

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**Assistência Farmacêutica na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde em
municípios da região do Alto Tietê/SP.**

NÍVEA ALVES BARBOSA

Porto Alegre-RS

2020

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Assistência Farmacêutica na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde em municípios da região do Alto Tietê/SP.

Dissertação apresentada por
Nívea Alves Barbosa para
obtenção do GRAU DE MESTRE
em Assistência Farmacêutica.

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Régis Leira Pereira

Porto Alegre-RS
2020

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, em nível de Mestrado Acadêmico da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em: ____/____/____, pela Banca Examinadora constituída por:

Prof. Dr. Diogo Pilger

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Marení Rocha da Silva

Universidade Federal de Santa Catarina

Prof^a. Dr^a. Silvana Nair Leite

Universidade Federal de Santa Catarina

CIP - Catalogação na Publicação

Barbosa, Nívea Alves
Assistência Farmacêutica na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde em municípios da região do Alto Tietê/SP. / Nívea Alves Barbosa. -- 2020.
152 f.
Orientador: Leonardo Régis Leira Pereira.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Porto Alegre, BR-RS, 2020.

1. Assistência Farmacêutica. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Indicadores. I. Pereira, Leonardo Régis Leira, orient. II. Título.

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

DEDICATÓRIA

Bendito seja o Senhor Deus que se agradou de mim por causa do Seu amor eterno, a Ele toda a honra, glória e louvor por todo e qualquer mérito alcançado, por me abençoar diariamente com oportunidades que enriquecem minha existência.

Ao meu esposo Marcelo de Oliveira Barbosa, por todo amor que temos “treinado e desenvolvido” ao longo do tempo que caminhamos juntos, por sua generosidade e paciência, por todo apoio e incentivo incondicionais.

A minha filha Isabela, herança do Senhor, pela oportunidade de aprender a abnegação com a maternidade, por encher minha vida de carinho, alegria, cores e canções.

Ao meu pai Mário (*in memoriam*) pela educação e proteção, por me ensinar a diligência e a solicitude, por me transmitir bondade, serenidade e respeito.

A minha mãe Madalena, por sua dedicação, cuidado e afeto, por me ensinar o caminho da fé, por sua influência na vocação no serviço em saúde e por acreditar em mim, desde o primeiro olhar.

Aos meus irmãos Rosane, Júnior e Denise, pelo companheirismo, por compartilharmos brincadeiras, ideias, planos, aflições e também conquistas.

A toda família em que nasci e que adquiri, avôs e avós (*in memoriam*), tios (as), primos (as), cunhados (as), sobrinhos (as), amigos (as) do coração, pelo carinho e pelos sábios ensinamentos de humildade, perseverança e gentileza.

Aos colegas de profissão, aos demais profissionais da saúde e a todos os profissionais que direta ou indiretamente atuam no cuidado de outras vidas, enfrentando os riscos do ofício e à memória dos que padeceram no combate.

A todos que de alguma forma contribuíram para esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Leonardo Régis Leira Pereira, meu orientador, pela oportunidade concedida de empreender esse caminho evolutivo, por todo o profissionalismo, disposição e dedicação, pelo zelo, apoio e perene condução nessa trajetória.

A querida prima e irmã Profa. Ms. Mônica de Souza Brito Conti, semelhantes em nossa origem, princípios e profissão, incentivadora do meu ingresso no mestrado e auxiliadora em todos os momentos, sinto –me privilegiada em contar com sua boa vontade e amizade.

A querida tia e amiga Profa. Dra. Sílvia Cristina de Oliveira Quadros pelo exemplo e influência positiva desde sempre, por sua grande participação na minha formação pessoal e profissional, pelo incontestável apoio também nesta pesquisa pela revisão linguística.

Ao Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica (PPGASFAR) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela organização e realização do Mestrado em Assistência Farmacêutica.

Aos Professores que participaram da minha formação acadêmica pela dedicação e orientação no processo de aprendizagem.

Aos Amigos do CPAFF – Centro de Pesquisa em Assistência Farmacêutica e Farmácia Clínica pela acolhida.

Aos (as) Secretários (as) Municipais de Saúde e aos colegas farmacêuticos pela inestimável contribuição para realização deste estudo.

Ao serviço de ouvidoria do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP) por ter cedido gentilmente informações referente aos profissionais farmacêuticos atuantes na região do estudo.

Aos membros da banca examinadora, por tão gentilmente, aceitarem o convite.

“Confie no Senhor de todo o seu coração e não se apoie em seu próprio entendimento; reconheça o Senhor em todos os seus caminhos, e ele endireitará as suas veredas. Não seja sábio aos seus próprios olhos; tema ao Senhor e evite o mal. Isso lhe dará saúde ao corpo e vigor aos ossos”.
(Livro de Provérbios 3:5-8)

RESUMO

BARBOSA, Nívea Alves. **Assistência Farmacêutica na Atenção Primária do Sistema Único de Saúde em municípios da região do Alto Tietê/SP**. 2020. 152f. Dissertação (Mestrado em Assistência Farmacêutica) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

Contextualização: O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta consequências da escassez de recursos financeiros, materiais e humanos, sendo necessária estratégias eficazes e eficientes para melhor utilização dos recursos. Políticas públicas foram desenvolvidas no aperfeiçoamento da Assistência Farmacêutica (AF) e qualificação dos seus serviços. Além da disponibilidade, é fundamental o acesso aos medicamentos certos, no momento certo, que sejam utilizados da forma adequada, para que pacientes se beneficiem deles. A consolidação e estruturação da AF conseguidas por meio de leis e portarias ainda não são totalmente refletidas na prática dos serviços farmacêuticos por problemas de ordem organizacionais e financeiros.

Objetivos: Descrever o desenvolvimento da capacidade técnica e de gestão dos serviços da AF na Atenção Primária à Saúde (APS) em municípios da região do Alto Tietê, São Paulo. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo, com desenho transversal, realizado por meio da aplicação do Instrumento de Autoavaliação para o Planejamento da AF (IAPAF) do Ministério da Saúde (MS) aos farmacêuticos gestores municipais da AF, a fim de obter um retrato dos serviços da AF.

Resultados: As fragilidades identificadas remetem à insuficiência de recursos humanos farmacêuticos e à falta de capacitação para o uso racional de medicamentos (URM), comprometendo desde a prescrição até o uso seguro pela população. As potencialidades referem-se à gestão da AF nas esferas administrativa e logística. A região estudada possui grande diversidade sociodemográfica e econômica, no entanto tais condições não foram determinantes no desenvolvimento dos serviços da AF nos municípios estudados.

Conclusão: Há necessidade de melhor planejamento e previsão de recursos para adequação de farmácias voltadas para o cuidado farmacêutico e capacitação permanente para o URM, dada a importância social e educativa da AF junto das Redes de Atenção à Saúde (RAS) na promoção, preservação, prevenção da saúde na APS.

Palavras –chave: Assistência Farmacêutica. Atenção Primária à Saúde. Indicadores.

ABSTRACT

BARBOSA, Nívea Alves. **Pharmaceutical Assistance in the Primary HealthCare of the Brazilian Unified Health System in municipalities of Alto Tietê region / São Paulo state.** 2020. 152f. Dissertation (Master in Pharmaceutical Assistance) - Faculty of Pharmacy, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

Background: The Brazilian Unified Health System (UHS) faces the consequences of the scarcity of financial, material and human resources and it is necessary to develop effective and efficient strategies for better use of resources. Public policies have been developed to improve Pharmaceutical Care (PC) and to qualify its services. The promotion of access to medicines has been encouraged, by understanding the medicine as an important instrument for health in the care process. However, in addition to availability, access to the right drugs, at the right time, appropriately used, is essential for patients to benefit from the treatment. **Objectives:** To describe pharmaceutical services in Primary Health Care (PHC) in the municipalities of Alto Tietê region / São Paulo state. **Methods:** This is a descriptive study, with a cross-sectional design, which involved the application of the Brazilian Ministry of Health's Self-Assessment Instrument for PC Planning (SAIPCP) to municipal PC pharmacists and the evaluation of indicators, in order to obtain a scenario of the management and planning capacity of PC services within the PHC framework. **Results:** The main weaknesses identified were related to insufficient pharmaceutical human resources in health services and the lack of training for the rational use of medicines (RUM), compromising from prescription to safe use by the population. The strengths of PC services referred to the management of PC in administrative and logistical domains. The studied region presents a huge socio-demographic and economic diversity, however, these conditions were not decisive in the development of pharmaceutical services in the cities studied. **Conclusion:** There is a need for resources to be directed towards adapting pharmacies aimed at pharmaceutical care and permanent training for RUM. The PC has rediscovered its social importance and educational of Healthcare Networks, in the promotion, preservation, and prevention, highlighting the importance of labor force in PHC.

Keywords: Pharmaceutical Assistance. Primary Health Care. Indicators.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Três pilares da Assistência Farmacêutica no SUS e seus respectivos componentes relacionados.....	27
Figura 2	Modelos de gestão da Assistência Farmacêutica e possíveis consequências para o acesso a medicamentos e para a administração pública.....	37
Figura 3	Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados	40
Figura 4	Índice Paulista de Responsabilidade Social.....	46
Figura 6	Grupos Índice Paulista de Responsabilidade Social.....	47
Figura 7	Resultados IPRS 2018-2018.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Indicadores de qualidade da Assistência Farmacêutica (IAPAF).....	43
Tabela 2	Indicadores demográficos.....	51
Tabela 3	Estatísticas vitais.....	52
Tabela 4	IPRS Alto Tietê.....	54
Tabela 5	Produto e renda.....	55
Tabela 6	Indicadores de saúde.....	56
Tabela 7	Profissionais de saúde (coeficiente por mil habitantes)	57
Tabela 8	Farmacêuticos atuantes em saúde pública por município	59
Tabela 9	QUALIFAR-SUS /Sistema HÓRUS x IPRS.....	61
Tabela 10	Gestão da Assistência Farmacêutica	61
Tabela 11	Seleção de medicamentos	68
Tabela 12	Programação /Aquisição de medicamentos	72
Tabela 13	Armazenamento /Distribuição /Transporte de medicamentos	82
Tabela 14	Prescrição de medicamentos	88
Tabela 15	Dispensação	92
Tabela 16	Recursos Humanos	100
Tabela 17	Farmacovigilância	107
Tabela 18	Pontuação geral por município	112
Tabela 19	Pontuação geral por indicador	115

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
ALESP	Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CEME	Central de Medicamentos
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CES	Conselho Estadual de Saúde
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNMM	Centro Nacional de Monitorização de Medicamentos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
CONDEMAT	Consórcio de Desenvolvimento dos Municípios do Alto Tietê
COSEMS	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CPL	Comissão Permanente de Licitação
CRF-SP	Conselho Regional de Farmácia de São Paulo
DAF	Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GTAF	Grupo Técnico da Assistência Farmacêutica
IAPAF	Instrumento de Auto avaliação para o Planejamento da Assistência Farmacêutica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ILP	Instituto do Legislativo Paulista
IMP	Informação dos Municípios Paulistas
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LME	Lista de medicamentos essenciais
LOA	Lei Orçamentária Anual
LTA	Laudo Técnico de Arquitetura
NAF	Núcleo de Assistência Farmacêutica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PNM	Política Nacional de Medicamentos
POPs	Procedimentos Operacionais Padrão
PPA	Plano Plurianual
PRM	Problemas Relacionados aos Medicamentos
QUALIFAR -SUS	Programa de Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde
RAMs	Reações Adversas à Medicamentos
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RESME	Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
SCTIE	Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNVS	Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFSC

Universidade Federal de Santa Catarina

URM

Uso Racional de Medicamentos

SUMÁRIO

Apresentação	15
1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	20
2.2 DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA ..	28
2.3 GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	32
2.4 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	38
3 OBJETIVOS.....	42
3.1 OBJETIVO GERAL.....	42
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	42
4 CASUÍSTICA E MÉTODOS	42
4.1 CLASSIFICAÇÃO DO ESTUDO	42
4.2 PROTOCOLO EXPERIMENTAL.....	45
4.2.1 Primeira Fase – Caracterização dos municípios da Região do Alto Tietê/SP	45
4.2.2 Segunda Fase – Coleta de dados com os participantes da pesquisa	48
4.2.3 Aspectos éticos	49
4.2.4 Análise dos dados	50
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
5.1 PRIMEIRA FASE – CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DO ALTO TIETÊ /SP	51
5.2.1 Gestão da Assistência Farmacêutica	61
5.2.2 Seleção de medicamentos	67
5.2.3 Programação e aquisição de medicamentos.....	72
5.2.4 Armazenamento, distribuição e transporte de medicamentos.....	82
5.2.5 Prescrição de medicamentos	88
5.2.6 Dispensação de medicamentos	92

5.2.7 Recursos Humanos na Assistência Farmacêutica	99
5.2.8 Farmacovigilância.....	107
5.2.9 Pontuação geral	112
6 CONCLUSÕES	122
REFERÊNCIAS.....	124
APÊNDICES	142
ANEXOS	148

APRESENTAÇÃO

O tema desenvolvido neste trabalho está diretamente relacionado com minha trajetória acadêmica e profissional em saúde pública. Importantes descobertas, desafios, superações, dúvidas e reflexões marcam vários pontos deste percurso.

Graduada pelo currículo antigo em que escolhi habilitação bioquímica, após ter atuado em drogaria, distribuidora de medicamentos e farmácia hospitalar, no setor privado, nas cidades de São Paulo e Guarulhos, meu primeiro contato com a saúde pública se deu na farmácia hospitalar da Santa Casa de Misericórdia no município de Santa Isabel, hospital filantrópico onde atuei por seis anos, posteriormente, por meio de concurso público, ingressando na AF do mesmo município, onde atuo desde 2013 na APS, especificamente na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF).

A escassez de recursos financeiros para investimento em estrutura física, recursos humanos, materiais e tecnológicos; gestão administrativa constantemente lidando com conflitos de interesses de ordem técnica, política e social; flexibilização da fiscalização sanitária em detrimento da necessidade da prestação dos serviços para não desassistir a população; morosidade dos processos, especialmente de aquisição de bens de consumo e prestação de serviços, em atendimento ao que determina a legislação vigente, o que demanda maior capacidade de planejamento da gestão, são aspectos que muito influenciam os diversos serviços em saúde pública, na minha percepção.

Em 2013, no município de Santa Isabel, havia uma CAF, três Unidades Básicas de Saúde (UBS) e seis unidades Estratégia Saúde da Família (ESF), para uma população de 56 mil habitantes. Uma equipe de seis farmacêuticas e duas técnicas em farmácia foi formada, distribuídas da seguinte forma: duas profissionais farmacêuticas e uma técnica atuando na maior UBS com dispensação de medicamentos de controle especial, uma farmacêutica e uma técnica na CAF, as unidades restantes foram distribuídas entre as demais farmacêuticas, ficando cada uma com duas unidades de saúde urbanas e uma rural, sendo que uma das profissionais ficou com duas unidades de saúde urbanas e a coordenação da AF.

Com a equipe formada, apoio da gestão e recursos do QUALIFAR-SUS, foi possível implantação parcial do Sistema Hórus, na CAF e na maior unidade de saúde

do município, instituir por decretos municipais a primeira Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) e a primeira Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) em 2014. Em 2015, ampliação da conectividade e sistema Hórus para mais cinco unidades de saúde e em 2016, foi iniciada a dispensação de medicamentos de controle especial pelo sistema Hórus e pleiteada junto a Vigilância Sanitária estadual a permissão para utilização exclusiva do sistema para controle dos medicamento da Portaria 344/98 em substituição dos livros de registro específico, além da economicidade, maior controle da dispensação foram logo percebidos. Em 2017, foram implantados guichês na maior unidade de saúde e contratação contínua de estagiários para a AF. A experiência de estruturação da AF no município recebeu o 8º Prêmio David Capistrano, na 15ª Mostra de Experiências Exitosas no SUS no 32º Congresso do COSEMS/SP (AZEVEDO, et al., 2018). Em meados de 2018, por meio de contrato de gestão, a equipe foi ampliada, possibilitando um profissional farmacêutico para cada unidade de saúde por período integral.

A busca de conhecimento, capacitações, envolvimento com a equipe multiprofissional e em ações de educação em saúde para profissionais e para a população, participação em comissões, comitês, conselhos, grupos técnicos, foram as alternativas utilizadas para auxiliar na superação de dificuldades encontradas e viabilizar melhor articulação junto às estâncias gestoras.

O curso de especialização em Gestão da Assistência Farmacêutica EaD – Universidade Federal de Santa Catarina (2014-2016) ampliou minha visão e o entendimento da importância da utilização de indicadores em saúde pública para evidenciar os resultados alcançados, evolução das ações, auxiliar a tomada de decisões e aplicação de recursos. O desenvolvimento de um plano operativo ao final do curso, possibilitou identificar que entre os diversos atores em saúde, as ações da AF relacionava-se basicamente à disponibilidade de medicamentos.

O desafio de reorientação dos serviços para uma AF mais centrada no paciente em meio a complexidade de um cenário cercado de influências, motivou o ingresso em pesquisa para discutir aspectos do desenvolvimento dos serviços da AF na APS na região do Alto Tietê /SP, onde atuo, pertencente a divisão administrativa da Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo, Departamento Regional de Saúde I (DRSI), Grande São Paulo.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil é um país com dimensões continentais com extensa fronteira e grande diversidade climática, cultural, religiosa, étnica e social. De acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), conta com mais de 210 milhões de brasileiros convivendo concomitantemente com a chamada tripla carga de doença, morbidades que envolvem: a persistência de doenças infecciosas, parasitárias e a desnutrição; o desafio das doenças crônicas e de seus fatores de risco como sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e outros agravos pelo significativo processo de envelhecimento da população; e o crescimento das causas externas, em decorrência do aumento da violência, acidentes de trânsito e de trabalho, homicídios e suicídios, materializando –se em impactos significativos para a definição de políticas públicas como respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população (ARAÚJO S., 2017; BRASIL, 2014b; MENDES, 2010).

O SUS, estabelecido pela Constituição Federal de 1988, reconhecido por seus princípios doutrinários como a universalidade, a equidade e a integralidade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, sob as diretrizes organizativas da descentralização, da regionalização –hierarquização, da resolubilidade, da participação da comunidade e da complementariedade do setor privado é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde a consulta médica até o transplante de órgãos para toda a população do país, onde cerca de 80% dos brasileiros dependem, exclusivamente do SUS, para cuidar de sua saúde, sendo seu caráter universal ainda mais evidente nas ações de vigilância em saúde, alcançando totalidade da população, ressaltando o seu papel na resposta aos eventos com potencial de produzir emergências em Saúde Pública que exigem intensa mobilização política e institucional (BRASIL, 2014b; DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018; VIEIRA, 2010).

Atualmente, a pandemia por SARS-CoV2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) trouxe impacto nas vidas dos indivíduos em nível global e expôs as fragilidades dos sistemas de saúde em todo o mundo (SOUZA, 2020). No Brasil, o SUS já enfrentava sérios problemas com a escassez de investimento, combinando contextos restritivos e políticas de austeridade e contenção da despesa pública, colocando em risco os avanços conquistados e o direito à saúde para a maioria da população brasileira (DUARTE; EBLE; GARCIA, 2018).

Embora seja inegável os avanços alcançados pelo SUS desde sua criação, é primordial a busca de soluções assistenciais de combate à fragmentação das ações e dos serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado com vistas a superar um modelo de gestão de oferta de serviços, para um modelo de gestão da saúde da população de forma contínua, justa e abrangente (ARAÚJO S., 2017; BRASIL, 2014b; MENDES, 2015).

Mendes (2015), ressalta a APS como primeiro nível de atenção, devendo ser interpretada como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde e enfatiza três funções: função resolutiva dos serviços sobre os problemas de saúde mais comuns; função coordenadora de ordenar os fluxos e contra fluxos de pessoas, produtos e informações e função de responsabilização pela saúde da população usuária adstrita.

Nessa perspectiva, a Portaria nº 4.279 de 2010 e o Decreto nº 7.508 de 2011 que regulamenta a Lei Orgânica de Saúde nº 8.080 de 1990, estabelecem as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2014b).

No contexto das RAS, a AF é descrita enquanto sistema de apoio na estrutura operacional, articulando conjunto de ações técnico-gerenciais (seleção, programação, aquisição, armazenamento, e distribuição dos medicamentos e insumos) com a finalidade de disponibilização de medicamentos adequada, regular, suficiente e com qualidade. No entanto, considerando que a AF desenvolve também serviços clínicos assistenciais, torna-se estratégico e oportuno promover a oferta do cuidado farmacêutico sob a dimensão clínico assistencial e técnico-pedagógica do trabalho em saúde, voltados para o indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde, com a finalidade de propiciar o uso racional dos medicamentos de forma integrada, contínua, segura e efetiva (BRASIL, 2014b; COSTA, 2019).

O entendimento dos medicamentos como parte integrante do processo de cura, reabilitação e prevenção de doenças promoveu, ao longo dos anos, a inclusão da AF no campo das Políticas Públicas. As contribuições da legislação e das normatizações do Ministério da Saúde para a organização e financiamento para a AF na APS são indiscutíveis, porém estudos de avaliação da AF na APS evidenciam um longo caminho a percorrer entre a AF, legalmente estabelecida, e a AF real, encontrada nos

municípios brasileiros, que atravessa vários problemas de ordem organizacional e financeira comprometendo o acesso dos usuários aos medicamentos necessários para sua terapêutica. No entanto, tais estudos vêm auxiliar no diagnóstico de possíveis problemas, na identificação de suas causas e apresentar propostas de ações corretivas e preventivas que contribuam para uma melhor organização e a gestão da AF na APS no cumprimento efetivo de sua função social (ARAÚJO et al., 2008; ARAÚJO S. et al., 2017; BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019; BARBOSA et al., 2017; BARRETO; GUIMARÃES, 2010; BITTENCOURT et al., 2017; BRUNS; LUIZA; OLIVEIRA, 2014; MENDES et al., 2015; PNAUM, 2017; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; SILVA et al., 2016; VIEIRA, 2010; VIEIRA; ZUCCHI, 2015)

Considerando o estado de São Paulo como o mais populoso do Brasil com 45 milhões de habitantes, conforme estimado pelo IBGE para 2019, rico em diversidade de culturas, potência econômica com 31,5% do PIB brasileiro, contando com 645 municípios, uma região metropolitana com 39 municípios que abriga a capital e a região do Alto Tietê com 11 municípios que acompanha a diversidade socioeconômica e demográfica do Estado, onde não foi encontrada publicações de estudos realizados sobre a AF nos municípios da região, há de se questionar: Como tem se desenvolvido os serviços da AF na APS local?

