uma prescrição, destacam-se a sua legibilidade, as informações do emissor, do usuário e dos medicamentos prescritos.

Com relação ao emissor, as prescrições devem conter o seu nome completo, o número de inscrição no respectivo conselho profissional e o endereço do consultório. Já com relação ao usuário, é necessário que contenha o seu nome e o endereço. Os medicamentos devem ter a especificação da denominação do fármaco, preferencialmente utilizando

-se a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI). Além disso, para cada medicamento prescrito deve ser registrada a sua forma farmacêutica, a concentração, a quantidade total, a via de administração, o intervalo entre as doses, a dose máxima por dia e a duração do tratamento. Por fim, toda prescrição deve ser datada e assinada com clareza e sem rasuras, de modo a garantir a comunicação efetiva entre prescritor, usuário e os outros profissionais de saúde, em especial farmacêutico e enfermeiro (1, 6, 12, 13, 17, 18, 19, 20).

Outro aspecto que deve ser considerado na prescrição de medicamentos é a sua qualidade farmacológico-clínica, que está diretamente relacionada à promoção do URM. Uma forma de avaliar os atributos das prescrições é por meio de indicadores, que podem ser qualitativos ou quantitativos (21). Esses indicadores permitem conhecer as práticas terapêuticas correntes, descrever as necessidades de medicamentos da população atendida e realizar comparações entre instituições.

Em termos operacionais, os indicadores permitem avaliar as prescrições do ponto de vista legal e técnico-científico. Do ponto de vista legal, autores destacam uma série de indicadores que medem desde a legibilidade da prescrição até o nível de detalhamento das informações relacionadas aos medicamentos, como posologia, via de administração, duração do tratamento, entre outros (22 - 24). O Quadro 1 resume alguns desses indicadores.

QUADRO 1 - Indicadores selecionados que medem os requisitos legais da prescrição

INDICADOR	FINALIDADE
Legibilidade, ausência de abreviaturas, rasuras e emendas.	Avaliar a escrita da prescrição quanto à clareza e facilidade de entendimento das informações registradas. Avaliar também a ausência de abreviaturas, rasuras e emendas na prescrição.
Dados do usuário	Avaliar a presença dos dados do paciente, tais como, nome completo, endereço e idade/data de nascimento na prescrição.
Dados do emissor	Avaliar a presença dos dados do emissor, tais como, o nome completo, número de registro do conselho profissional, endereço do consultório e assinatura na prescrição.
Data de emissão da prescrição	Avaliar a presença da data de emissão da prescrição.

QUADRO 1 - Indicadores selecionados que medem os requisitos legais da prescrição (continuação)

INDICADOR	FINALIDADE
Dados sobre o medicamento	Avaliar a presença e adequação dos dados obrigatórios: identificação do medicamento, medicamento prescrito com nome oficial DCB ou DCI, concentração, dosagem, forma farmacêutica e quantidade.
Adequação da via de administração	Avaliar se a prescrição apresenta a descrição da via de administração e se está de acordo com o protocolo do tratamento.
Adequação da posologia	Avaliar se a prescrição apresenta a descrição da posologia e se está de acordo com o protocolo do tratamento.
Adequação do tempo de tratamento	Avaliar se a prescrição apresenta a descrição do tempo de tratamento e se está de acordo com o protocolo do tratamento.
Compleitude da prescrição	Avaliar a presença de todos os dados obrigatórios de acordo com arcabouço legal, como dados do usuário, dados do emissor, dados do medicamento, etc.

Fonte: Adaptado de Carvalho e col (22), Zanetti e col (23) e Bittencourt e col (24).

Nota: DCB - Denominação Comum Brasileira; DCI - Denominação Comum Internacional.

Já com relação aos aspectos de qualidade técnica, há vários indicadores disponíveis (25), sendo os mais conhecidos e utilizados aqueles propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (26). O Quadro 2 resume esses indicadores.

QUADRO 2 - Indicadores de qualidade da prescrição segundo a Organização Mundial de Saúde

INDICADOR	FINALIDADE
Número médio de medicamentos por prescrição	Avaliar o grau de polifarmácia.
Porcentagem de medicamentos prescritos pela DCB ou DCI	Avaliar a frequência para a prescrição de medicamentos pela DCB ou DCI.
Porcentagem de prescrições com pelo menos um antibiótico	Avaliar a frequência de prescrição de antibióticos.
Porcentagem de prescrições com pelo menos um medicamento injetável	Avaliar a frequência de prescrição de formas farmacêuticas injetáveis.
Porcentagem de medicamentos prescritos que pertencem à Lista de medicamentos Essenciais	Avaliar o grau de conformidade com a política nacional de medicamentos.

Fonte: Adaptado de WHO (26).

Nota: DCB - Denominação Comum Brasileira; DCI - Denominação Comum Internacional.

Este capítulo apresenta a síntese de evidências das prescrições de medicamentos nos municípios brasileiros no contexto da APS.

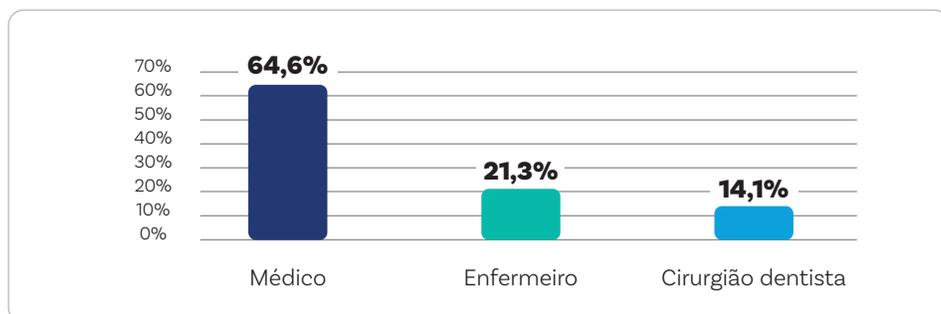
A prescrição de medicamentos na Atenção Primária à Saúde está de acordo com a legislação?

Como salientado, o URM requer que sejam prescritos os medicamentos apropriados à condição clínica do usuário, em doses que atendam às suas necessidades de saúde individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade (11). A prescrição é um documento com valor legal pelo qual aqueles que prescrevem, dispensam e administram os medicamentos se responsabilizam perante o usuário e sociedade. Um de seus objetivos principais é o fornecimento de instruções claras ao usuário e demais profissionais da saúde, garantindo a interpretação e a objetividade das informações descritas (27).

Uma forma de avaliar as prescrições de medicamentos na APS é por meio do cumprimento dos requisitos legais básicos. Entretanto, no âmbito da APS, há bastante carência de trabalhos que se dedicaram a avaliação destes requisitos (22 - 24).

Dentre os estudos incluídos neste capítulo, apenas um avaliou se todos os dados obrigatórios das prescrições foram contemplados (dados de identificação, dados do medicamento e informações de uso). Esse estudo verificou que apenas uma dentre 2.232 prescrições de antibióticos seguiu todas as recomendações propostas pelas normas (22). Além disso, foi observado que as informações estavam mais completas nas prescrições escritas pelos médicos do que por outros profissionais (Figura 1).

FIGURA 1 - Frequência de prescrições da Atenção Primária à Saúde contendo todos os dados obrigatórios, de acordo com a classe profissional do emissor



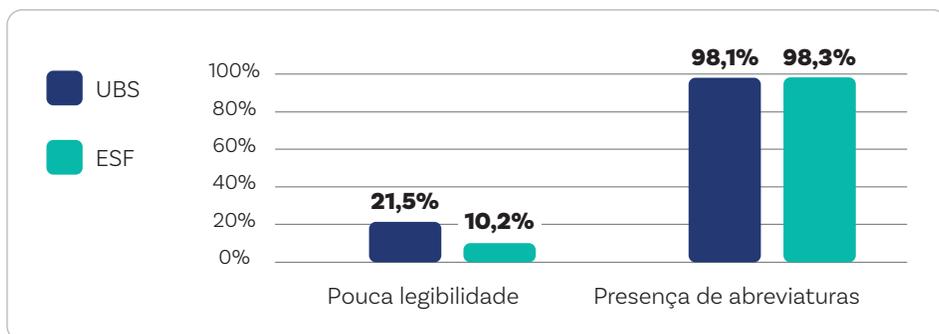
Fonte: Adaptado de Carvalho e col (22)

Dados de identificação

Os primeiros aspectos a serem observados em relação a prescrição são a legibilidade, as informações de identificação do usuário e do emissor e a data de emissão.

Uma pesquisa municipal avaliou o nível de adequação das prescrições de medicamentos em 28 unidades básicas de saúde (UBS) e 13 unidades da estratégia de saúde da família (ESF). Pouco mais de um quinto (21,5%) das prescrições das UBS e 10,2% das prescrições das ESF foram classificadas como pouco legíveis. Além disso, 98,1% das prescrições das UBS e 98,3% das prescrições das ESF apresentaram escrita abreviada (Figura 2) (23). Apesar da legislação exigir que as prescrições sejam legíveis e não contenham nenhum tipo de abreviatura, sigla ou símbolo, os prescritores recorrem a simplificação da redação, muitas vezes, para economizar tempo por conta da alta demanda de atendimento. Entretanto, esta prática pode acarretar dúvidas e interpretações errôneas na dispensação e utilização dos medicamentos prescritos (12, 23).

FIGURA 2 – Comparação das frequências de pouca legibilidade e da presença de abreviaturas nas prescrições entre as Unidades Básicas de Saúde e as de Estratégia de Saúde da Família



Fonte: Adaptado de Zanetti e col (23).

Nota: UBS - Unidades Básicas de Saúde; ESF - Estratégia de Saúde da Família.

No que diz respeito aos dados do usuário, nesse mesmo estudo, apesar de 100% das prescrições da UBS e ESF apresentarem o nome do usuário, apenas 40,2% das prescrições da UBS e 37,2% das prescrições da ESF apresentaram o endereço do usuário (23).

De forma semelhante, outra pesquisa municipal, que avaliou as prescrições de antimicrobianos na APS, relatou que 74,7% das prescrições apresentaram o nome completo do usuário e apenas 0,2% (de um total de 2.232 prescrições) descreveram a idade do usuário (22). Como ressaltado anteriormente, de acordo com a legislação, as informações referentes ao usuário, como nome e endereço residencial são dados obrigatórios da prescrição (12). Além disso, segundo a legislação específica de antimicrobianos, a idade ou data de nascimento do usuário é item obrigatório neste tipo de prescrição (28), uma vez que sua ausência pode aumentar as chances de erros (29).

Outro aspecto importante é a presença dos dados do emissor da prescrição. No estudo de Zanetti e colaboradores (23), apesar da maioria das prescrições da UBS e ESF apresentarem o nome do emissor e sua respectiva assinatura, em 17,4% das prescrições da UBS não constavam o endereço do consultório do emissor. A presença destes itens constitui uma possibilidade de responsabilização em casos de erro médico. Além disso, estas informações permitem que o usuário e o farmacêutico possam manter contato com o prescritor para esclarecimentos de dúvidas posteriores à consulta (8). Ademais, a falta destas informações pode facilitar a ocorrência de fraudes e falsificações.

Dados dos medicamentos e informações de uso

Todas as informações sobre o tratamento medicamentoso e/ou não medicamentoso a ser seguido devem constar na prescrição, de forma objetiva e dentro dos padrões definidos pelos órgãos reguladores (6, 8, 10, 17). No plano terapêutico, é necessário que seja considerada a autonomia do usuário e sua capacidade de autocuidado, as possíveis comorbidades e medicamentos em uso, seus efeitos colaterais e interações medicamentosas. Além disso, a idade precoce ou avançada do usuário pode determinar, por exemplo, a escolha da via, a apresentação do medicamento e as doses a serem prescritas para cada faixa etária. Dessa forma, as informações adequadas sobre o medicamento podem promover práticas seguras e prevenção de erros no uso de medicamentos (8).

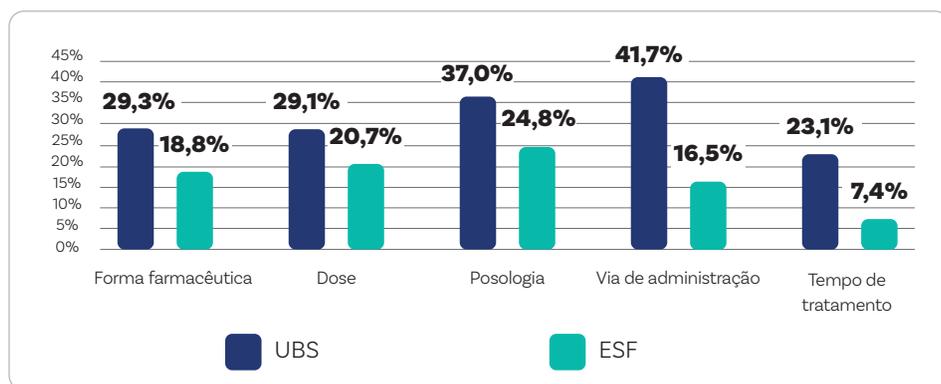
Em relação aos dados do medicamento, estudos de abrangência municipal mostraram que a taxa das prescrições escritas pelo nome oficial variou de 75,5% a 92,4% (23, 24). Esses resultados mostram uma grande

variação na adesão dos prescritores ao uso da denominação oficial, mesmo considerando que a legislação determine que 100% das prescrições do SUS sigam esse padrão (13).

Em uma pesquisa municipal foi observado que 43,7% das prescrições não apresentaram as informações de concentração do medicamento (22). Em outra pesquisa também de abrangência municipal foi relatado que 29,3% das prescrições da UBS e em 18,8% das prescrições da ESF não informaram a forma farmacêutica do medicamento. Além disso, 29,1% e 20,7% das prescrições da UBS e ESF, respectivamente, não informaram a dose do medicamento (23).

Ainda de acordo com estes autores, em relação aos elementos de informação de uso do medicamento, foi relatada uma taxa de ausência superior nas prescrições da UBS. As informações de posologia estavam ausentes em 37,0% das prescrições da UBS e em 24,8% das prescrições da ESF. A via de administração do medicamento não estava descrita em 41,7% (UBS) e 16,5% (ESF) das prescrições, assim como o tempo de tratamento foi ausente em 23,1% das prescrições da UBS e em 7,4% das prescrições da ESF (Figura 3) (23).

FIGURA 3 – Comparação da frequência de itens ausentes nas prescrições das Unidades Básicas de Saúde e das Unidades da Estratégia de Saúde da Família



Fonte: Adaptado de Zanetti e col (23).

Nota: UBS - Unidades Básicas de Saúde; ESF - Estratégia de Saúde da Família.

A ausência destes itens pode afetar diretamente a compreensão do usuário e acarretar problemas na utilização do medicamento, tratamentos inefetivos e desperdícios (23). A falta da descrição da forma far-

macêutica, dose ou via de administração em uma prescrição dificulta a dispensação, pode favorecer a troca do medicamento e gerar dúvidas sobre o tratamento. Além disso, a omissão das informações de tempo de tratamento pode acarretar em interrupção ou prolongamento do uso do medicamento pelo paciente, ocasionando prejuízos terapêuticos (31).

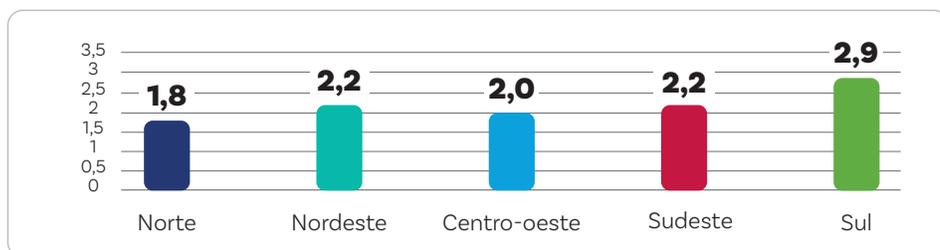
Como é a qualidade técnica da prescrição de medicamentos na Atenção Primária à Saúde?

Além dos aspectos legais, a prescrição deve atender, ainda, a requisitos de qualidade técnica. Os critérios propostos pela OMS (Quadro 2) não são os únicos, mas, nas pesquisas realizadas no país, eles são os mais utilizados, como se vê a seguir.

Número de medicamentos por prescrição

Apesar de, em alguns casos, ser necessário prescrever vários medicamentos para um determinado usuário, o número médio de medicamento por prescrição tem sido um indicador utilizado com o propósito de se identificar a ocorrência de polifarmácia (31). Segundo autores, há risco maior de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos quando esse número é maior do que cinco produtos farmacêuticos (32). A Figura 4 apresenta os resultados de um levantamento nacional (33). Observa-se que o número médio de medicamentos prescritos por consulta foi de 2,4, resultado superior à faixa de valores considerada padrão para o indicador (2 ou menos) (34). Além disso, houve variações regionais significativas, sendo 1,8 no Norte e 2,9 no Sul.

FIGURA 4 - Número médio de medicamentos prescritos por consulta médica, de acordo a região do país



Fonte: Adaptado de Lima e col (33).

Um levantamento realizado apenas com a população idosa, ou seja, com maiores de 60 anos de idade, mostrou uma média de medicamentos por prescrição mais elevada do que a média nacional, de 3,2 medicamentos (35).

Já a prevalência de polifarmácia, ou seja, de uso de mais de cinco medicamentos por idoso foi avaliada em várias pesquisas realizadas no país, variando de 16,8% a 20,5% (35 - 37).

Ainda que a idade avançada contribua para a maior necessidade de medicamentos devido ao aumento do número de comorbidades (31), é importante considerar os riscos associados à utilização de vários medicamentos, que pode desencadear efeitos colaterais, reações adversas e interações medicamentosas, levando a um consumo ainda maior de medicamentos, na tentativa de resolver os problemas relacionados a medicamentos nessa população (38).

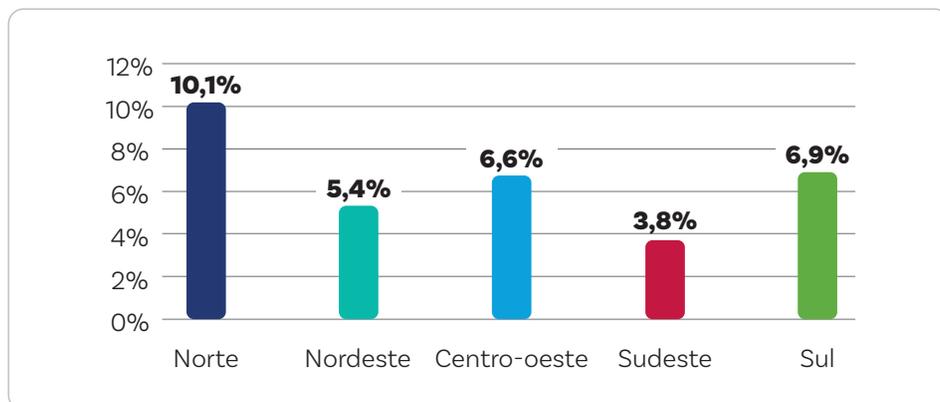
Prescrição de antibióticos

Outro indicador avaliado na APS é a prescrição de antibióticos. O principal problema quanto à prescrição de antibióticos é o seu uso abusivo, que pode gerar o desenvolvimento de microrganismos potencialmente resistentes a qualquer tratamento, acarretando graves consequências, até mesmo o óbito, ao paciente (39).

No Brasil, há mais de dez anos há regulamentação sanitária específica referente ao controle da dispensação de antibióticos (28). Assim, a retenção da prescrição desses medicamentos nas unidades que dispensam produtos desta classe terapêutica, passou a ser exigida. Esta resolução tem contribuído muito para a redução de prescrição de antibióticos e para o uso mais racional desses medicamentos desde então.

Estudo nacional mostrou, por exemplo que a frequência média nacional de usuários com prescrição de antibiótico foi de 5,8%, mas varia entre as regiões do país, sendo menor no Sudeste, com 3,8% e maior no Norte (10,1%) (Figura 5) (33).

FIGURA 5 - Proporção de usuários com prescrição de antibiótico, de acordo a região do país



Fonte: Adaptado de Lima e col (33).

Em uma pesquisa municipal essas frequências foram mais altas, 11,4% das prescrições da UBS e 10,7% das prescrições da ESF continham antibióticos (23). Outro estudo também municipal revelou um percentual de 9,7% de prescrição de antibióticos em relação ao total das prescrições (24).

Esses resultados reforçam a hipótese de que a legislação não só regulou o processo de dispensação, mas também deve ter influenciado o comportamento dos prescritores, aumentando a cautela quanto à prescrição de antibióticos na APS (23, 24, 33).

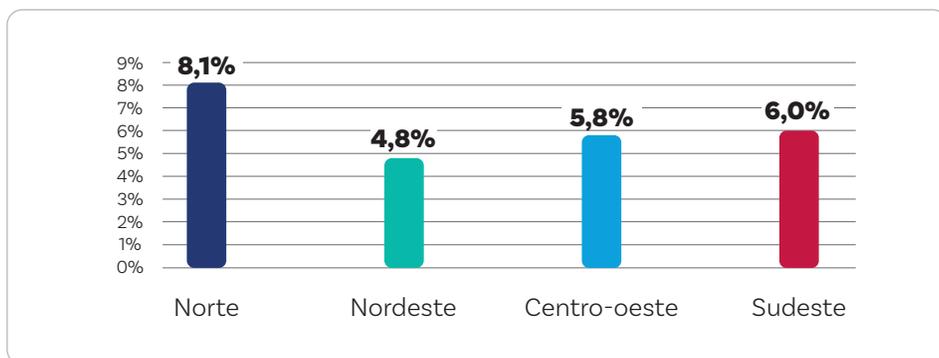
Prescrição de injetáveis

A prescrição de medicamentos injetáveis deve ser reservada a situações específicas devido ao risco de complicações decorrentes da administração de medicamentos por via parenteral (31). No Brasil, a prescrição de produtos injetáveis na APS usualmente tem sido restrita a procedimentos realizados nas unidades de saúde e quando os medicamentos não estão disponíveis no mercado farmacêutico, na via oral, como ocorre com a insulina (33). Dessa forma, de modo geral, os níveis de prescrição de injetáveis na APS são satisfatórios, como se vê a seguir (24, 33).