A emergente necessidade de boa capacidade de planejamento e gestão dos serviços públicos no atual contexto político e econômico brasileiro, com restrição de orçamento e diminuição de recursos para investimento em saúde, torna relevante estudos sobre a qualidade dos serviços farmacêuticos, acesso e uso racional de medicamentos. Especialmente considerando que a maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamento como tecnologia determinante para resolubilidade da atenção e dos serviços prestados em saúde e a alocação de grande volume de recursos públicos, além de ser o fornecimento público importante via de acesso da população a medicamentos essenciais (ÁLVARES et al., 2017; BRASIL, 2006; CONASS, 2011; NASCIMENTO et al., 2017).

Há de se considerar também o intuito de estimular os gestores municipais, ao terem conhecimento da existência de instrumentos para avaliação da AF e seus resultados, venham a realizar avaliações em seus município e melhorarem a AF local (BITTENCOURT et al., 2017).

2 REFERÊNCIAL TEÓRICO

2.1 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Assistência Farmacêutica, como política pública, teve início em 1971 com a instituição da Central de Medicamentos (CEME), órgão vinculado à Presidência da República, que tinha como missão o fornecimento de medicamentos à população sem condições econômicas para adquiri-los e se caracterizava por manter uma política centralizada de aquisição e de distribuição de medicamentos para as secretarias estaduais e municipais (BRASIL, 1971).

A promulgação da Constituição Federal em 1988, faz a saúde configurar entre os direitos sociais da população, devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de agravos, acesso universal e igualitário às ações de saúde e a oferta de serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Compartilhada pelas três esferas de governo, União, Estados, Distrito Federal e Municípios, a responsabilidade do cuidado da saúde e assistência pública prevê a regulamentação, fiscalização e controle das ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988).

A regulamentação, a operacionalização e construção do SUS, detalha suas diretrizes e princípios estruturantes, tais como a universalidade, integralidade, descentralização das ações e participação da comunidade nas ações e serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, organizados em níveis crescentes de complexidade, assegurando a continuidade da assistência no nível primário, ambulatorial especializado e hospitalar (BRASIL, 1988; 1990)

A assistência integrada à população é um dos objetivos do SUS, sendo algumas de suas atribuições a execução “de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” e “a formulação da política de medicamentos” (BRASIL, 1990, Art. 6º). No entanto, houve um moroso processo entre a promulgação do SUS e a promoção de medidas de efetivação da AF, somente no final dos anos de 1990 que figurou na agenda do governo federal (BERNUDEZ et al., 2018).

A CEME foi responsável pela AF no Brasil até o ano de 1997, quando foi desativada, com dificuldades de cumprimento de suas funções, como um módulo padrão, não considerava as diversidades regionais, aliado à descontinuidade no fornecimento, ao envio de medicamentos com validade próxima da expiração e à falta

de controle sobre os quantitativos, resultou em grandes perdas de medicamento, eventos que culminaram à extinção deste programa., sendo suas atribuições transferidas para diferentes órgãos e setores do Ministério da Saúde (CONASS, 2011). A portaria número 1660 de 1997 que cria então a farmácia básica, o primeiro programa de descentralização de recursos envolvendo a compra de medicamentos.

Em 1998, foi publicada a Portaria GM Nº 3.916/1998, que aprova a Política Nacional de Medicamentos (PNM) pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) estabelecendo diretrizes e prioridades que resultaram em importantes avanços na regulamentação sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da AF no SUS, tendo como finalidades principais (BRASIL, 1998; CONASS, 2011):

- A garantia da necessária segurança, da eficácia e da qualidade dos medicamentos.
- A promoção do uso racional dos medicamentos.
- O acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais.

De acordo com a PNM os gestores do SUS, nas três esferas de governo, passam a atuar em parceria conforme conjunto de diretrizes pré-fixadas para alcançar os objetivos propostos (CONASS, 2011; VIEIRA, 2008):

- Adoção da Relação de Medicamentos Essenciais;
- Regulamentação sanitária de medicamentos;
- Reorientação da Assistência Farmacêutica;
- Promoção do uso racional de medicamentos;
- Desenvolvimento científico e tecnológico;
- Promoção da produção de medicamentos;
- Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos;
- Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Vale ressaltar que a adoção e o desenvolvimento de lista de medicamentos essenciais já existia no Brasil desde o decreto 53.612 de 26 de fevereiro de 1964 e era chamada de Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais de Uso Humano e Veterinário, sendo atualizada por diversas vezes, na última atualização, em 1975, recebeu o nome de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), portanto foi criada antes do SUS, porém foi a adoção do novo

sistema, especialmente após a promulgação da PNM, que atribuiu a devida importância à lista, priorizando seu uso e instituindo a obrigatoriedade de revisão permanente (BRASIL, 2019).

Ainda ao final da década de 90, surge a Lei 9787/1999 que cria os medicamentos genéricos. No mesmo ano, a Portaria 176 /1999 que cria o incentivo a AF básica e o elenco de medicamentos básicos, também a Lei 9782 /1999 estabelece a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), um marco para a regulamentação do mercado farmacêutico.

Após a criação da ANVISA iniciou-se um processo para a institucionalização da farmacovigilância, com responsabilidade de estabelecer, coordenar e monitorar os sistemas de vigilância toxicológica e farmacológica, além da regulação, controle e fiscalização de medicamentos, viabilizando a implantação do programa nacional de farmacovigilância coordenado pelo Centro Nacional de Monitorização de Medicamentos (CNMM) que em 2001 passou a ser o 62º membro efetivo do Programa Internacional da Organização Mundial da Saúde (OMS) (ANVISA, 2020).

O Sistema Nacional de Notificações em Vigilância Sanitária, formulário de notificação de medicamento que ocasionou danos à saúde (Notivisa-medicamento), disponibilizado em 2008 pela ANVISA, é o principal sistema de notificações espontâneas de suspeitas de reações adversas a medicamentos no Brasil. Visa, sobretudo, a agregar as notificações e, por conseguinte, gerar sinais de alertas e hipóteses sobre a segurança de medicamentos (MOTA; VIGO; KUCHENBECKER, 2019).

A Rede Sentinela funciona como observatório no âmbito dos serviços para o gerenciamento de riscos à saúde, em atuação conjunta e efetiva com o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS). Os serviços que compõem a Rede notificam e monitoram eventos adversos e queixas técnicas de produtos sob vigilância sanitária (medicamentos, vacinas e imunoglobulinas; pesquisas clínicas; cosméticos, produtos de higiene pessoal ou perfume; artigos e equipamentos médico-hospitalares; kit reagente para diagnóstico *in vitro*; uso de sangue ou componentes; saneantes e agrotóxicos) em uso no Brasil. As suspeitas de eventos adversos e queixas técnicas são monitorados e investigados juntamente com a Vigilância Sanitária. A conclusão dessas investigações pode resultar em diversas decisões como a retirada do produto do mercado, a restrição de uso e de comercialização entre outras intervenções (ANVISA, 2020).

A ANVISA também disponibiliza, na Internet, formulários de notificação de suspeita de reação adversa a medicamento. Um deles é destinado a usuários de medicamentos que preferam enviar a comunicação diretamente à ANVISA, sem o intermédio de um profissional de saúde. Outro é direcionado a profissionais da saúde, que podem tanto notificar suspeita de reação adversa a medicamento, quanto desvio da qualidade de medicamento. Ainda há um terceiro formulário destinado a indústrias farmacêuticas ((DRESCH, 2006).

Em 2003, é criado o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), vinculado à Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE) do MS para no âmbito de suas atribuições, formular, implantar e coordenar ações de AF, prestar cooperação técnica, e interfaces com outros setores do governo, sociedade civil organizada (REBRATS, 2018).

Posteriormente, realizou-se a I Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, com o foco no acesso, na qualidade e na humanização na AF e, com base nas propostas nela emanadas, o CNS aprovou e publicou a Resolução CNS n. 338, de 6 de maio de 2004, que estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), definindo-a como (CONASS, 2011):

“Um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população” (BRASIL, 2004).

Assim, a PNAF vem reforçar o caráter amplo da AF, promovendo sua reorientação ao deslocar seu foco estritamente do componente logístico, com ênfase no produto, a fim de incluir a melhoria da gestão e a qualidade do cuidado, enfocando o usuário dos serviços, tornando a AF parte integrante do processo de cuidado aos pacientes, com ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação de saúde. Entretanto, ficaram explícitas as necessidades de qualificação dos serviços de AF e do URM. Também, a PNAF ampliou a responsabilidade de gestão municipalista, passando a ter os municípios como os principais responsáveis pela aquisição dos produtos da AF, o que demanda conhecimento, organização e gestão política,

tornando-se um desafio aos governos (BARBOSA et al., 2017; BRASIL, 2014b; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI,2010; VIEIRA, 2008).

Apesar de constituir insumo essencial para a resolutividade da atenção à saúde, o medicamento foi tardiamente compreendido como parte do processo de atenção e do sistema de saúde. A PNM foi publicada em 1998, e a PNAF, em 2004, trazendo a concepção dos serviços farmacêuticos relacionados ao uso dos medicamentos na atenção à saúde. Tal histórico permite compreender como os espaços e equipamentos relativos à AF nas unidades de saúde não tiveram atenção adequada por longo período em que estas unidades foram implantadas e que se reflete ainda hoje (LEITE et al., 2017).

No entanto a PNM e a PNAF, constituem marcos legais evidenciando a relevância dada a AF no âmbito da atenção à saúde que tornaram a AF parte integrante do processo de cuidado aos pacientes, assim, o SUS vem implementando estratégias diversas para efetivação da AF como uma política pública, indispensável à integralidade da atenção à saúde como direito social e dever do Estado (BARBOSA et al., 2017; COSTA E. et al, 2017; VIEIRA, 2010).

O Pacto pela Saúde em 2006 (Portaria 399/2006), que consolida os Pactos Pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão, confirmou o papel norteador da AF inserindo-a em ações estratégicas e definiu-se que o financiamento referente à AF é de responsabilidade das três esferas de governo devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de AF necessárias, de acordo com a organização dos serviços de saúde. A Portaria GM/MS n. 204, de 29 de janeiro de 2007, definindo-a como um dos cinco blocos de financiamento do SUS e regulamentou a forma de transferência dos recursos financeiros federais, estabelecendo, entre outros, o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, constituído por três componentes: o componente básico, o componente estratégico e o componente especializado (CONASS, 2011).

Outras políticas importantes complementam a AF, duas delas são: a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicas (BRASIL, 2006).