Estudos realizados no país mostram uma prevalência de prescrição de injetáveis que variam entre 3,7% e 8,1%, a depender da abrangência se municipal, regional ou nacional (24, 33). A média nacional de prescrição

de medicamento injetável foi de 6,0% (33). Ademais, os autores mostraram pequenas variações entre as regiões (Figura 6).

FIGURA 6 - Proporção de usuários com prescrição de injetável, de acordo a região do país



Fonte: Adaptado de Lima e col (33).

Prescrição de medicamentos essenciais

Antes de prescrever um medicamento, para qualquer faixa etária, este deve ser selecionado por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica com base em critérios de eficácia, segurança, conveniência, qualidade e comparação de custo favorável, como forma de garantir seu uso racional. Nesse sentido, listas de medicamentos essenciais foram criadas como meio de possibilitar o acesso aos medicamentos de qualidade a um maior número de pessoas ¹ (34).

No Brasil, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e suas atualizações vêm sendo publicadas há mais de 20 anos (1). No âmbito estadual e municipal, as listas de medicamentos essenciais, denominadas Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (Resme) e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume) atendem à dinâmica determinada, entre outros fatores, pela demanda local, mas contém os medicamentos da Rename (40).

O objetivo destes documentos é servir de ferramenta que oriente o URM prioritários à saúde pública no Brasil, envolvendo aspectos relativos

1 Para mais informações sobre a seleção de medicamentos, consultar o **capítulo 7**.

à atenção à saúde, como prescrição, dispensação, administração e utilização pelo usuário, bem como aqueles relacionados à gestão, abrangendo seleção, suprimento e acesso a estes medicamentos pela população (40).

Apesar do referencial técnico-científico recomendar a adesão dos prescritores às listas de medicamentos essenciais, as evidências apontam para uma grande variação na frequência com que isso acontece no contexto da APS. Estudos nacionais e municipais mostraram que o número de medicamentos prescritos de acordo com a Rename apresentou frequências de 55,2% (33) e 91,6% (35) (Figura 7). Já a frequência de medicamentos prescritos de acordo com a Remume foi de 67,7% (24); 88,0% (41) e 91,0% (23). Além disso, de acordo com estudo nacional, menos da metade dos usuários (45,1%) apresentou prescrições com todos os medicamentos baseados na lista (33). Segundo a OMS, o padrão considerado como ideal para este indicador é 100%, de forma que a proporção encontrada em alguns estudos foi insatisfatória e outros se aproximaram do padrão recomendado (42).

FIGURA 7 - Percentual de medicamentos prescritos na Atenção Primária à Saúde que constam das listas de medicamentos essenciais



Fonte: Adaptado de Lima e col (33) e Farias e col (35).

Uso de medicamentos potencialmente inapropriados

Outro aspecto importante que deve ser avaliado nas prescrições é a frequência de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados.

Um grupo particularmente sujeito ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados são os idosos, uma vez que poucos medicamentos são testados nessa população e, devido a fatores relacionados ao envelhecimento. Além disso, a presença de condições como confusão mental, depressão, deterioração funcional, incontinência ou retenção urinária e situações adversas como queda são frequentes. Por isso, alguns medica-

mentos devem ser evitados por esta população, como aqueles produtos de meia-vida longa, com atividade anticolinérgica potente ou com efeito sedativo (43).

Dessa forma, alguns autores se dedicaram à avaliação da prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos. Estudos de abrangência municipal mostram que a frequência de idosos com prescrição de pelo menos um medicamento potencialmente inapropriado variou de 31,3% a 75,9% (35 - 37). Além disso, os medicamentos potencialmente inapropriados referentes ao sistema nervoso central foram os mais prescritos (47,9%), seguidos por fármacos de ação no aparelho digestivo (29,3%) e no sistema musculoesquelético 24,1% (35).

Considerações finais

Apesar da carência de trabalhos que se dedicaram a avaliar as prescrições de medicamentos na APS, as evidências apresentadas nesse capítulo mostram que ainda existem vários desafios a serem superados pelos municípios no Brasil.

Em relação ao cumprimento dos aspectos legais das prescrições, os trabalhos mostram, por exemplo, a falta frequente de itens considerados obrigatórios, como endereço e idade dos usuários, bem como informações sobre os medicamentos prescritos, como dose, concentração, forma farmacêutica, posologia, via de administração e duração do tratamento. Além disso, há problemas relacionados à legibilidade, à adoção de abreviaturas e ao uso da DCB.

Em relação aos aspectos de qualidade técnica, os indicadores mais utilizados na avaliação das prescrições são os da OMS. De modo geral, as pesquisas mostram inconsistências entre os resultados encontrados na APS e o padrão sugerido pela organização.

O número médio de medicamentos prescritos, por exemplo, apresenta-se cerca de 20% superior à faixa de valores considerada para este indicador, principalmente para população idosa.

Já com relação ao indicador de prescrição de antibióticos, os valores estimados foram considerados satisfatórios, sendo uma provável explicação para esses resultados a publicação de legislação específica de controle da dispensação desses medicamentos.

A prescrição de medicamentos injetáveis apresenta baixa frequência, provavelmente devido à cautela para prescrição desse tipo de medicamento e pela disponibilidade de formas farmacêuticas mais convenientes ao usuário, como as orais.

As evidências apontaram, ainda, para grande variação na frequência da adesão dos prescritores às listas de medicamentos essenciais, de forma que em alguns estudos o nível foi considerado insatisfatório e em outros os valores se aproximaram do padrão recomendado.

O indicador de prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados mostrou grande variação na frequência, mas com valores elevados, entre 30% e 76%, nas prescrições para usuários idosos. A classe de medicamentos do sistema nervoso central a mais envolvida nessa situação.

Os resultados apontam a necessidade de capacitação dos prescritores do SUS para que façam escolhas terapêuticas racionais. É necessário aprimorar a qualidade técnico-legal das prescrições, considerando-se, ainda, as especificidades e necessidades regionais.

Vários países, especialmente os europeus, já abandonaram a lógica das prescrições em papel (formato físico), adotando a prescrição eletrônica (formato digital) (44). Dessa forma, em que pesem os investimentos elevados envolvidos na migração para sistemas informatizados de prescrição, associados aos desafios tecnológicos de segurança e de armazenamento de dados, a adoção desses sistemas pode tornar o processo de prescrição tecnicamente bem mais eficiente. Além disso, pode melhorar a dispensação e o controle de medicamentos, evitando erros, desperdícios e reduzindo custos.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916**, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 out. 1998. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 30 ago. 2022.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 338**, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 mai. 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em 12 ago. 2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436**, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 30 ago. 2022.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Os serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://assistencia-farmacutica-ab.conasems.org.br/publicacoes/colecao/af-profissionaisde-nivel-superior/>. Acesso em: 30 ago. 2022.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Serviços farmacêuticos técnico-gerenciais no município: operacionalização e prática**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_15.pdf. Acesso em: 30 ago. 2022.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting Rational Use of Medicines: Core Components**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67438/WHO_EDM_2002.3.pdf. Acesso em: 19 out. 2022.
7. FREITAS, G. R. M. et al. Drug-related morbidity in Brazil: a cost-of-illness model. **Value in health regional issues**, v. 17, p. 150-157, 2018.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos**. Protocolo coordenado pelo Ministério da Saúde e ANVISA em parceria com FIOCRUZ e FHEMIG. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://www.sbahq.org/resources/pdf/defesaprofissional/artigos/protocolos_seguranca_prescricao_uso_e_adm_medicamentos.pdf. Acesso em: 19 out. 2022.
9. AUSTRALIAN GOVERNMENT. **Site health.gov.au**. Safe use of medicines. Disponível em: <https://www.health.gov.au/health-topics/medicines/safe-use>. Acesso em: 09 dez. 2022.
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts**. Geneva: WHO, 1985. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40176/WHO_TRS_714.pdf. Acesso em: 19 out. 2022.
11. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Conceptual framework for the international classification for patient safety version 1.1: final technical report January 2009**. Geneva: WHO, 2010. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?sequence=4. Acesso em: 19 out. 2022.
12. BRASIL. **Lei nº 5.991**, de 17 de dezembro de 1973, Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1973. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/15991.htm. Acesso em: 10 nov. 2022.
13. BRASIL. **Lei nº 9.787**, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976. Dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 10 fev. 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19787.htm. Acesso em: 10 nov. 2022.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução RDC nº 80**, de 11 de maio de 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/rdc0080_11_05_2006.html. Acesso em: 10 nov. 2022.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução RDC nº 80**, de 11 de maio de 2006. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/rdc0080_11_05_2006.html. Acesso em: 10 nov. 2022.

16. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2007. 186 p.
17. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução CFF nº 586**, de 29 de Agosto de 2013. Regula a prescrição Farmacêutica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 set. 2013. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 19 out. 2022.
18. BRASIL. **Decreto nº 3.181**, de 23 de setembro de 1999. Regulamenta a Lei no 9.787, de 10 de fevereiro de 1999, que dispõe sobre a Vigilância Sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1999/decreto-3181-23-setembro-1999-345065-publicacaooriginal-1-pe.html>. 01 de dezembro de 2022 (1999b).
19. BRASIL. **Lei n. 9.787**, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei n. 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Brasília (DF); 1999. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9787.htm. 01 de dezembro de 2022 (1999C).
20. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 2.217**, de 27 de setembro de 2018. Código de Ética Médico. Disponível em: <http://www.cfm.org.br/codetic.htm>. Acesso em: 10 nov. 2022.
21. BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 10, n. 40, p. 87-93, 2008.
22. CARVALHO, H. E. F. et al. Análise de prescrições de antimicrobianos na Atenção Primária à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, 2020.
23. ZANETTI, M. O. B. et al. Adequação da prescrição de medicamentos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto-SP: estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 12, n. 39, p. 1-11, 2017.
24. BITTENCOURT, R. A. et al. Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 310-323, 2017.
25. FRÖHLICH, S. E., MENGUE, S. S. Os indicadores de qualidade da prescrição de medicamentos da Organização Mundial da Saúde ainda são válidos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2289-2296, 2011.
26. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **How to investigate drug use in health facilities**. Geneva: WHO; 1993. Disponível em: http://www.who.int/medicines/library/theme/theme_res.shtml. Acesso em: 19 out. 2022.
27. PEPE, Vera Lúcia Edais; OSORIO-DE-CASTRO, Cláudia Garcia Serpa; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Prescrição de medicamentos**. Brasil. Ministério da Saúde. Formulário terapêutico nacional, 2008. Disponível em: <http://www.toledo.pr.gov.br/intranet/ftn/docs/prescri.pdf>. Acesso em: 07 de novembro de 2022.
28. BRASIL. **Resolução da Diretoria Colegiada nº 20**, de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle dos medicamentos à base de substâncias antimicrobianas. Diário Oficial da União, Brasília, 9 de maio de 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/rdc0020_05_05_2011.html. Acesso em: 10 de novembro de 2022.
29. SILVA, A. L. D. et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 1033-1045, 2012.
30. PORTELA, A. D. S. et al. Prescrição médica: orientações adequadas para o uso de medicamentos?. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3523-3528, 2010.
31. FRÖHLICH, S. E. et al. Instrumento para avaliação do nível de conhecimento da prescrição na atenção primária. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, p. 1046-1054, 2010.
32. ROTH, M. T. et al. Measuring the quality of medication use in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 57, n. 6, p. 1096-1102, 2009.
33. LIMA, M. G. Indicadores relacionados ao uso racional de medicamentos e seus fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, 2017.
34. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Using indicators to measure country pharmaceutical situations: fact book on WHO level I and level II monitoring indicators** (No. WHO/TCM/2006.2). World Health Organization, 2006. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354554/WHO-TCM-2006.2-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 07 de novembro de 2022.

35. FARIAS, A. D. et al. Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: um estudo na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1781-1792, 2021.
36. AMORIM, W. W. et al. Physician and patient-related factors associated with inappropriate prescribing to older patients within primary care: a cross-sectional study in Brazil. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 139, p. 107-116, 2021.
37. GOMES, M. S. et al. Polypharmacy in older patients at primary care units in Brazil. *International Journal of Clinical Pharmacy*, v. 41, n. 2, p. 516-524, 2019.
38. GONTIJO, A. P. S. et al. Declínio cognitivo e uso de medicamentos na população de idosos institucionalizados de uma cidade do interior de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, p. 163-172, 2022.
39. SAMPAIO, P. D. S., et al. Implementação da nova regulamentação para prescrição e dispensação de antimicrobianos: possibilidades e desafios. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, p. 15-22, 2018.
40. WANNMACHER, L., Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Importância dos medicamentos essenciais em prescrição e gestão racionais. **Uso Racional de medicamentos: temas selecionados**, v. 2, n. 2, p. 15-20, 2012.
41. BUENO, M. A. M. et al. Diferenças na disponibilidade de medicamentos prescritos na Atenção Primária: evidências do Projeto Prover. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 1191-1203, 2022.
42. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The use of essential drugs: eighth report of the WHO Expert Committee** (including the revised Model list of essential drugs). World Health Organization, 1998. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42135>. Acesso em: 07 de novembro de 2022.
43. SPINEWINE, A. et al. Appropriate Prescribing in Elderly People: How Well Can it Be Measured and Optimised? **Lancet**, v. 370, n. 14, p. 173-84, 2007.
44. PELTONIEMI, T. et al. Electronic prescription as a driver for digitalization in Finnish pharmacies. **BMC Health Services Research**, v. 21, n. 1, p. 1-9, 2021.

15

Uso seguro de medicamentos

**Thaciana Alcântara, Betania Cota,
Rafaella Silva e Tatiana Luz**

Cuidados primários à saúde, assim como em outros níveis de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS), apresentam riscos inerentes de ocorrência de eventos adversos, seja por conta do ambiente onde são realizados ou por conta do tipo de ação em saúde realizada. Nesse sentido, se destaca a importância da promoção do uso seguro de medicamentos (USM), que requer que o usuário obtenha os benefícios terapêuticos e que ocorra, ao mesmo tempo, a minimização de riscos, incidentes e danos relacionados ao uso desses produtos (1).

De fato, no Brasil, a morbidade e a mortalidade associada aos medicamentos é um problema de saúde pública (2, 3). A adição ou omissão de doses, frequência ou horário de administração incorretos, descontinuação indevida e a automedicação são alguns exemplos dos problemas mais frequentes relacionados ao uso de medicamentos na população (2).

Entre os anos de 2010 e 2017, por exemplo, foram notificados 298.976 casos de intoxicação por medicamentos no país. Destes, 15,1% e 5,8%, respectivamente, foram devido a automedicação e erros de administração (4). Cerca de 20% das crianças que frequentam creches já sofreram pelo menos uma reação adversa causada por medicamentos (5).

Neste cenário, é importante ressaltar que a maioria dos medicamentos relacionados ao aumento da morbidade e da mortalidade no

Brasil está disponível na Atenção Primária à Saúde (APS) no SUS (3, 5). Assim, a APS pode, em muito, contribuir para o USM. Todos os profissionais de saúde da APS, por exemplo, têm um papel importante a desempenhar no USM. Os farmacêuticos e os dispensadores de medicamentos, em especial, ocupam uma posição estratégica por estarem entre os últimos profissionais em contato com o usuário, após a obtenção da prescrição de medicamentos e antes que esse deixe o sistema de saúde (6, 7). Dessa forma, esses profissionais não só asseguram que o usuário receba o medicamento certo, na dose certa, mas também garantam que esse indivíduo receba as orientações mínimas para usar sua farmacoterapia de forma segura e efetiva (8).

Os serviços de Cuidado Farmacêutico (**Capítulo 10**) e ações específicas para informação e educação em saúde direcionadas não somente aos usuários, mas a seus familiares, cuidadores e à equipe de saúde também são fundamentais para o USM. Além disso, a participação dos farmacêuticos e de outros profissionais em atuação nas unidades de dispensação da APS em comissões e/ou comitês institucionais e demais serviços de saúde é parte das iniciativas que favorecem o USM (9 - 12).

Apesar de ainda não se ter conhecimento sobre todos os fatores que afetam o USM, sabe-se que os usuários – e a população de forma geral – não possuem conhecimentos suficientes, sendo muitas vezes sujeitos passivos do processo de utilização de medicamentos, o que os coloca em uma situação de risco. Os medicamentos, por sua vez, são produtos de natureza complexa, exigindo cuidados específicos para que possam manter suas propriedades físico-químicas. Além disso, esses produtos possuem nomes químicos e de marca por vezes confusos para o público leigo, além de frequentemente serem acondicionados em embalagens sem informações suficientes para apoiar o uso e o armazenamento de forma segura nos domicílios (13).

Este capítulo apresenta a síntese de evidências relacionadas ao USM nos municípios brasileiros no contexto da APS. Primeiramente será abordado o nível de conhecimento do tratamento e, em seguida, o capítulo tratará do armazenamento domiciliar de produtos farmacêuticos e do descarte desses produtos pelos usuários.

O nível de conhecimento da prescrição de medicamentos

O conhecimento do usuário sobre seus medicamentos, bem como riscos e benefícios associados ao uso desses produtos é um pré-requisito para alcançar o resultado terapêutico desejado, além do USM (9, 14 - 17).

Conceitualmente, o conhecimento do tratamento medicamentoso pode ser definido como o domínio de um conjunto de informações sobre os elementos da farmacoterapia prescrita, como nomes dos medicamentos, indicações, frequências de dosagem, efeitos colaterais potenciais, advertências e precauções, contraindicações e interações medicamentosas (17).

O baixo nível de conhecimento do tratamento, por outro lado, pode acarretar várias consequências negativas, como baixa adesão ao tratamento, uso inseguro de medicamentos, abandono das terapias medicamentosas, ocorrência de eventos adversos, que podem contribuir para o aumento da morbidade, de internações hospitalares, de gastos adicionais e da mortalidade (17, 18).

Em termos conceituais e metodológicos, o nível de conhecimento dos usuários sobre seus medicamentos é uma construção multidimensional que ainda não possui uma definição consensual na literatura (19). Além disso, sua operacionalização ainda não está padronizada. Dentre os métodos utilizados para se estimar o nível de conhecimento dos usuários, recomenda-se selecionar, aleatoriamente, um dos medicamentos prescritos para avaliação (17, 20). Em seguida, são avaliadas as respostas de cada usuário a um ou mais dos seguintes indicadores: nome do medicamento, indicação terapêutica, posologia, horário de administração, duração do tratamento, efeitos colaterais e advertências (atitude em caso de doses perdidas). O Quadro 1 resume alguns dos indicadores mais utilizados para medir o nível de conhecimento da prescrição.

QUADRO 1. Indicadores que medem o nível de conhecimento da prescrição

INDICADOR (ELEMENTO DE CONHECIMENTO DA PRESCRIÇÃO)	FINALIDADE
Nome do medicamento	Avaliar se o usuário conhece a marca ou nome genérico do medicamento.
Dose	Avaliar se o usuário conhece a quantidade prescrita e intervalos de doses diárias (por exemplo, “um comprimido a cada oito horas”).
Modo de usar/via de administração	Avaliar se o usuário conhece o modo de uso do medicamento.
Horário de administração	Avaliar se o usuário conhece a hora exata ou período de ingestão conforme prescrito (por exemplo: ‘de manhã’, ‘depois do almoço’, ‘às 8h’).
Indicação	Avaliar se o usuário conhece a doença/condição que o medicamento se destina a tratar.
Duração do tratamento	Avaliar se o usuário conhece por quanto tempo o tratamento deve continuar.
Efeitos adversos	Avaliar se o usuário conhece os potenciais efeitos adversos do medicamento descritos nas diretrizes/farmacopeias.
Esquecimento de doses	Avaliar se o usuário conhece qualquer ação a ser tomada quando as doses de medicamentos são atrasadas ou omitidas de acordo com as diretrizes/farmacopeias (por exemplo, ‘tomar a próxima dose programada’, ‘chamar médico ou farmacêutico’).
Interação	Avaliar se o usuário conhece as interações do medicamento, tais como, medicamento-medicamento e/ou medicamento/alimento/bebida.

Fonte: Adaptado de Bittencourt e col (15), Luz e col (16) e Passagli e col (17).

Alguns autores avaliam todo o conjunto de indicadores ou a combinação de alguns deles para construir uma medida-sumário que representa o nível de conhecimento da prescrição. Autores como Passagli e colaboradores (17), por exemplo, avaliaram todos os indicadores do Quadro 1 e construíram um índice que posteriormente foi estratificado em três níveis (insuficiente, suficiente e ótimo). Usuários, com nível de conhecimento insuficiente, não conseguem usar o medicamento com segurança. Já os aqueles com nível suficiente podem usar o medicamento com segurança na ausência de complicações. Finalmente, os com nível ótimo conseguem utilizar o medicamento com segurança, sob quaisquer circunstâncias.

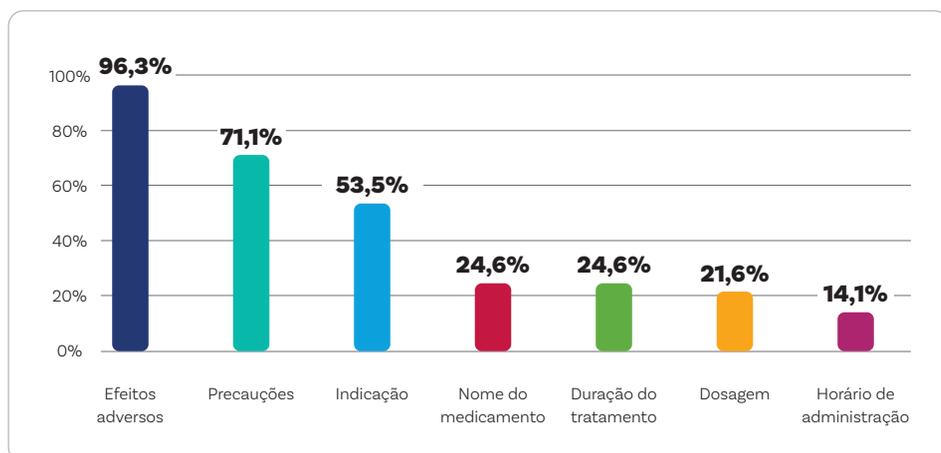
Apesar da importância do tema, existem poucos estudos no Brasil que avaliam o nível de conhecimento dos usuários em relação aos medicamentos (15 - 17).