A concepção da farmácia, como estabelecimento de saúde, com vistas a uma acessibilidade adequada e ao URM, deve ser observada no setor privado tanto quanto no setor público, como regulamenta a Lei 13.021 /2014. Entretanto, mesmo com melhorias dos recursos voltados para a área da gestão da AF, conforme estabelece a

Portaria MS 1.555/2013, ainda são necessários maiores investimentos em recursos físicos, materiais e humanos. Além disso, a elevação do gasto público per capita, em medicamentos acima do valor pactuado, suscita a necessidade de intensificar medidas de racionalização gerencial, aprimorando o acesso qualificado e uso apropriado de medicamentos pela população (SILVA et al., 2016).

A AF apresenta componentes de natureza técnica, científica, de inovação tecnológica e operativa, tendo por objeto a relação com o usuário, organizada de acordo com a complexidade, as necessidades da população e as finalidades dos serviços de saúde. Engloba um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o seu acesso e o uso racional (BRASIL, 2012; 2014b).

Os serviços farmacêuticos têm importantes implicações nos resultados em saúde, contribuindo com a garantia de acesso e uso apropriado de medicamentos de qualidade, sustentabilidade gerencial, por seu potencial de contribuir na racionalização dos custos. Assim, a AF deve combinar estrutura, pessoas e tecnologias, num dado contexto social, a fim de contribuir na melhoria da qualidade de vida da população (COSTA E. et al, 2017; SILVA et al., 2016).

Neste sentido, a AF só atinge sua plenitude e seus objetivos quando vincula suas ações, de forma qualificada, às demais ações de cuidado da equipe de saúde, pois se constitui um dos elementos fundamentais para estruturação das RAS, caracterizado pela prestação de serviços comuns, transversais, a todas as redes, se bem estruturada, contribui para aumentar sua resolubilidade e legitimar as linhas de cuidado (ARAÚJO S., 2017; MEDEIROS, ROMANO-LIEBER, TANAKA; 2017).

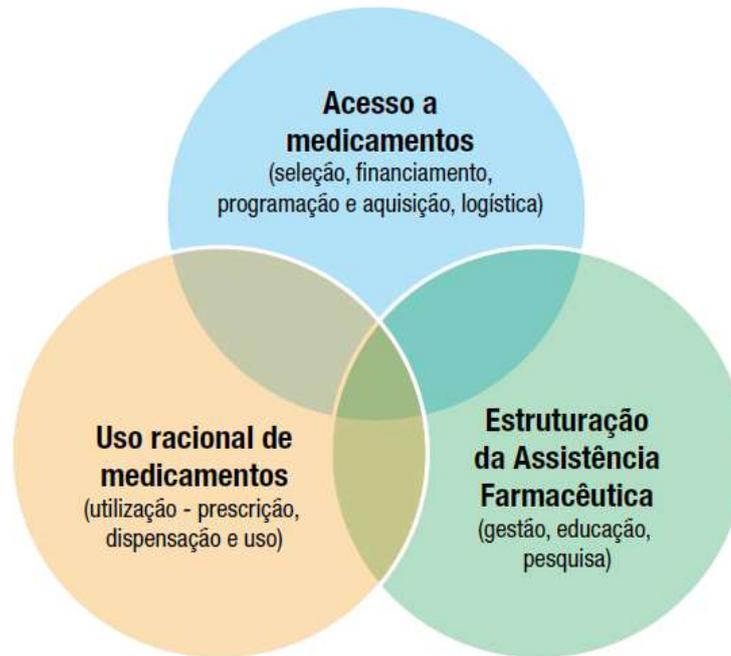
O apoio às RAS, por meio do cuidado farmacêutico e da educação em saúde propriamente dita, entre as quais se destacam as atividades de vigilância a saúde e as consultas individuais ou compartilhadas, essenciais no processo de enfrentamento das condições crônicas, que exige, além da continuidade assistencial e da integração do trabalho multiprofissional, uma atuação diferenciada de cada profissional, o que no caso do farmacêutico deve se voltar prioritariamente às pessoas que convivem com morbidades; aos pacientes polimedicados e/ou àqueles que apresentem baixa adesão ao uso de medicamento. Portanto, é fundamental que a AF esteja integrada à APS, com foco no usuário e não apenas no medicamento, para manejo clínico dessas condições, evitando a sua fragmentação (ARAÚJO S., 2017; BRASIL, 2018).

A proposta de modelo lógico da AF no SUS representa a sistematização das legislações atualmente disponíveis (MEDEIROS, ROMANO-LIEBER, TANAKA, 2017):

- Acesso a medicamentos: seleção, financiamento sustentável, programação e aquisição e a logística são os componentes do modelo lógico que permitem viabilizar o acesso da população a medicamentos seguros, eficazes e de qualidade no âmbito do SUS;
- URM: prescrição apropriada, disponibilidade oportuna, dispensação em condições adequadas e o consumo de medicamentos pelo paciente em doses, em intervalos e por um período de tempo recomendados. É no componente “utilização” que estão os três atores fundamentais para este processo: os prescritores, os pacientes e os dispensadores, interagindo entre si;
- Estruturação: Os componentes de gestão, educação e pesquisa, por meio da atuação fornecem dos gestores nas três esferas de Governo é orientada pelas normas sanitárias e pactuações vigentes e influenciada por atores externos como os Conselhos de Saúde, as Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite, os Órgãos de Classe, a Academia e o Mercado Farmacêutico.

O intuito é promover a integração da AF às RAS, no entanto, é necessário desenvolvimento de ações estruturantes e sinergia das ações nos três níveis de governo, onde o acesso aos medicamentos deve contar com estratégias para o URM, pela promoção da qualidade dos serviços prestados e dos processos de gestão (MEDEIROS, 2018).

Figura 1: Três pilares da Assistência Farmacêutica no SUS e seus respectivos componentes relacionados:



Fonte: MEDEIROS, ROMANO-LIEBER, TANAKA; 2017

Desde 2013, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) edita anualmente a publicação "Experiências Exitosas de Farmacêuticos no SUS", com intuito de sensibilizar os gestores públicos de saúde sobre como o trabalho farmacêutico qualificado interfere positivamente na melhoria do quadro geral de saúde da população local, favorecendo o acesso e contribuindo para o URM e reduzindo custos com compra de medicamentos. As várias experiências publicadas comprovam que o farmacêutico, inserido nas equipes do SUS, tem uma contribuição valiosa para a melhora clínica, econômica e de humanização no resultado do cuidado com o paciente, transformando a realidade dos usuários de medicamentos de forma inspiradora (CFF, 2020).

2.3 DESAFIOS DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A APS vem assumindo papel relevante no processo de construção do SUS como coordenadora do cuidado no território nacional, caracterizando-se por um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, no âmbito individual e coletivo, priorizando a integralidade do cuidado, sendo um dos maiores desafios para os gestores a implementar práticas que contribuam para a efetivação de seus princípios numa rede de serviços adequada às necessidades da população (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019; CONASS, 2011; MELO; SILVA; CASTRO, 2016).

A descentralização político-administrativa do SUS enfatiza os municípios pela ampliação de sua responsabilidade e capacidade de gestão, entretanto, ao mesmo tempo que promoveu o fortalecimento dos princípios do SUS, trouxe desafios aos gestores estaduais e municipais na promoção das mudanças para o novo modelo de gestão voltada ao cidadão (BRUNS; LUIZA; OLIVEIRA, 2014; SILVA et al., 2016).

A ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, tendo como porta de entrada a APS, se destacou com a implantação do Programa de Saúde da Família, hoje Estratégia de Saúde da Família (ESF), como estratégia estruturante prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS como modelo de atenção à saúde o que exigiu mudanças na organização da AF para que desenvolva suas ações de maneira integrada as ações de atenção à saúde, capacitando-se para atender as demandas que essa realidade impõe para o enfrentamento dos desafios sanitários, econômicos e sociais da saúde que pesar dos avanços alcançados e do esforço para consolidar a AF e a busca da melhoria do acesso da população aos medicamentos essenciais, a superação da fragmentação é uma medida imprescindível, como por exemplo, um paciente que faz uso de medicamentos de distintos componentes sendo dispensados em farmácias sob responsabilidade de diferentes instâncias gestoras (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019; CONASS, 2011; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

O trabalho interprofissional em saúde, de forma colaborativa, apresenta-se como uma das melhores alternativas de enfrentamento dos desafios altamente complexos do setor saúde e a concretização da interdisciplinaridade (FARIAS et al., 2017), que diz respeito à esfera das disciplinas, ciências ou áreas de conhecimento, enquanto a interprofissionalidade corresponde à prática profissional desenvolvida no

trabalho em equipe de saúde em articulação com os diferentes campos de práticas centralizadas no usuário e suas necessidades (PEDUZZI et al., 2013).

Neste sentido, as ações de saúde deixam de ser concentradas exclusivamente no ato médico e passam a ser distribuídas entre outros profissionais da área, inclusive o farmacêutico, os quais vêm passando por um expressivo processo de qualificação e aprimoramento, fazendo com que os gestores percebam os benefícios dos serviços farmacêuticos passando a incluí-los na saúde pública municipal com benefícios para a população, a ESF e a instituição dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que prevê a inclusão de outros profissionais da saúde na equipe da ESF, são exemplos deste processo de construção (CONASS, 2011).

É inegável a importância da AF na APS e indissociável do modelo assistencial existente, visto que este nível de atenção deve resolver os problemas de saúde de maior relevância. Apesar de não fazer parte da equipe mínima da ESF, a participação do farmacêutico é imprescindível na orientação dos usuários quanto ao uso, à adesão e à terapia de medicamentos. AF é traduzida em ações relacionadas às demandas que são construídas no cotidiano das pessoas, da família e dos grupos sociais, principalmente porque, Unidades Básicas de ESF se tornaram ponto de distribuição de medicamentos, fazendo-se necessário garantir um controle desde a aquisição até dispensação através de um atendimento contínuo e integral (ARAÚJO; UETA; FREITAS; 2005; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Araújo (2008) classificou a grande área da AF em duas subáreas distintas, porém complementares:

- a) Tecnologia de gestão do medicamento: que compreende as ações voltadas para a garantia do acesso envolvendo o ciclo logístico, a saber padronização dos medicamentos, mecanismos de aquisição, armazenamento e logística de distribuição de modo a garantir a racionalidade administrativa;
- b) Tecnologia do uso do medicamento: envolve desde a prescrição até a utilização correta e eficaz dos medicamentos, o cuidado farmacêutico /acompanhamento farmacoterapêutico.

Apesar da tendência à incorporação de práticas, priorizando a tecnologia do uso de medicamentos, como o Cuidado Farmacêutico, que estimulam o farmacêutico a um enfoque mais inclusivo no atendimento ao paciente, este tipo de exercício profissional ainda é bastante limitado nos serviços de saúde. Ainda o principal foco do

trabalho do farmacêutico, no Brasil, se limita a tecnologia de gestão, controle e distribuição de medicamentos (ARAÚJO et al., 2008; COSTA E. et al., 2017).

Entretanto, para que de fato as políticas públicas estabelecidas sejam implementadas, para além da melhoria do acesso a medicamentos, a adoção de medidas para racionalização e otimização dos recursos financeiros, promovendo o URM, melhorando o acompanhamento do paciente e estimulando a adesão ao tratamento é preciso que essa área se estruture e assegure os recursos humanos, financeiros e materiais necessários à sua execução além de uma gestão eficaz, efetiva e eficiente (CONASS, 2011; VIEIRA, 2010).

Nascimento Júnior et al. (2016) sugerem que sejam desenvolvidas políticas e programas específicos, a exemplo do QUALIFAR–SUS, para estimular a contratação e fixação dos farmacêuticos, conformando um conjunto de práticas, em que o beneficiário direto são os usuários com reflexos econômicos e epidemiológicos importantes na gestão e construção do SUS.

Além da contratação de recursos humanos farmacêuticos, há de se considerar que historicamente esse profissional deslocou sua atividade tendo o paciente como seu objeto de trabalho só que indiretamente na produção de medicamentos e nas análises clínicas. Ao retomar sua relação direta com o paciente, é necessário nova fundamentação para atuar e superar a dificuldade em traduzir conhecimento formal para atividades junto ao público, estabelecendo relação de confiança com o paciente, uma ruptura do padrão tecnicista com uma identidade mais social dos serviços farmacêuticos, em auxílio a uma atuação que enfatize a responsabilidade pelas necessidades dos indivíduos (ARAÚJO et al., 2008; COSTA E. et al., 2017)

Para o alcance dos objetivos da PNAF é necessário avançar na qualificação dos serviços farmacêuticos que devem incluir não apenas aspectos técnico-práticos, mas também subjetivos, preparo para lidar com questões subjetivas como anseios e dúvidas sobre a terapêutica. Além de recursos para estruturação das unidades de dispensação e disponibilização de sistema informatizado (COSTA K. et al., 2017; LEITE et al., 2017).

Ao longo dos anos ocorreram mudanças em várias áreas relacionadas aos medicamentos. Tanto a legislação sanitária tem sido atualizada, para acompanhar e enfrentar o avanço científico e tecnológico quanto na regulação do mercado farmacêutico nacional, especialmente em relação às compras públicas, além de iniciativas de reorganização no financiamento e o avanço na descentralização das

ações na AF, processo que impõe o desenvolvimento de saberes e habilidades, competência técnica para gerenciar a área, otimizar recursos, estabelecer objetivos e metas, medir resultados e promover processo contínuo de melhorias (CONASS, 2011).

O MS, considerando a necessidade de promover o aperfeiçoamento da AF e auxiliar na qualificação do atendimento prestado aos usuários do SUS, desenvolveu, em 2009, o HÓRUS - Sistema Nacional de Gestão da AF, instrumento tecnológico, que foi distribuído aos municípios e promoveu o QUALIFAR-SUS - Programa Nacional de Qualificação da AF para contribuir no processo de aprimoramento e integração sistêmica das atividades da AF nas ações e serviços de saúde, visando uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada (BRASIL, 2012). O programa contemplou em 2012, 453 municípios; em 2013, alcançou 903; em 2014, 1582; em 2017, 2.211; em 2018, 2.862; e em 2019, com a habilitação de 652 municípios, totalizou 3.514, 63% dos municípios brasileiros (ALMEIDA, 2019; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

2.3 GESTÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A AF representa uma das áreas com maior impacto financeiro no SUS e sua gestão neste âmbito se reveste de fundamental importância dada a crescente demanda por medicamentos, fazendo-se crucial o fortalecimento da gestão para sustentabilidade e consolidação do SUS, entendendo que gerenciar é alcançar resultados por meio de pessoas, utilizando eficientemente os recursos disponíveis como fruto de conhecimentos, habilidades e atitudes. Abrange ações de planejamento, de execução, de acompanhamento e de avaliação dos resultados, sendo esta de caráter permanente, para um novo planejamento, nova execução, novo acompanhamento e nova avaliação (BRUNS; LUIZA; OLIVEIRA, 2014; CONASS, 2011, MARIN et al, 2003).

No conceito clássico da “gerência científica”, Taylor e Fayol, conceituam gerência como o ato de planejar, coordenar, controlar, avaliar e organizar, atividades que também estão relacionadas à gestão são importantes referenciais teóricos que objetivam o aumento da produção (LEITE; GUIMARÃES, 2016; MENDES et al., 2015).

Diante da complexidade dos serviços públicos foi necessária uma reconstrução de conhecimentos, já que o objetivo dos serviços públicos não é o lucro, mas o gerenciamento dos resultados, eficiência e eficácia administrativas, redução das desigualdades sociais e dos gastos públicos a partir de orçamentos limitados, qualidade na prestação de serviços à população e aumento da qualidade de vida, fundamentado na ética, a moral e a jurisdição, princípios essenciais que devem ser assumidos por todos aqueles que administram os bens públicos em favor do cidadão e da justiça social (BRUNS; LUIZA; OLIVEIRA, 2014; LEITE et al., 2016).

Neste contexto, surgem outras concepções de gestão que envolvam aspectos técnico-administrativos, mais próximos da teoria da administração clássica, como também aspectos estratégicos, sociais e políticos que se aproximam da ciência política, Barreto e Guimarães (2010) tratam como “um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados.”

Marin et al (2003) entendem que a gestão pode ser desenvolvida em diferentes níveis de uma organização (superior, intermediário e operacional), com proporções diferenciadas de conhecimentos e habilidades técnicas e gerenciais constituindo um processo decisório com diferentes intensidades.

A gestão pública ou administração pública deve reconhecer os diferentes poderes da população, o forte componente político que representa a sociedade e os seus diferentes graus de influência no processo decisório o que exige mecanismos de cogestão, onde governar é compreendido como um ato coletivo, em que o ator social que governa é uma composição dinâmica entre diversos atores (LEITE; GUIMARÃES, 2016; MARIN et al., 2003; ROVER; LEITE, 2015).

As várias correntes teóricas e perspectivas empíricas sobre o conceito de “Gestão do SUS”, a considerar a necessidade negociação permanente para a construção de consensos e compromissos entre os gestores, justificou-se a criação de espaços decisórios de gestão compartilhada, no intuito de fortalecer a articulação interfederativa, mediados pelas instâncias colegiadas de gestão do SUS, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Conselho de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS), Conselho Estadual de Saúde (CES), Conselhos Municipais de Saúde, Colegiados de Gestão Microrregional, Comissão Intergestores Tripartite (CIT), Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Comissão Intergestores Regional (CIR), (LEITE; GUIMARÃES, 2016; TAMAKI et al., 2012).

Nos espaços como CIT, CIB e CIR, são pactuadas as formas de organização, direção e gestão da saúde, considerando o processo de descentralização no SUS, fazendo com que o planejamento e orçamento do SUS seja realizado de forma ascendente, do nível local até o federal, compatibilizando as necessidades de política de saúde nos diferentes níveis de sistema. Nos Conselhos de Saúde, com a participação comunitária, deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades na gestão do SUS. Tais espaços costumam ser, por excelência, espaços onde existem conflitos, devido as diferenças e iniquidades regionais, de natureza demográfica, social, econômica e sanitária, bem como interesses ideológicos e/ou partidários. Sob o contexto da democracia, estas discussões interfederativas, aglutinadoras de dissenso e consenso, são positivas, considerando que estes espaços são reconhecidos como foros de negociação e pactuação entre gestores (LEITE; GUIMARÃES, 2016; ROVER; LEITE, 2015).

Para alcançar os propósitos da gestão e garantir o funcionamento do SUS cumprindo os preceitos constitucionais, a gestão da saúde utiliza-se de instrumentos de gestão para planejamento, execução, acompanhamento e avaliação de resultados, visando a realização de diagnósticos, definição de prioridades na resolução de

problemas e definição de metas que aperfeiçoem o funcionamento do sistema de saúde (LEITE; GUIMARÃES, 2016). Os principais instrumentos de gestão no SUS são: Agenda de Saúde; Planos de Saúde; Programação Anual em Saúde, que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde; Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA), que deverão ser compatíveis com os Planos de Saúde; Relatórios de Gestão; Plano Diretor de Regionalização; e Programação Pactuada e Integrada.

A ausência de planejamento compromete a gestão, no entanto além de inovar nos instrumentos de gestão, a gestão da saúde enfrenta diversos desafios na prática das instituições, exigindo dos gestores capacitação e esforço técnico, conhecimentos, habilidades humanas e políticas e interação com a sociedade frente à complexidade da gestão do SUS (ROVER; LEITE, 2015; TAMAKI et al., 2012).

Para Donabedian (1990) o conceito de qualidade em saúde envolve vários componentes, que podem ser reunidos em sete grupos, os chamados 7 pilares da qualidade:

1. Eficácia: o melhor que se pode fazer, nas condições mais favoráveis
2. Efetividade: melhoria na saúde alcançável na prática cotidiana;
3. Eficiência: melhoria alcançada com o menor custo possível (para o paciente);
4. Otimização: relação entre o custo e benefício mais favorável;
5. Aceitabilidade: adaptação do cuidado em saúde aos desejos, expectativas e valores do paciente e sua família;
6. Legitimidade: conformidade do cuidado prestado com as preferências da comunidade ou sociedade;
7. Equidade: determinação do que é justo ou razoável na distribuição do cuidado entre os membros da população.

Dentro das discussões sobre gestão pública, tem-se um esquema denominado Triângulo de Governo proposto por Carlos Matus (1993) sobre a possibilidade da capacidade de governo ser aferida a partir de três dimensões, interdependentes entre si, uma tentativa de colocar, sobre o mesmo esquema, as diferentes facetas da administração pública, privilegiando tanto categorias normativas (existência de projetos de governo) e categorias administrativas (capacidade técnica de direção e planejamento), quanto categorias políticas (governabilidade do sistema) como dimensões imprescindíveis para a capacidade de governar, mutuamente

condicionadas (BARRETO; GUIMARÃES; 2010; GUIMARÃES et al., 2004; MATUS, 1993).

Assim, essas dimensões contemplam as seguintes ideias (MARIN, 2003; MATUS, 1993):

- **Projeto de governo:** processo para alcance dos objetivos, revela a necessidade de direção, projetos claros e legislação capaz de orientar e sustentar decisões;
- **Governabilidade do sistema:** remete aos aspectos políticos de construir fortes alianças, que reduza a resistência ao projeto de governo, superando obstáculos, buscando controlar as variáveis decisivas para sua execução;
- **Capacidade de governo:** caracteriza-se por manter e mobilizar capital intelectual, político ou financeiro acumulado pelas equipes de trabalho para a executar os projetos; perícia para conduzir, manobrar e superar as dificuldades da mudança proposta.

Ao gestor que atua em ambientes onde a realidade social é extremamente dinâmica e onde está sujeito a situações de incerteza e de imprevisibilidade, gerenciar é uma prática que requer visão ampliada dos problemas e da realidade que se pretende transformar (ROVER; LEITE, 2015).

Assim, Guimarães et al. (2004), inspirados no Triângulo de Matus entenderam que tal capacidade de governar se aproxima, tanto do ponto de vista conceitual como operacional da capacidade de gestão e admitem a demonstração desse conceito por meio de três dimensões (MENDES et al.;2015):

- **Organizacional:** (capacidade de decidir) evidencia o formato do processo decisório (quem e como se decide); diz respeito aos aspectos relacionados à capacidade de planejar e decidir de forma participativa, autônoma e transparente;
- **Operacional:** (capacidade de executar) que indica iniciativas de gestão no sentido de manter e ampliar as condições logísticas e gerenciais da organização, mobilizando recursos técnicos, administrativos /financeiros, inclusive os estratégicos;
- **Sustentabilidade:** (capacidade de sustentar resultados) que revela como os gestores vêm construindo a capacidade de sustentar os resultados de gestão; aspectos relacionados com a institucionalização de mecanismos e estratégias

que ampliem e/ou consolidem apoios e alianças capazes de favorecer a sustentabilidade das decisões e dos resultados pretendidos pela gestão.