Qual é o nível de conhecimento da prescrição dos usuários da Atenção Primária à Saúde?

Os estudos disponíveis sobre o nível de conhecimento da prescrição são de abrangência municipal (15 - 17). As pesquisas mostram que o nível de conhecimento dos usuários considerado ótimo ou total variou de 18,9% a 28,1% (15, 17), em função de diferenças metodológicas entre os diferentes trabalhos.

Pesquisa realizada em um município mineiro (17) mostrou que o nível de conhecimento dos usuários foi estimado como insuficiente para 30,1%, suficiente para 41,8% e ótimo para 28,1% dos usuários. Em relação aos indicadores da prescrição, a maioria respondeu incorretamente às perguntas relacionadas aos efeitos adversos (93,6%), às precauções (71,1%) e à indicação dos medicamentos prescritos (53,5%). Por outro lado, os indicadores como nome do medicamento (24,6%), duração do tratamento (24,6%), dosagem (21,6%) e horário de administração (14,1%) foram os envolvidos em menor frequência de erros (Figura 1) (17).

FIGURA 1 - Frequência de respostas incorretas dos usuários da Atenção Primária à Saúde sobre itens da prescrição de medicamentos, em pesquisa de abrangência municipal



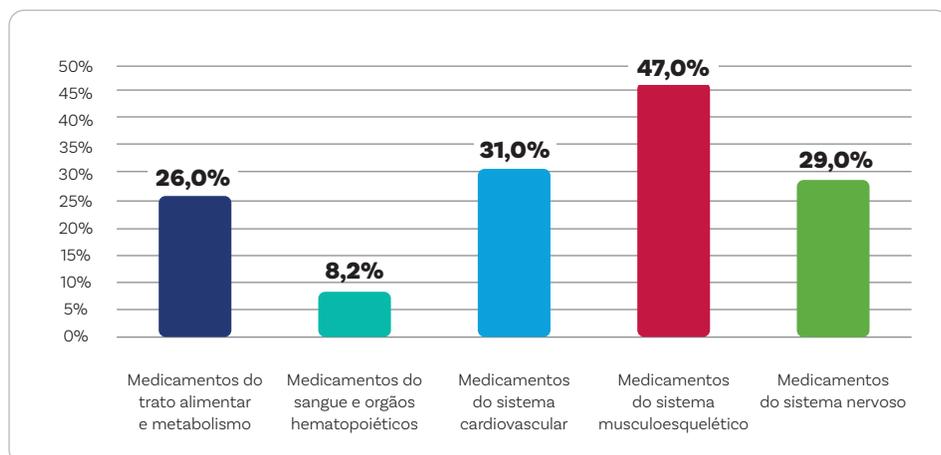
Fonte: Adaptado de Passagli e col (17).

Os acertos e os erros cometidos pelos usuários por indicador da prescrição confirmam estudo de Luz e colaboradores (16) que mostraram que a maioria não sabia os nomes, as indicações, o uso ou os possíveis efeitos colaterais relacionados aos medicamentos dispensados (16).

De modo semelhante, no estudo realizado em Uruguaiana, no Rio Grande do Sul (15), apenas 18,9% dos pacientes tinham conhecimento total da prescrição.

Análises do nível de conhecimento dos medicamentos prescritos por classes revelam diferenças importantes, destacando quais as classes terapêuticas precisariam de mais investimento em relação à orientação aos usuários pelos profissionais de saúde durante as consultas. Dessa forma, a pesquisa realizada no município mineiro (17) mostrou que níveis de conhecimento insuficiente em relação ao grupo dos medicamentos do sistema musculoesquelético foram observados em quase metade dos usuários e para cerca de um terço dos usuários de medicamentos com atuação no sistema nervoso central e no sistema cardiovascular. Por outro lado, considerando os medicamentos do sangue e órgãos hematopoiéticos, apenas 8,2% dos usuários apresentaram nível de conhecimento insuficiente (Figura 2).

FIGURA 2 – Distribuição do nível insuficiente de conhecimento da prescrição entre usuários da Atenção Primária à Saúde, por classes terapêuticas dos medicamentos, em pesquisa em pesquisa de abrangência municipal



Fonte: Adaptado de Passagli e col (17).

Importante destacar, no entanto, que ainda não há informações disponíveis sobre as razões pelas quais o nível de conhecimento da prescrição dos usuários da APS seja baixo, mas supõe-se que esteja relacionado, entre outros fatores, à falta ou falhas de comunicação entre o usuário e o prescritor. Além disso, é possível que durante as consultas os prescritores optem por não abordar questões de segurança relacionadas aos medicamentos com receio de que tais informações comprometam a adesão ou que os usuários desenvolvam esses efeitos por autossugestão. Postula-se, ainda, que as orientações aos usuários, durante a dispensação, não estejam sendo feitas em forma e em quantidade adequadas (21, 22).

Existem algumas características dos usuários que os tornam mais vulneráveis ao nível de conhecimento mais baixo?

Determinadas características dos usuários podem ajudar a explicar o nível de conhecimento da prescrição. Estudo municipal mostrou que características como escolaridade, número de doenças, uso prévio de medicamentos e capital social estão associadas ao nível de conhecimento insuficiente da prescrição (Figura 3) (17).

FIGURA 3 – Determinantes do nível de conhecimento insuficiente sobre os medicamentos prescritos no contexto da Atenção Primária à Saúde, em pesquisa de abrangência municipal



Fonte: Adaptado de Passagli e col (17).

No caso da escolaridade, a pesquisa mostrou que os usuários com menor escolaridade tiveram chances 50% maiores de apresentar nível de conhecimento insuficiente sobre sua prescrição. Os autores postulam que essa associação ocorra porque os usuários com menor escolaridade provavelmente fazem menos perguntas sobre seu tratamento durante as consultas médicas por se sentirem envergonhados ou desconfortáveis nessas situações.

Outra característica associada a um nível de conhecimento insuficiente da prescrição foi o menor número de doenças. Nesse caso, os usuários tiveram chance quase 40% maiores de apresentar pior desempenho em relação ao conhecimento da prescrição em comparação àqueles que possuem um número maior de doenças. Esse achado pode estar relacionado a um maior uso dos sistemas de saúde pelos indivíduos que apresentam mais doenças, aumentando as chances de os profissionais fornecerem orientações sobre o tratamento (17).

O estudo mostrou que os usuários que relataram não ter usado previamente medicamentos eram duas vezes mais propensos a apresentar nível de conhecimento insuficiente sobre sua prescrição, em comparação com aqueles que relataram uso de medicamentos prescritos no mesmo período (17).

Por fim, os indivíduos com pior nível de capital social tiveram chance 30% maiores de também apresentarem nível insuficiente de conhecimento da prescrição. Os autores acreditam que essa associação seja decorrente do papel do capital social na saúde, uma vez que o maior nível de capital social favorece a adoção de comportamentos saudáveis e a transmissão de informações de saúde, dentre elas, o conhecimento sobre os tratamentos farmacêuticos (17).

Dentre outros indicadores de USM destacam-se o armazenamento domiciliar e o descarte de medicamentos (16, 23, 24), os quais serão abordados a seguir.

Armazenamento domiciliar de medicamentos

O estoque domiciliar de medicamentos, também chamado “farmácia caseira” é uma prática comum no Brasil e em muitos outros países, tais como Venezuela, Portugal, Austrália, México, Irlanda e Estados Unidos da América (25). Na literatura são escassos os estudos que investigam o armazenamento domiciliar e descarte de medicamentos, no país e, mais ainda, na APS.

O armazenamento domiciliar de medicamentos objetiva preservar-lhes a qualidade, garantindo tanto a efetividade quanto a segurança dos tratamentos farmacoterapêuticos (24, 26). Cada produto deve ser armazenado obedecendo as condições técnicas ideais de luminosidade, temperatura e umidade, a fim de assegurar a eficácia e o prazo de sua utilização (26).

Os principais motivos de se manter estoque em domicílio de medicamentos são a guarda para uso futuro e sobras de tratamentos anteriores. Outros fatores como a possibilidade de aquisição de medicamentos sem prescrição, recebimento de amostras grátis, alteração, falta de adesão ou abandono de tratamentos também favorecem essa prática (25).

Independentemente das razões pelas quais os estoques domiciliares sejam mantidos pelos usuários, de forma geral, esta conduta pode aumentar os riscos inerentes à automedicação e ao uso inadequado de medicamentos (25).

Os cuidados referentes ao armazenamento de medicamentos em domicílios garantem a qualidade e conservação desses produtos e contribuem para a eficiência dos tratamentos. A Figura 4 apresenta um conjunto de orientações que podem ser fornecidas pelos farmacêuticos e dispensadores aos usuários na dispensação, em consultas e em visitas domiciliares (24, 27).

FIGURA 4 - Cuidados gerais referentes ao armazenamento correto de medicamentos em domicílio



Fonte: Adaptado de Pinto (27).

Descarte de medicamentos

O crescimento da indústria farmacêutica, a tendência da ampliação da oferta desses produtos pelo SUS, o maior acesso aos medicamentos em relação as décadas anteriores, a elevada frequência da automedicação, o envelhecimento da população e, conseqüentemente, das doenças crônicas são fatores que contribuem para o consumo de medicamentos e, provavelmente, para a geração de resíduos de medicamentos, que no Brasil é da ordem de 10 e 28 mil toneladas (28 - 30).

Em função desse contexto, o descarte domiciliar de medicamentos ganha destaque. Esse descarte envolve a destinação correta dos resíduos, embalagens e sobras de medicamentos, de modo a promover o cuidado com o meio ambiente e com a saúde da população (25). Já o descarte incorreto gera preocupações, especialmente considerando-se os locais mais comuns para a prática, como pias, vasos sanitários e lixo doméstico (31).

O descarte em pias e vasos sanitários pode levar à contaminação da água e do solo, causando efeitos nocivos aos meios ambientes biótico e abiótico, com destaque para o aumento da resistência antimicrobiana, a interferência na reprodução de organismos que vivem no meio e aumento da incidência de câncer em humanos (31). Já o descarte em lixo doméstico permite que catadores e animais tenham acesso a esses produtos e possam fazer uso inadequado (32).

Dadas as consequências negativas do descarte inadequado de medicamentos, o Brasil publicou, em 2020, um decreto que trata da obrigatoriedade de implementação do sistema de logística reversa de medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso para municípios com população superior a 100 mil habitantes (26). Entende-se por logística reversa “um conjunto de ações, procedimentos e meios destinados a viabilizar o retorno de medicamentos e de suas embalagens ao setor empresarial para destinação final, ambientalmente adequada”. Tais ações incluem tanto a existência de pontos de coleta quanto a divulgação deles aos consumidores (26). O recente decreto é de suma importância para os problemas emergentes de geração de resíduos e contaminação do ambiente e vai ao encontro da expansão do mercado farmacêutico nos últimos anos (33).

Mesmo após o referido decreto, a existência de pontos de coleta de medicamentos nos estabelecimentos farmacêuticos ainda não é uma realidade em todo o país. Gerheim e colaboradores (34) identificaram, por exemplo, que cerca de metade dos estabelecimentos farmacêuticos em Minas Gerais possuem esses dispositivos, e desses, 40,8% informaram que a decisão de ofertá-los à população foi voluntária.