A gestão da AF vem avançando desde a implantação do SUS, e de forma geral, entende-se que o desenvolvimento deste campo de atividade na AF está em pleno curso (ROVER; LEITE, 2015). No entanto, a herança da administração clássica e científica, embora apreça facilitar a visualização das etapas do ciclo da AF (MARIN et al., 2003) e dar uma ideia de continuidade das tarefas logísticas, o ciclo também pode condicionar a AF a uma visão simplista e reduzida, exclusivamente operacional, desafiando sua construção no SUS de forma a garantir acesso e URM, tendo o usuário como centro das atividades no entendimento de gestão de suas ações com um processo técnico, político e social capaz de produzir resultados, pautado nos princípios orientadores do SUS. (MENDES et al., 2015).

Na trajetória de construção da AF no SUS é possível identificar uma concepção minimalista da gestão da AF, focado em uma visão tecnicista, delimitada ao cuidado do produto medicamento, em detrimento de iniciativas de gestão de natureza estratégica e política visando o URM, mesmo considerando a PNAF, o medicamento como o insumo essencial e não o foco dos serviços da AF, tal cenário leva a gestão da AF a enfrentar constrangimentos no âmbito municipal (BARRETO; GUIMARÃES, 2010; LEITE; GUIMARÃES, 2016; ROVER; LEITE, 2015).

A AF ganhou projeção em decorrência, especialmente, do aumento no número de ações judiciais que determinam aos gestores do SUS fornecimento de medicamentos com vistas a concretização da integralidade da assistência terapêutica (VIEIRA; ZUCCHI, 2015), mostrando maior acesso da população ao Poder judiciário e consciência sobre o direito a saúde, dificuldade de acesso a produtos farmacêuticos que constam em políticas públicas, além de decisões judiciais que desconsideram políticas públicas e princípios do SUS e potencialmente promovendo a desorganização do sistema e aumento da iniquidade no acesso aos serviços (VIEIRA, 2017).

Para Vieira (2017), a organização dos serviços da AF em muitos municípios ainda é preciso garantir:

- a) Tempestividade nos processos de aquisição e distribuição de medicamentos;
- b) Integração e comunicação entre as farmácias;
- c) Disponibilidade de farmacêuticos;

- d) Informação aos pacientes sobre a organização dos serviços;
- e) Prática da farmácia clínica;
- f) Infraestrutura adequada, inclusive com informatização das farmácias e centrais de abastecimento, além de sua conexão com os demais serviços de saúde;
- g) Garantia de economicidade, tanto em relação aos medicamentos quanto ao modelo de gestão da assistência farmacêutica.

Ainda citando Vieira (2017), novos arranjos organizacionais, adotados por secretarias de saúde passam a lançar mão de um modelo privatizado de dispensação de medicamentos com vantagens e desvantagens à garantia de acesso a medicamentos, seu uso racional e à economicidade no SUS:

Figura 2: Modelos de gestão da assistência farmacêutica e possíveis consequências para o acesso a medicamentos e para administração pública:

Modelos de gestão da assistência farmacêutica	Exemplo	Acesso a medicamentos	Algumas possíveis dificuldades sob a perspectiva da administração pública
Gestão pública estatal	Assistência farmacêutica pública estatal (maioria dos municípios brasileiros)	Depende muito do desempenho da equipe da Secretaria de Saúde na gestão do componente logístico e do financiamento regular das aquisições	<ul style="list-style-type: none"> • Gerenciamento dos processos de aquisição • Dificuldades para cumprimento de cronogramas de distribuição • Falta de medicamentos nas unidades de saúde
Mix público e privado integrado	Gestão das unidades de saúde, inclusive farmácias, por organizações sociais (OSS), mas gestão global da assistência farmacêutica sob responsabilidade da administração pública	Depende muito do desempenho da equipe da Secretaria de Saúde na gestão do componente logístico da assistência farmacêutica e do financiamento regular das aquisições	<ul style="list-style-type: none"> • Podem ocorrer os problemas mencionados anteriormente em razão de o componente logístico da assistência farmacêutica ficar sob a responsabilidade da administração pública • Dificuldades de coordenação das ações do componente técnico (a gestão da unidade de saúde é da OSS e os farmacêuticos são contratados por ela) • Sobreposição de programas com custos diferenciados para a mesma fonte pagadora e indução do mercado para garantir oferta apenas por meio do programa que lhe seja mais rentável
Mix público e privado segmentado	Assistência farmacêutica pública estatal ou pública por meio de OSS coexistindo com o Programa Farmácia Popular	É facilitado pelo fornecimento de medicamentos por meio da rede privada de estabelecimentos farmacêuticos (drogarias)	<ul style="list-style-type: none"> • Custos podem ser mais elevados que nos outros modelos • Dificuldades de regulação e controle dos gastos • Desarticulação entre os componentes técnico e logístico da assistência farmacêutica • Acompanhamento farmacoterapêutico pela administração pública fica prejudicado, a menos que sejam criados mecanismos para interligar os serviços de saúde do SUS à rede privada • Fragmentação do cuidado pode ser maior

Fonte: Vieira (2017).

2.4 AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A execução da gestão pública com base em ações de monitoramento e avaliação de processos e resultados tem sido priorizada pelo MS para implementação de iniciativas que promovam o acesso com qualidade aos serviços de saúde, especialmente devido a garantia da qualidade da atenção constituir um dos principais desafios do SUS, devendo compreender os princípios de integralidade, de universalidade, de equidade e de participação social (BRASIL, 2016b)

Além de planejamento (diagnóstico, definição de objetivo/ meta, e plano/ cronograma de atividades), os gestores de determinada organização precisam estabelecer critérios de acompanhamento e avaliação, realizados por meio de instrumentos que possibilite a detecção do quanto se avançou, aumentando assim, a possibilidade de alcance dos objetivos propostos e evitando o desperdício de esforços e recursos (BRASIL, 2006; MARIN et al., 2003).

Para fins de definições, “acompanhamento” são ações desenvolvidas, de forma rotineira, para verificar se as atividades estão sendo realizadas conforme planejado, permitindo observar a existência de mudanças, porém não as suas razões, além de permitir intervenção, com ações corretivas durante a implementação ou curso do serviço ou do projeto. Já a “avaliação” se refere à emitir juízo de valor, ou seja, julgamentos resultantes da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborados com base em procedimento científico (pesquisa avaliativa), podendo ser externa, caso seja conduzida por uma equipe que não faz parte da organização; ou interna, se realizada pela própria organização com intuito de identificar o quanto os resultados e impactos pretendidos estão sendo atingidos bem como suas razões, deve produzir diagnóstico capaz de nortear ações futuras (BRASIL, 2006; 2016b; MARIN et al., 2003; TAMAKI et al., 2012).

No entanto, a avaliação frequentemente é associada a uma ideia “negativa” dos avaliados, ou seja, a uma percepção de que a avaliação resulta em ações punitivas e no constrangimento daqueles que não alcançaram determinados resultados, além de uma concepção de que se trata de um conjunto de saberes complexos compreendidos e aplicáveis apenas por especialistas ou professores universitários, tornando evidente a necessidade de superação de tais concepções e instituição da avaliação como estratégia permanente para a tomada de decisão e melhoria da qualidade das ações de saúde (BRASIL, 2016b).

Para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, o conceito clássico estabelecido por Donabedian (1990) desenvolveu pressupostos que estabelece a tríade “estrutura-processo-resultado”, amplamente aceito e divulgado em virtude de sua compatibilidade e utilidade para os programas de saúde por contemplar sua lógica de funcionamento: recursos, organização, atividades, serviços e efeitos:

- **Estrutura:** características estáveis da assistência à saúde (recursos humanos, físicos ou financeiros) para organização dos serviços.
- **Processo:** atividades desenvolvidas entre os profissionais e os pacientes.
- **Resultado:** mudança no estado atual e futuro da saúde do paciente que possa ser atribuída assistência prestada, inclui também o grau de satisfação do paciente e sua comunidade.

Conceitualmente, a qualidade será uma construção social, produzida com base nas referências dos sujeitos envolvidos – os quais atribuem significados às suas experiências, privilegiando ou excluindo determinados aspectos segundo uma hierarquia de preferências, considerando a pluralidade de suas dimensões (política, econômica, social, tecnológica) e os sujeitos implicados em sua construção (indivíduos, comunidades, grupos, gestores, usuários e profissionais) (BRASIL, 2016b).

Para Novaes (2000), para que a avaliação ganhe inteligibilidade, é necessário a definição do objeto e o sujeito da avaliação, posição do avaliador, propósitos, objetivos, modos de proceder (metodologia predominante), forma de utilização da informação produzida, contexto da avaliação, temporalidade da avaliação, e tipo de juízo formulado e a combinação das características dos critérios de avaliação pode ser identificado três grandes tipos de pesquisa de avaliação: investigação avaliativa, avaliação para decisão e avaliação para gestão (GUIMARÃES et al., 2004).

Figura 3: Caracterização de tipos de avaliação segundo critérios selecionados:

Crítérios	Investigação avaliatória	Avaliação para decisão	Avaliação para gestão
Objetivo	Conhecimento	Tomada de decisão	Aprimoramentos
Posição do avaliador	Externo (interno)	Interno/externo	Interno/externo
Enfoque priorizado	Impactos	Caracterização e Compreensão	Caracterização e Quantificação
Metodologia dominante	Quantitativo, experimental, quase experimental	Qualitativo e quantitativo situacional	Quantitativo e qualitativo situacional
Contexto	Controlado	Natural	Natural
Utilização da informação	Demonstração	Informação	Instrumento para gestão
Juízo formulado em relação à temporalidade	Hipóteses Pontual/replicado	Recomendações Corrente/pontual	Normas Integrado/contínuo

Fonte: Novaes (2000, p. 549)

A avaliação pode ter como objetivo a identificação de questões que precisam ser aprimoradas, as que precisam ser mantidas e as que precisam ser priorizadas, para o alcance da imagem-objetivo, que é a situação futura ideal ou desejada, bem como detectar fatores que facilitam ou impedem que os resultados esperados sejam atendidos marcando o direcionamento das estratégias a serem implantadas (GUIMARÃES et al., 2004; MATUS, 1993).

De acordo com Marin et al. (2003) a avaliação só se completa e servirá para subsídio para tomada de decisões e intervenções concretas quando os resultados retornam para os atores envolvidos, destacando adequadamente os pontos relevantes e o bom desempenho, além de apresentar as fragilidades e oportunidades de melhoria, devendo ser entendida como uma ferramenta de planejamento em gestão, que deve ser entendido como um processo de aprendizagem/correção/aprendizagem, e correção permanente da trajetória.

A autoavaliação é entendida como ponto de partida na identificação e no reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde, momento que os sujeitos avançam na autoanálise, na autogestão, na identificação dos problemas, bem como na formulação das estratégias de intervenção para a melhoria dos serviços, das relações e do processo de trabalho produzindo sentidos e significados com potencial de facilitar a mobilização de iniciativas para mudança, aprimoramento dos serviços, reorganização

da equipe e da gestão, identificação das principais necessidades de educação permanente e de apoio institucional (BRASIL, 2016b).

Na APS processos de autoavaliação devem ser contínuos e permanentes, uma cultura internalizada de monitoramento e de avaliação pela gestão, coordenação e equipes/ profissionais, pois se constitui como elemento relevante da avaliação sistemática das atividades desenvolvidas por gestores e trabalhadores, identificando as fragilidades e as potencialidades, seus resultados devem ser discutidos na busca pela compreensão dos nós críticos e dos aspectos positivos da prática, com vistas a realizar mudanças e conduzindo a planejamentos de intervenção para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços (BRASIL, 2016b; VILELA; SANTOS; KEMP, 2017)

O MS tem induzido a institucionalização da AF com ações político-normativas que refletem no financiamento, estruturação e organização dos serviços farmacêuticos no SUS, entretanto, o processo de institucionalização necessita de avaliação já que suas ações tendem a ser duradouras, socialmente aceitáveis, resistente às mudanças e não diretamente dependentes de recompensas ou do monitoramento de sua permanência. Nesse sentido, a avaliação se mostra ainda mais relevante quando feita em caráter regional. Um dos princípios empregados pelo SUS é a descentralização, a ideia de descentralizar é justamente deixar a tomada de decisão mais próxima do usuário, por essa razão, estudos regionais, que forneçam dados úteis à administração pública local, permitem que gestores, administradores e pesquisadores realizem comparações, inferências e auxiliam na formulação de propostas de melhoria (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010; SOUZA et al.; 2017).

Em concordância com a PNM e a PNAF, para garantir a qualidade almejada dentro da AF, é preciso um processo de avaliação bem elaborado e sistematizado, o MS e a OMS assentem a necessidade de avaliação, para tanto desenvolveram instrumentos e metodologias para avaliar serviços de saúde, em especial as políticas de medicamentos, a OMS sugere os seguintes indicadores: organização do setor da saúde; qualificação dos recursos humanos; seleção de medicamentos; programação de medicamentos; aquisição de medicamentos; armazenamento de medicamentos; disponibilidade de acesso, qualidade e uso racional (BRASIL, 2006; OMS, 1993).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o desenvolvimento da capacidade técnica e de gestão dos serviços da AF na APS em municípios da região do Alto Tietê, São Paulo, na perspectiva dos profissionais farmacêuticos coordenadores da AF municipal.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar a região em relação ao perfil sócio demográfico, econômico e de saúde;
- b) Identificar as fragilidades e potencialidades dos serviços da AF na região;
- c) Correlacionar o resultados obtidos.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4.1 CLASSIFICAÇÃO DO ESTUDO

Foi conduzido um estudo descritivo com desenho transversal para retratar a capacidade técnica e de gestão dos serviços da AF, sob a perspectiva dos farmacêuticos coordenadores da AF municipal, por meio da aplicação de instrumento de coleta de dados elaborado a partir da planilha de autoavaliação do Instrumento de Autoavaliação para o Planejamento da Assistência Farmacêutica (IAPAF) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

4.1.1 **Planejar é possível – Instrumento de Autoavaliação para o Planejamento em Assistência Farmacêutica (IAPAF)**

Com intuito de executar o monitoramento e avaliação da implementação das PNM e PNAF, o Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) elaborou uma proposta de método para apoiar os gestores estaduais e municipais na realização do planejamento da AF, possibilitando a realização de

diagnóstico da situação presente, definição de prioridades para intervenção dados os recursos disponíveis e também servir como instrumento para avaliar o alcance dos resultados (BRASIL, 2006).

O instrumento foi inspirado em uma ferramenta utilizada pelo Programa DST/Aids e baseou-se no Aproge e no FACT, instrumentos da Management Sciences for Health (MSH) e da Family Health International, respectivamente, adaptados na década de 1990, no Brasil (SOUZA; PORTO; LYRA JÚNIOR, 2011).

O IAPAF, foi concebido em um exercício de autoavaliação em 8 dimensões que abrangem o ciclo da AF, conforme descrito por Marin et al. (2003), dividido em 31 indicadores com três estágios de desenvolvimento da capacidade técnica para cada indicador, com a descrição de possível cenário, sendo o estágio 1 o que descreve o cenário menos favorável, o estágio 3 o mais próximo do ideal em capacidade de planejamento e gerência da AF e o estágio 2, um cenário intermediário (BITTENCOURT et al., 2017; SOUZA; PORTO; LYRA JÚNIOR, 2011).

Tabela 1: Indicadores de qualidade da Assistência Farmacêutica (IAPAF)

Indicadores de Gestão da Assistência Farmacêutica
1 Existência da AF no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (SMS).
2 Inclusão da AF no Plano Municipal de Saúde
3 Porcentagem de serviços de AF (armazenamento, distribuição, transporte e dispensação de medicamentos) em condições adequadas de funcionamento (espaço físico, computador, sistema informatizado, fontes de informação, recursos humanos, etc.).
4 Existência de procedimentos para o monitoramento da AF por meio de indicadores.
Indicadores de seleção de medicamentos
5 Existência de Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)
6 Porcentagem de medicamentos prescritos que constam da REMUME ou da lista pactuada para APS.
7 Existência da REMUME ou da lista pactuada da APS, impressa e disponível aos prescritores nos consultórios.
8 Existência de protocolos clínicos aplicáveis, impressos e disponíveis nas unidades de saúde.
Indicadores de programação /aquisição de medicamentos
9 Realização da programação das necessidades de medicamentos de acordo com os métodos recomendados, documentada em memória de cálculo.
10 Porcentagem de processos de aquisição de medicamentos iniciados após a falta do medicamento nos serviços de saúde nos últimos 12 meses.

Continua

Indicadores de programação /aquisição de medicamentos

- 11 Porcentagem de itens de medicamentos programados e adquiridos na quantidade programada.
- 12 Existência de catálogo contendo as especificações técnicas dos medicamentos para os editais de aquisição municipal.

Indicadores de armazenamento /distribuição /transporte de medicamentos

- 13 Existência de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) que descrevem as normas para o correto armazenamento dos medicamentos.
- 14 Existência de POPs que descrevem as normas para o transporte dos medicamentos.
- 15 Existência de farmácias nas unidades de saúde com dimensão suficiente e condições adequadas para o armazenamento de medicamentos.

Indicadores de prescrição de medicamentos

- 16 Porcentagem de medicamentos prescritos que constam da relação de medicamentos adotada (pode ser a RENAME, a RESME, a REMUME ou a lista pactuada).
- 17 Porcentagem de prescrições que atendem à legislação específica.
- 18 Existência de programação continuada para promoção do uso racional de medicamentos para os prescritores.

Indicadores da dispensação de medicamentos

- 19 Existência de farmácias nas unidades de saúde com dimensão suficiente e condições estruturais adequadas para o trabalho (recursos humanos, local de atendimento, fontes de informação, recursos informáticos e internet).
- 20 Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação e de espaço físico nas unidades de saúde para atendimento ao usuário.
- 21 Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação dos medicamentos.

Indicadores de recursos humanos

- 22 Existência de pelo menos um farmacêutico trabalhando com a AF na SMS.
- 23 Existência de pelo menos um farmacêutico para cada almoxarifado ou CAF.
- 24 Porcentagem de unidades básicas de saúde que possuem farmacêutico na dispensação.
- 25 Porcentagem de ambulatório de especialidades que possuem farmacêuticos na dispensação.
- 26 Porcentagem de hospitais e prontos-socorros sob a gestão da SMS que possuem farmacêutico na dispensação entre os que realizam dispensação ambulatorial de medicamentos.
- 27 Porcentagem de unidades de saúde que dispensam medicamentos sujeitos ao controle especial que possuem farmacêutico na dispensação.
- 28 Porcentagem de trabalhadores da AF (exceto o farmacêutico) que possuem curso formal ou treinamento com carga horária total maior que 40 horas em AF.
- 29 Existência de plano vigente de educação permanente para profissionais (nível superior e médio) que atuam na AF.
- 30 Porcentagem de trabalhadores da AF que foi treinada nos últimos 5 anos.

Indicadores de Farmacovigilância

- 31 Porcentagem de profissionais capacitados para notificação de eventos adversos a medicamentos (médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros entre outros).
-

RENAME: Relação Nacional de Medicamentos Essenciais;
RESME: Relação Estadual de Medicamentos Essenciais;
REMUME: Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.

Fonte: Produção da própria autora.

4.2 PROTOCOLO EXPERIMENTAL

O estudo foi dividido em duas fases:

4.2.1 Primeira Fase – Caracterização dos municípios da Região do Alto Tietê/SP

Para a caracterização dos municípios foi realizada coleta de informações disponíveis em bancos de dados do IBGE, do Consórcio de Desenvolvimento dos Municípios do Alto Tietê (CONDEMAT), da Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, e do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Nesta fase foram incluídos todos os municípios que compõem a região do Alto Tietê, a saber: Arujá, Biritiba–Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel e Suzano. Sempre que possível, foram apresentados dados referente ao Estado de São Paulo e Região Metropolitana para fins comparativos.

No Estado de São Paulo, a Lei 10.765/2001 cria o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), elaborado a partir de dados fornecidos pelos municípios, considerando indicadores de resultados, esforços e participação social, especialmente nas áreas de saúde, educação, renda, finanças públicas, desenvolvimento urbano, combate à exploração sexual da criança e do adolescente, gravidez precoce das adolescentes e trabalho infanto-juvenil.

Figura 1: Índice Paulista de Responsabilidade Social



Fonte: <http://www.iprs.seade.gov.br/#> Acesso em 09/03/2020.

Os indicadores são divulgados bienalmente para servir como parâmetro de mensuração do grau de desenvolvimento humano dos municípios paulistas, baseado nos mesmos termos considerados pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Com o objetivo de orientar políticas municipais de desenvolvimento social e melhora na qualidade de vida de sua população, o IPRS compõe-se de quatro medidas. São três indicadores sintéticos setoriais: renda, escolaridade e longevidade; e uma tipologia constituída de cinco grupos, que resume a situação dos municípios segundo os três eixos considerados: dinâmicos, desiguais, equitativos, em transição e vulneráveis (IPRS, 2020).

Figura 2: Grupos do Índice Paulista de Responsabilidade Social

Grupos do IPRS



Fonte: <http://www.iprs.seade.gov.br/#>. Acesso em 09/03/2020.

Em dezembro de 2019, a Fundação SEADE, a Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP) e o Instituto do Legislativo Paulista (ILP), apresentaram a 10ª edição do indicador, o IPRS 2014-2018. Principais resultados do Estado por grupo:

Figura 3: Resultados IPRS 2014-2018:



Fonte: <http://www.iprs.seade.gov.br/#>. Acesso em 09/03/2020.