Especificamente na APS, a média de medicamentos prescritos por consulta e a prática da polifarmácia, principalmente em relação aos idosos, favorecem o acúmulo de medicamentos em domicílio e seu descarte

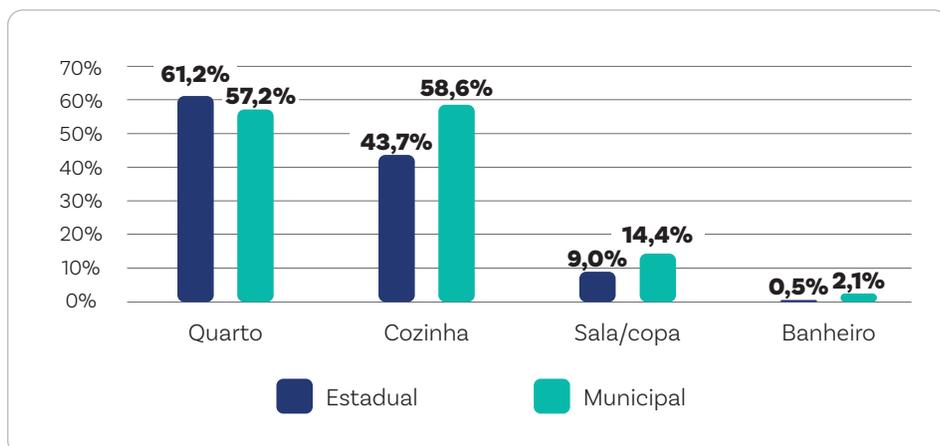
de forma inadequada (30). Nesse cenário, o farmacêutico tem a responsabilidade de treinar a equipe para que as recomendações e as orientações sobre o descarte de medicamentos sejam fornecidas aos usuários, principalmente os de prazo de validade expirado ou impróprios para a utilização. Recomenda-se, ainda, aconselhar os usuários a levarem os medicamentos vencidos, as sobras de antibióticos e produtos que não estão mais em uso, para as unidades de saúde ou para pontos específicos de coleta (26).

As evidências da literatura sobre armazenamento e descarte de medicamentos na APS, embora escassas, estão apresentadas a seguir.

Como é o armazenamento de medicamentos em domicílio pelos usuários da Atenção Primária à Saúde?

Pesquisas de abrangência estadual e municipal investigaram os cômodos onde os usuários da APS guardam seus medicamentos em seus domicílios. A maior parte guarda seus medicamentos nos quartos (entre 57,2% e 61,2%), seguido da cozinha (entre 43,7% e 58,6%) (Figura 5) (16, 23). Autores ponderam que fatores como a acessibilidade do local e a facilidade de acesso a líquidos e utensílios domésticos para auxiliar a ingestão dos medicamentos contribuem para a maior frequência de armazenamento nesses locais (23).

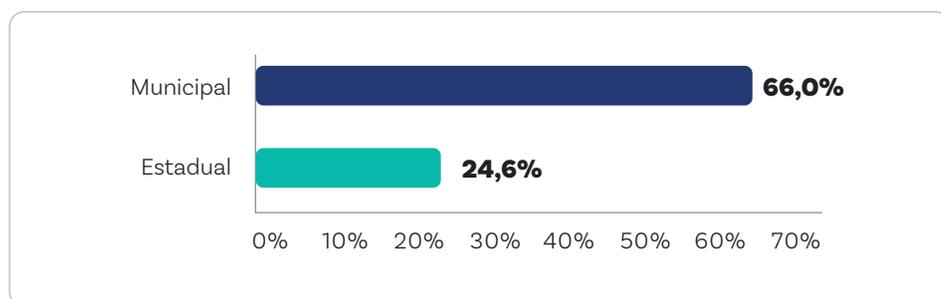
FIGURA 5 – Frequência dos principais cômodos nos quais os usuários da Atenção Primária à Saúde informam armazenar medicamentos nos domicílios, segundo diferentes estudos



Fonte: Luz e col (16) e adaptado de Fernandes e col (23).

Um ponto importante a ser observado em relação ao armazenamento domiciliar é com relação ao estoque em altura menor do que 1,5 metros e/ou em locais não chaveados. Essa condição facilita o alcance pelas crianças e pode levar a intoxicações e óbitos. Na pesquisa realizada em Minas Gerais, cerca de um quarto dos participantes relatou que os medicamentos se encontravam sujeitos ao alcance de crianças em seus domicílios (Figura 14) (16). Já o estudo realizado por Fernandes e colaboradores (23) com usuários da APS de um município de Minas Gerais encontrou uma proporção quase 3 vezes maior (66,0%) de armazenamento de medicamentos nessas mesmas condições (Figura 6).

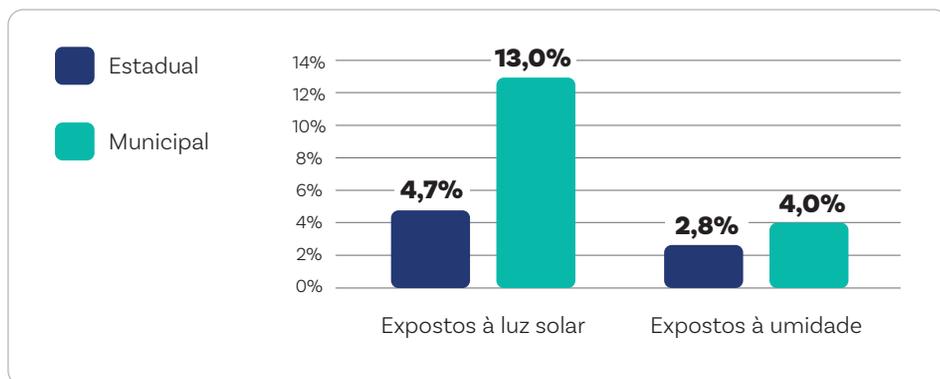
FIGURA 6 - Frequência com que os usuários da Atenção Primária à Saúde armazenam medicamentos, sujeitos ao alcance das crianças, nos domicílios, segundo diferentes estudos



Fontes: Luz e col (16) e adaptado de Fernandes e col (23).

Dentre os aspectos que podem interferir na qualidade dos medicamentos armazenados em domicílio estão a exposição à luz solar e à umidade. A Figura 7 resume os resultados de dois estudos, um estadual e outro municipal (16, 23). A ocorrência da exposição de medicamentos à luz variou de 4,7% a 13,0%. Já a frequência de produtos expostos à umidade foi inferior a 5% em ambas as investigações (Figura 7) (16, 23). O armazenamento correto do medicamento garante a sua estabilidade e qualidade. Fatores ambientais que incluem temperatura, luz e umidade podem favorecer reações químicas ou físicas indesejadas, diminuir o período de vida útil (validade) do medicamento e comprometer o tratamento do paciente (35).

FIGURA 7 – Frequência de medicamentos armazenados em domicílio expostos à luz solar e à umidade, segundo informações de usuários da Atenção Primária à Saúde, em diferentes estudos

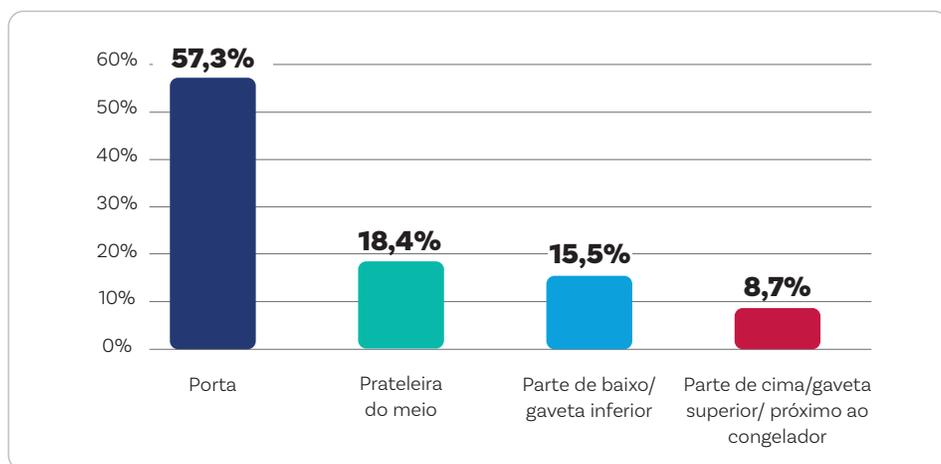


Fonte: Luz e col (16) e adaptado de Fernandes e col (23).

Os medicamentos termolábeis e fotossensíveis, em particular, devem ser armazenados adequadamente a fim de que proporcionem a ação terapêutica esperada (23). A insulina, por exemplo, é um termolábil utilizado para o tratamento da Diabetes Mellitus que deve ser conservada em sua embalagem original e em recipiente plástico ou de metal com tampa, em geladeira doméstica, em temperatura entre 2°C e 8°C; e posicionada preferencialmente nas prateleiras do meio, longe das paredes (36).

Ao contrário das recomendações, pesquisa de âmbito estadual encontrou que quase 70% dos usuários conservam a insulina na porta e/ou em partes inferiores ou superiores da geladeira (Figura 8) (16). Além disso, quase 5,0% dos usuários sequer armazenam esse medicamento em geladeira. Os resultados foram mais favoráveis na pesquisa municipal, que constatou uma frequência de 8% de termolábeis armazenados em lugares inapropriados (23).

FIGURA 8 – Distribuição dos pontos de armazenamento de insulina, dentro da geladeira, de acordo os usuários da Atenção Primária à Saúde, em pesquisa de abrangência estadual



Fonte: Luz e col (16).

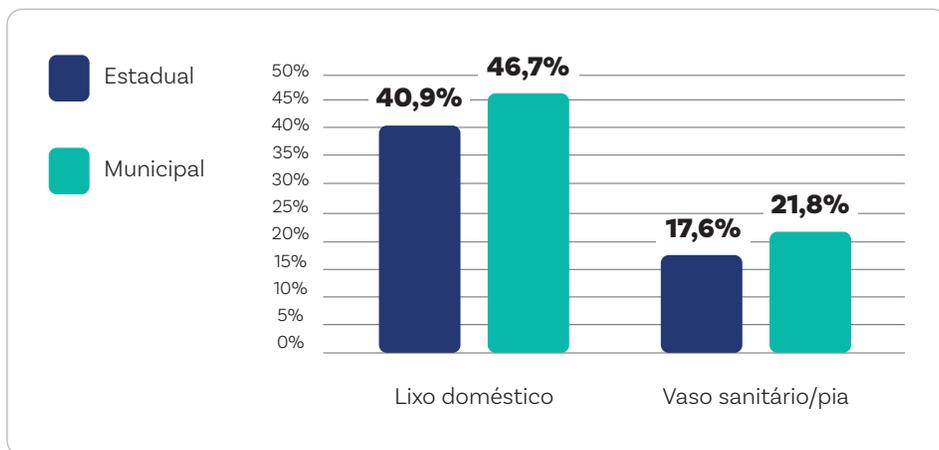
Com relação à quantidade de medicamentos armazenados em domicílio, estudo de abrangência municipal em Minas Gerais, com verificação *in loco* nas residências de usuários da APS, revelou uma média de 10 produtos por residência em estoques caseiros (24). A pesquisa revelou uma proporção de 45,4% dos domicílios com medicamentos vencidos armazenados nas “farmácias caseiras”. Além disso, os autores observaram um total de 10,3% de medicamentos vencidos entre todos os produtos analisados.

Dentre os medicamentos vencidos, os de uso esporádico, tais como antimicrobianos de uso sistêmico (10,9%), analgésicos (9,2%), antiespasmódicos e antieméticos (6,2%), foram os mais encontrados. O hábito de guardar medicamentos vencidos em domicílio foi associado à presença de antimicrobianos e medicamentos isentos de prescrição (24).

Descarte de medicamentos pelos usuários da Atenção Primária à Saúde

Pesquisas de abrangência estadual e municipal na APS identificaram proporções elevadas, cerca de 60%, de hábitos inadequados de descarte de medicamentos pelos usuários que incluem o lixo doméstico, o vaso sanitário ou a pia (Figura 9) (16, 23).

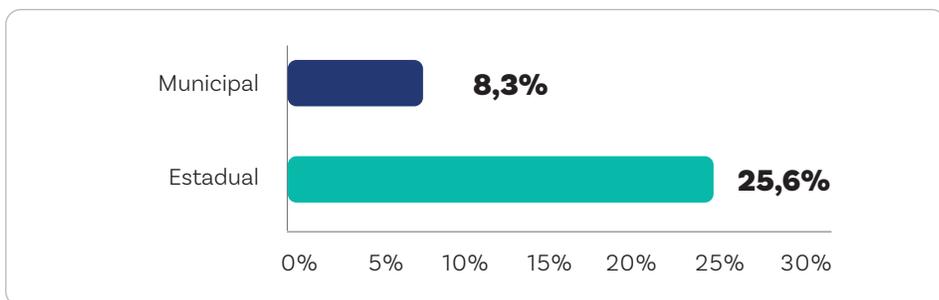
FIGURA 9 – Frequência de descarte de medicamentos em locais inadequados, segundo os usuários da Atenção Primária à Saúde, em diferentes estudos



Fontes: Luz e col (16) e adaptado de Fernandes e col (23).

Por outro lado, a proporção do descarte correto, que inclui a devolução do medicamento para algum profissional e/ou estabelecimento público ou privado de saúde foi bem menor, de acordo com os levantamentos realizados (16, 23). No estudo estadual, esse percentual foi 3 vezes maior comparado ao estudo a nível municipal, 25,6% versus 8,3%, respectivamente (Figura 10) (16, 23).

FIGURA 10 – Frequência de devolução de medicamentos a profissionais e/ou a estabelecimentos públicos ou privados de saúde, segundo os usuários da Atenção Primária à Saúde, em diferentes estudos



Fonte: Luz e col (16) e adaptado de Fernandes e col (23).

Considerações finais

Esse capítulo mostrou as evidências disponíveis relacionadas ao USM na APS no Brasil considerando-se o nível de conhecimento dos usuários sobre seu tratamento e as práticas de armazenamento domiciliar e descarte dos medicamentos em estoque nas residências, vencidos ou não.

Os resultados apontam para riscos importantes ao USM por parte dos usuários. O nível de conhecimento dos tratamentos farmacoterapêuticos, por exemplo, é baixo, especialmente considerando-se informações relacionadas à indicação do tratamento, aos potenciais efeitos adversos e às precauções. Há, ainda, algumas classes de medicamentos sobre as quais esse nível de conhecimento é particularmente reduzido, com destaque para os medicamentos com ação musculoesquelética, cardiovascular e no sistema nervoso central. Importante destacar também, algumas características dos usuários que os tornam particularmente vulneráveis ao nível insuficiente de conhecimento da prescrição, como a baixa escolaridade, o menor número de doenças, o menor nível de capital social e a não utilização prévia de medicamentos.

Em conjunto, essas evidências podem auxiliar no desenvolvimento de estratégias direcionadas a aprimorar o conhecimento dos tratamentos medicamentosos por parte dos usuários, em especial, para o planejamento de intervenções personalizadas.

Com relação ao armazenamento e descarte de medicamentos, apesar de escassas, as pesquisas evidenciam riscos importantes.

Os locais preferidos dos usuários para estocar medicamentos no domicílio são quartos e cozinhas e há, ainda, uma parcela que dispõe os produtos ao acesso fácil das crianças. Esses parâmetros merecem a atenção dos profissionais de saúde devido aos riscos de ingestão acidental, de automedicação e de má conservação dos medicamentos.

Foram evidenciados problemas em relação ao armazenamento de termolábeis como a insulina. Há usuários que mantêm o medicamento fora da geladeira ou em locais inadequados dentro do eletrodoméstico, condições que comprometem a eficácia e qualidade do produto.

Por fim, as evidências mostram uma elevada frequência de estoque de medicamentos vencidos nos domicílios, principalmente os de uso esporádico. Em relação ao descarte, a via preferencial é o lixo doméstico, seguida do vaso sanitário e da pia, práticas que precisam ser consideradas na elaboração de políticas farmacêuticas locais, especialmente diante da norma de logística reversa de medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso, publicada em 2020.

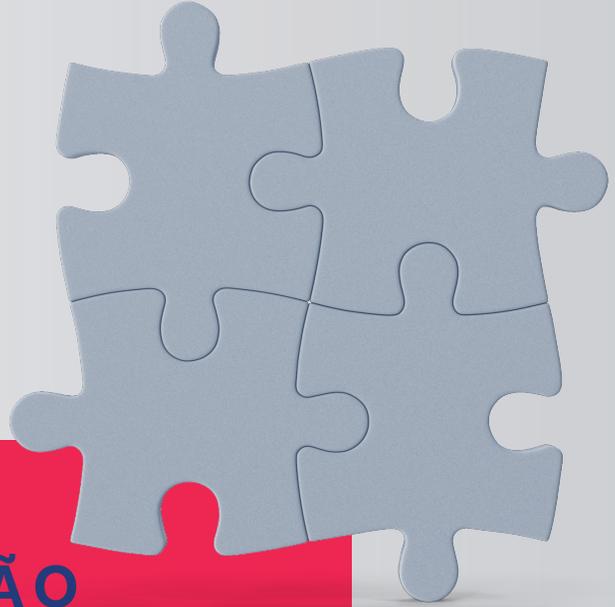
Em resumo, as vulnerabilidades dos usuários em relação ao conhecimento do seu tratamento, bem como sobre o armazenamento e o descarte dos seus medicamentos ameaçam o USM. É preciso investir em estratégias que considerem a segurança dos usuários em primeiro lugar e em ferramentas de planejamento, monitoramento e gestão que permitam realizar o acompanhamento e a avaliação das ações implementadas.

Referências

1. AUSTRALIAN GOVERNMENT. **Site health.gov.au**. Safe use of medicines. Disponível em: <https://www.health.gov.au/health-topics/medicines/safe-use>. Acesso em: 10 de jan. 2022.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Resultados do projeto de implantação do cuidado farmacêutico no município de Curitiba**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/publicacoes/resultado_projeto_implantacao_cuidados_farmacuticos.pdf. Acesso em: 10 de jan. 2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Livro_Atencao_basica_Farmacutica_SET2019.pdf. Acesso em: 10 de jan. 2022.
4. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Estudo aponta perfil de intoxicação medicamentosa por automedicação no Brasil**. Site cff.org. 2020. Disponível em: <https://www.cff.org.br/noticia.php?id=5849>. Acesso em: 10 de jan. 2022.
5. SOUZA, T. T. et al. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v., n. 35, p. 519-532, 2014.
6. VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 213-220, 2007.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Os serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://assistencia-farmacutica-ab.conasems.org.br/publicacoes/colecao/af-profissionaisde-nivel-superior/>. Acesso em: 30 ago. 2022.
8. AMERICAN PHARMACISTS ASSOCIATION. **Pharmacists' Impact on Patient Safety**. Disponível em: https://pharmacist.com/Portals/0/PDFS/Practice/PharmacistsImpactonPatientSafety_Web.pdf?ver=dYeAzwlN3-PG9eSkMMsV-A%3D%3D. Acesso em: 24 jan. 2023.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. **Os serviços farmacêuticos gerenciais na qualificação do cuidado em saúde**. Disponível em: <https://assistencia-farmacutica-ab.conasems.org.br/publicacoes/colecao/af-profissionaisde-nivel-superior/>. Acesso em: 30 ago. 2022.

10. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916**, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 out. 1998. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 30 ago. 2022.
11. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Assistência Farmacêutica no SUS**. Brasília, DF: CONASS, 2007. 186 p.
12. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Resolução CFF nº 586**, de 29 de Agosto de 2013. Regula a prescrição Farmacêutica e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 25 set. 2013. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 19 out. 2022.
13. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medication without harm: WHO Global Patient Safety Challenge**. WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2017.6>. Acesso em: 24 jan. 2023.
14. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Promoting Rational Use of Medicines: Core Components**. Geneva: WHO, 2002. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67438/WHO_EDM_2002.3.pdf. Acesso em: 19 out. 2022.
15. BITTENCOURT, R. A. et al. Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 310-323, 2017.
16. LUZ, T. C. B. et al. Pharmaceutical Services in Primary Health Care: are pharmacists and users on the same page? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 2463-2474, 2017.
17. PASSAGLI, L. C. et al. Knowledge of prescribed drugs among primary care patients: findings from Prover Project. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 43, n. 5, p. 1265-1273, 2021.
18. CHAN, F. W. K. How much do elders with chronic conditions know about their medications?. **BMC geriatrics**, v. 13, n. 1, p. 1-7, 2013.
19. RAMIA, E. et al. Assessment of patients' knowledge and practices regarding their medication use and risks in Lebanon. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 39, n. 5, p. 1084-1094, 2017.
20. SILVA, T. D. et al. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 449-455, 2000.
21. OKUYAN, B. et al. Assessment of medication knowledge and adherence among patients under oral chronic medication treatment in community pharmacy settings. **Pharmacoepidemiology and drug safety**, v. 22, n. 2, p. 209-214, 2013.
22. OENNING, D., et al. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3277-3283, 2011.
23. FERNANDES, M. R. et al. Prevalência e fatores associados à presença de medicamentos vencidos em estoques caseiros. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 28, n. 3, p. 390-399, 2020a.
24. FERNANDES, M. R. et al. Armazenamento e descarte dos medicamentos vencidos em farmácias caseiras: problemas emergentes para a saúde pública. **Einstein (São Paulo)**, v. 18, 2020b.
25. CONSTANTINO, V. M. et al. Estoque e descarte de medicamentos no domicílio: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 585-594, 2020.
26. BRASIL. **Decreto nº 10.388**, de 5 de junho de 2020. Institui o sistema de logística reversa de medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso, de uso humano, industrializados e manipulados, e de suas embalagens após o descarte pelos consumidores. Diário Oficial da União, Brasília, Distrito Federal. 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.388-de-5-de-junho-de-2020-260391756>. Acesso em 01 de novembro de 2022.
27. PINTO, V. B.; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Armazenamento e distribuição: o medicamento também merece cuidados. Uso Racional de Medicamentos: fundamentação em condutas terapêuticas e nos macroprocessos da Assistência Farmacêutica**, v. 1, n. 12, p. 1-7, 2016.
28. BITTENCOURT, R. A. et al. Avaliação da Assistência Farmacêutica em um município no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 20, p. 310-323, 2017.

29. FARIAS, A. D. et al. Prescrição de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: um estudo na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1781-1792, 2021.
30. TONET, G. et al. Medicamentos vencidos ou em desuso e riscos ambientais no município de Terenos, Mato Grosso do Sul. **Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde**, v. 24, n. 2, p. 170-182, 2020.
31. FREITAS, L. A. A.; RADIS-BAPTISTA, G. Pharmaceutical pollution and disposal of expired, unused, and unwanted medicines in the Brazilian context. **Journal of Xenobiotics**, v. 11, n. 2, p. 61-76, 2021.
32. RAMOS, H. M. P et al. Descarte de medicamentos: uma reflexão sobre os possíveis riscos sanitários e ambientais. **Ambiente & Sociedade**, n. 4, p. 149-174, 2017.
33. CORRÊA, M. C. D. V. et al. Os medicamentos como uma questão estratégica para a viabilidade do Sistema Único de Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.28, n.1, e280101, 2018.
34. GERHEIM, P. S. A. S. et al. Avaliação da coleta de medicamentos domiciliares vencidos ou em desuso descartados pelos consumidores em farmácias e drogarias em Minas Gerais, Brasil. **Brazilian Journal of Health and Pharmacy**, [S. l.], v. 3, n. 4, p. 18-31, 2021.
35. NEIVA, A.; TREVISAN, M. Influência do armazenamento e prazo de validade na estabilidade e ocorrências de eventos adversos no uso de medicamentos. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, p. e91101522341-e91101522341, 2021.
36. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018** [Internet]. São Paulo: Clannad Editora Científica; 2017. Disponível em: https://disciplinas.usp.br/pluginfile.php/4925460/mod_resource/content/1/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf. Acesso em 01 de nov. 2022.



CONCLUSÃO

16. Desafios e perspectivas da Assistência Farmacêutica Municipal

16

Desafios e perspectivas da Assistência Farmacêutica Municipal

**Noemia Tavares, Rafaella Silva,
Thaciana Alcântara e Tatiana Luz**

O alcance de bons resultados da Assistência Farmacêutica (AF) depende da capacidade de se compreender onde e como ela está. Este livro apresenta um diagnóstico situacional da AF na Atenção Primária à Saúde (APS) a nível municipal, contribuindo para a compreensão da realidade e das necessidades da área, a partir das evidências disponíveis sobre o tema no Brasil.

As evidências foram analisadas à luz de um modelo lógico da AF na APS, cuja construção foi norteadada pela abordagem sistêmica. Esse modelo pode ser visto como uma ferramenta que permite tanto revelar a operacionalização dos principais componentes da área técnica da AF municipal, resultados, impactos esperados e fatores que podem afetar o seu desempenho, quanto a interconexão básica da área com outros atores do sistema de saúde, modulando-se pelas atribuições específicas da AF no contexto da APS. Nesse sentido, o modelo pode servir, ainda, como base teórica para que a AF municipal possa se organizar e se planejar. Já os resultados foram organizados de acordo com cinco componentes da AF municipal no contexto da APS: Gestão Estratégica, a Gestão Técnica, a Gestão Local, o Cuidado Farmacêutico e Resultados Seleccionados da AF.

Verifica-se que em todos os domínios que compõem os componentes da AF, há desafios importantes a serem superados, como destacado a seguir.

No que se refere à Gestão Estratégica da AF (**Unidade 2**), por exemplo, os resultados mostram que, apesar dos avanços quanto à formalização da área técnica da AF municipal nos organogramas das secretarias de saúde municipais, há baixa participação institucional em diversas atividades importantes, como na elaboração de instrumentos de gestão, de planejamento e de orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS). São observadas as ausências de previsão de recursos financeiros nos instrumentos de planejamento, de aplicação de recursos inferior ao previsto na legislação, falta de acompanhamento da execução orçamentária e pouca autonomia da AF na gestão dos recursos. A participação da AF em espaços deliberativos, como Conselho Municipal de Saúde (CMS), é baixa. As evidências revelam que há restrições orçamentárias e subfinanciamento da AF municipal que comprometem o atendimento às necessidades locais. O número e o perfil profissional dos trabalhadores nas unidades de dispensação da APS municipal, bem como a inadequada oferta de ações de capacitação profissional e de educação continuada, são desafios relacionados à força de trabalho.

Em relação à Gestão Técnica (**Unidade 3**), identifica-se que vários requisitos e procedimentos fundamentais para que a logística farmacêutica ocorra de forma adequada e qualificada, não estão sendo cumpridos pelos municípios brasileiros. A etapa de seleção de medicamentos, por exemplo, não tem sido realizada, na grande maioria das localidades, com o apoio de Comissões de Farmácia e Terapêutica e de instrumentos norteadores, como protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, sendo bastante comum a procura e o fornecimento de medicamentos fora das listas padronizadas. As evidências sobre a etapa de programação de medicamentos revelam que os municípios brasileiros apresentam importantes fragilidades em relação a todas as suas etapas constitutivas, seja na preparação, coleta de dados ou execução. Já com relação à etapa de aquisição de medicamentos, falhas também são observadas, por exemplo, a baixa existência de Comissão Permanente de Licitação exclusiva para a compra de medicamentos, a escassa participação de farmacêuticos na elaboração dos instrumentos e nos procedimentos de compra e a utilização incipiente de estratégias de compra mais eficientes, como consórcios intermunicipais.

Quanto ao Cuidado Farmacêutico (**Unidade 4**), observa-se que a sua oferta é bastante escassa nos municípios. A dispensação de medicamentos é serviço mais comumente relatado, mas algumas localidades realizam outros serviços, como acompanhamento farmacêutico e ações de educação em saúde, como campanhas educativas e grupos operativos. Outro obstáculo identificado é que os serviços de cuidado são pouco documentados pelos municípios, o que dificulta as ações de planejamento, gestão, monitoramento e avaliação. Além disso, há baixa integração desses serviços de cuidado – quando existem – com outros serviços e equipes de saúde, contribuindo para a fragmentação da assistência prestada ao usuário. Grande parte dos usuários, por sua vez, não reconhecem o farmacêutico como um membro efetivo da equipe de saúde.

Em relação à Gestão Local da AF (**Unidade 5**), foram destacadas evidências sobre a infraestrutura e a organização das unidades de dispensação de medicamentos. A maioria dessas unidades não possui espaço físico, equipamentos e mobiliário adequados nem para o atendimento aos usuários, nem para o armazenamento de medicamentos. Quanto à organização, as unidades de dispensação apresentam desafios em termos de documentação técnico-legal, horário de funcionamento, prestação de informação aos usuários, fluxo de atendimento e controle de estoques.

Considerando os Resultados Seleccionados da AF (**Unidade 6**), verifica-se que a disponibilidade de medicamentos na APS é baixa, apresentando disparidades regionais, com pior resultado nos estados das regiões Norte e Nordeste. Além disso, as prescrições de medicamentos, de modo geral, não estão de acordo com o padrão técnico-legal e de qualidade esperados. Os usuários, por sua vez, apresentam baixo nível de conhecimento dos seus tratamentos farmacoterapêuticos, especialmente em relação à indicação do tratamento, aos potenciais efeitos adversos e às precauções, além de adotarem práticas incorretas de armazenamento e de descarte de medicamentos nos domicílios.

Foram evidenciadas várias barreiras e desafios que comprometem o planejamento, a gestão e a execução das ações da AF municipal. Nesse sentido, para fortalecer essa área técnica, é necessário que os municípios destinem recursos humanos, financeiros e de infraestrutura, assim como promovam a qualificação e valorização dos profissionais, com pla-

nos de cargos e carreiras bem definidos, prestigiando especialmente os farmacêuticos em posição de gestão em qualquer nível, com o devido reconhecimento pelas responsabilidades assumidas e pelo trabalho executado. Além disso, é preciso estabelecer planos de ação e estratégias, especialmente direcionadas à otimização, qualificação e monitoramento dos processos relacionados à gestão técnica dos medicamentos e ao cuidado farmacêutico, para obter melhores resultados.

É preciso direcionar o foco das ações a outros profissionais e serviços de saúde, de modo a promover a integração desses com os serviços farmacêuticos municipais, promovendo escolhas terapêuticas racionais, com maior custo-benefício e mais adequadas às necessidades da população. Ações de educação em saúde e de acompanhamento direcionadas aos usuários são igualmente importantes para auxiliar na promoção do uso seguro de medicamentos.

O retrato da AF aqui apresentado deve ser compreendido como um requisito para definição de prioridades e planejamento das intervenções necessárias. Porém, para o avanço dos processos de mudança, é preciso levar em conta que, se por um lado a AF concentra aportes financeiros consideráveis direcionados ao seu insumo mais elementar – o medicamento, por outro lado, é patente a não priorização da área por muitos tomadores de decisão, fator que pode ajudar a explicar o diagnóstico situacional relatado.

Para além dos resultados e das reflexões discutidas, é importante conscientizar os municípios sobre a importância do registro sistematizado, documental e publicizado do planejamento, da gestão e das ações da AF. Essa estratégia não só permite um melhor monitoramento e avaliação sob o ponto de vista municipal, mas também possibilita a divulgação das experiências para diversos públicos e para a sociedade em geral, contribuindo, dessa forma, para a troca de conhecimento e para o desenvolvimento contínuo da área da AF.

Por fim, identificam-se lacunas em relação à pesquisa sobre a AF na APS no país. Usualmente, as investigações são limitadas em número, foco e abrangência. É preciso incentivar a realização de estudos metodologicamente bem delineados, que permitam ampliar a perspectiva de análise da AF considerando seus diversos componentes e articulando técnicas de pesquisa que possibilitem um monitoramento e uma avaliação mais aprofundada do seu planejamento e gestão nos mais diversos territórios do país.

A experiência desta leitura não poderia ser mais revigorante. Os autores escolheram apresentar um diagnóstico situacional da AF na APS a partir de evidências de trabalhos produzidos no Brasil com ousadia e inovação.

No caminho teórico construído com um rigor metodológico irrepreensível, adotaram uma estratégia de “fisgar” o leitor pela proximidade dos dados com o dia a dia dos serviços. Sem perder o vínculo com a realidade sanitária que nos rodeia, deixaram importantes lições a tomadores de decisão, gestores, profissionais, pesquisadores e alunos. As certezas (evidências) apresentadas, desmontam fantasias assentadas no imaginário coletivo sobre inúmeros aspectos da AF. Os ganhos adicionais que serão obtidos com esta leitura não são poucos. Desde a sustentabilidade dos serviços de saúde e governança justa, até a transformação da organização dos processos de trabalho e a forma como o usuário deve (e merece) ser cuidado. Este é um livro de espírito democrático, que deve inspirar e aprofundar a discussão reflexiva da AF na APS no Brasil.

Gabriela Bittencourt González Mosegui

Doutora em Saúde Coletiva

Professora do Instituto de Saúde Coletiva da
Universidade Federal Fluminense (ISC/UFF)



9 786599 486937