Foi utilizado também o Índice de Gini que descreve evolução da desigualdade de renda. Trata-se de instrumento usado para medir o grau de concentração de renda em determinado grupo. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres

e dos mais ricos. Numericamente, varia de zero a um, sendo que o valor zero representa a situação de igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda e o valor um significa completa desigualdade de renda, onde uma só pessoa detém toda a renda do lugar (IPEA, 2020).

4.2.2 Segunda Fase – Coleta de dados com os participantes da pesquisa

Periodicamente ocorre a reunião regular do Grupo Técnico da AF (GTAF) do Alto Tietê. O grupo é composto pela farmacêutica do Núcleo de AF (NAF) de Mogi das Cruzes /SP e pelos farmacêuticos coordenadores da AF de cada município da região do Alto Tietê, sendo o coordenador membro titular e, suplente o farmacêutico das Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAF) ou outro indicado pelo coordenador.

Tais profissionais têm experiência de no mínimo cinco anos no cargo, conhecem cada etapa do ciclo da AF em seus municípios, bem como os avanços e as dificuldades encontradas, representam a AF junto à Secretaria Estadual de Saúde, estão envolvidos nas ações das secretarias municipais e, acima de tudo, são comprometidos com o desenvolvimento da AF no SUS.

Na ocasião da reunião de janeiro de 2019, o projeto de pesquisa foi apresentado aos farmacêuticos e o convite estendido a todos os municípios do Alto Tietê. Foi explicitada a confidencialidade dos dados e a necessidade de concordância dos secretários (as) municipais via assinatura de Declaração Autorizadora, e após a aprovação de Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), coleta de dados mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Entre os meses de fevereiro e junho de 2019, foram obtidas as Declarações Autorizadoras de seis municípios da região do Alto Tietê, sendo assim, foram incluídos esses municípios que manifestaram interesse e emitiram a anuência.

O projeto de pesquisa foi submetido ao CEP indicado pela Plataforma Brasil. Após aprovação, os farmacêuticos coordenadores da AF dos municípios participantes foram contatados para assinatura do TCLE e coleta de dados, por meio de instrumento em plataforma eletrônica *on-line*, elaborado com base na etapa de autoavaliação do IAPAF.

No instrumento constavam perguntas objetivas, baseadas na planilha de autoavaliação do IAPAF, sendo realizadas alterações no texto original do estágio 2º do indicador nº 19:

“As farmácias têm dimensão suficiente, além de recursos informáticos. Entretanto, não têm disponibilidade do local de atendimento privado ou semi-privado, fontes de informação sobre medicamentos e internet, além de farmacêutico e número adequado de pessoal auxiliar.” (IAPAF p.56)

Foi alterado para: “Algumas farmácias têm dimensão suficiente, além de recursos informáticos e de internet, fonte de informações sobre medicamentos, farmacêutico e número adequado de pessoal auxiliar. Entretanto, não têm disponibilidade de local de atendimento privado ou semi-privado.” pelo conhecimento do fato que as adequações das farmácias dos municípios da região acontecem de forma gradativa e, normalmente, não contemplam todas as unidades simultaneamente.

O tempo estimado para responder as perguntas foi de 20 a 30 minutos e os profissionais foram orientados a escolherem as alternativas que mais se assemelham às condições de seus municípios. As respostas dos farmacêuticos coordenadores da AF municipal, foram coletadas entre os dias 19 de setembro e 21 de outubro de 2019.

Assim, nesta fase, foram incluídos no estudo os municípios que os gestores das secretarias municipais de saúde autorizaram a participação dos profissionais coordenadores da AF, e que responderam ao instrumento de coleta de dados em formulário eletrônico, compondo então uma amostra com seis dos onze municípios da região.

4.2.3 Aspectos éticos

Aos municípios participantes, representados pelos profissionais coordenadores da AF, foi garantido o sigilo assegurando a privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa. O intuito é manter nos resultados do estudo, a identidade dos participantes, bem como a dos municípios anônima, pela omissão de informações que permitam identificação.

A pesquisa apresentou riscos considerados mínimos, como o desconforto pelo tempo gasto na participação da pesquisa, já que não realizou qualquer intervenção ou modificação adicional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam do estudo.

Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e /ou posteriormente para publicação de artigo em revista científica e produção de

documento técnico para os municípios da região, dessa forma, ficarão sob a guarda da pesquisadora que se compromete a mantê-los seguros por um período de cinco anos, e após isso serão destruídos.

O parecer consubstanciado do CEP foi emitido sob o número 3.576.176.

4.2.4 Análise dos dados

Após a aplicação do instrumento de coleta de dados, as informações obtidas foram reunidas em base de dados estruturada em formato de planilha, no programa Excel 2010, para análise das variáveis.

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do URM (PNAUM), foi usada como referência comparativa para os resultados obtidos no presente estudo, além de outros estudos, porém com menor abrangência. A PNAUM, foi instituída pela Portaria nº 2.077, de 17 de setembro de 2012, por considerar a necessidade de avaliar as políticas públicas de AF no Brasil, resultando em um estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa composto por um levantamento de informações numa amostra de serviços de atenção básica, em municípios representativos das regiões do Brasil, com observação direta dos serviços farmacêuticos e entrevistas; com amostra planejada de 600 municípios, realizada entre 2014 e 2015 (PNAUM, 2020). Trata-se de um inquérito domiciliar de base populacional e abrangência nacional cobrindo municípios das cinco regiões do país, tendo como objetivo principal do estudo, avaliar o acesso, a utilização e o uso racional de medicamentos por parte da população brasileira, caracterizando as morbidades para as quais os medicamentos são utilizados (ÁLVARES et al., 2017).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 PRIMEIRA FASE – CARACTERIZAÇÃO DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO DO ALTO TIETÊ /SP

A região localizada geograficamente em torno da nascente do rio Tietê, no estado de São Paulo, cuja extensão territorial total é de 2.839 km². As maiores extensões territoriais são Mogi das Cruzes (712 km²), Salesópolis (425 km²) e Santa Isabel (363 km²) e as menores são Ferraz de Vasconcelos (29 km²) e Poá (17 km²). Todos os municípios fazem parte da Região Metropolitana de São Paulo que compreende 39 municípios no total. Possui extensa área de cobertura vegetal, além de mananciais importantes – como o rio Tietê, que nasce em Salesópolis, compreendendo assim ao “Cinturão Verde” de São Paulo (CONDEMAT, 2020).

A região do Alto Tietê, com cerca de 3,0 milhões de habitantes, concentra 6,6% da população do estado de São Paulo, que possui 645 municípios, com o maior contingente populacional da Região Metropolitana depois da Capital. Essa região concentra população superior a pelo menos sete estados brasileiros, entre eles Mato Grosso do Sul (2,6 milhões) e Sergipe (2,2 milhões). Os municípios mais populosos são Guarulhos (1,379 milhão de habitantes); Mogi das Cruzes (445 mil habitantes); Itaquaquecetuba (370 mil habitantes); e Suzano (297 mil habitantes). Esses quatro municípios estão entre os 30 mais populosos do Estado de São Paulo, segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2019 (CONDEMAT, 2020).

Tabela 2: Indicadores demográficos

Localidade	Extensão Territorial (Km ²)	População Estimada 2019	Densidade Demográfica (hab /Km ²) 2019*	Taxa de Urbanização (%) 2019	Taxa de Crescimento Populacional (%) 2020
Estado	248.219,48	45.752.757	184,32	96,47	0,80
Rg. Metropolitana	7.946,98	21.138.247	2.659,91	98,9	0,72
Alto Tietê*	2.895,86	3.031.955	1.047,00	90,87	1,18
Arujá	96,17	89.824	934,01	96,28	1,84
Biritiba-Mirim	317,41	32.598	102,70	87,1	1,26

continua

Conclusão

Localidade	Exensão Territorial (Km ²)	População Estimada 2019	Densidade Demográfica (hab /Km ²) 2019*	Taxa de Urbanização (%) 2019	Taxa de Crescimento Populacional (%) 2020
Ferraz de Vasconcelos	29,56	194.276	6.572,26	95,51	1,39
Guararema	270,82	29.798	110,03	86,06	1,32
Guarulhos	318,68	1.379.182	4.327,80	100	1,02
Itaquaquecetuba	82,62	370.821	4.488,27	100	1,44
Mogi das Cruzes	712,54	445.842	625,71	92,69	1,12
Poá	17,26	117.452	6.804,87	98,42	0,87
Salesópolis	425	17.139	40,33	66,09	0,75
Santa Isabel	363,33	57.386	157,94	80,92	0,89
Suzano	262,48	297.637	1.133,94	96,48	1,05
AMOSTRA ESTUDO*	1.416,31	2.063.072	1.456,65	89,57	1,64

*valores calculados

Fonte: SEADE /IMP Consultado em 13/03/2020; disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

A amostra estudada representa 68% da população do Alto Tietê e possui taxa de urbanização e crescimento populacional com baixa variação em relação ao total estimado para a região.

Tabela 3: Estatísticas vitais (2018)

Localidade	Taxa de Natalidade (Por mil hab.)	Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos)	Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos)	Taxa de Mortalidade da População de 15 a 34 Anos (Por cem mil hab. nessa faixa etária)	Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil hab. nessa faixa etária)	Taxa de Mortalidade por Causas Externas (Por cem mil hab.) 2016	Índice de Envelhecimento (Em %)
Estado	13,77	50,23	10,70	100,08	3.365,17	52,99	75,25
Rg. Metropolitana	14,52	51,91	11,02	105,39	3.267,38	46,06	68,26
Alto Tietê*	14,82	53,26	12,03	116,94	3.468,93	53,41	56,91

Continua

Conclusão

Localidade	Taxa de Natalidade (Por mil hab.)	Taxa de Fecundidade Geral (Por mil mulheres entre 15 e 49 anos)	Taxa de Mortalidade Infantil (Por mil nascidos vivos)	Taxa de Mortalidade da População de 15 a 34 Anos (Por cem mil hab. nessa faixa etária)	Taxa de Mortalidade da População de 60 Anos e Mais (Por cem mil hab. nessa faixa etária)	Taxa de Mortalidade por Causas Externas (Por cem mil hab.) 2016	Índice de Envelhecimento (Em %)
Arujá	15,74	55,80	14,65	131,59	3.251,78	59,63	51,09
Biritiba-Mirim	12,48	45,73	10,15	111,23	3.060,98	51,91	61,58
Ferraz de Vasconcelos	14,61	50,17	12,74	89,19	3.407,04	44,77	45,50
Guararema	14,78	54,53	9,43	146,54	3.555,90	57,20	66,80
Guarulhos	15,83	55,50	13,25	120,36	3.454,45	51,97	52,14
Itaquaquecetuba	16,74	57,59	11,43	112,18	2.962,96	47,06	39,78
Mogi das Cruzes	15,37	55,37	13,05	109,79	3.460,41	54,93	64,57
Poá	14,77	53,08	9,52	127,82	3.748,92	51,82	56,40
Salesópolis	13,62	52,50	13,27	114,88	3.888,42	67,29	64,66
Santa Isabel	12,97	48,51	12,80	80,49	3.809,78	54,40	67,62
Suzano	16,08	57,13	11,99	142,22	3.557,58	46,49	55,84
AMOSTRA ESTUDO*	14,65	52,82	12,26	112,49	3.644,37	52,79	57,03

*média calculada

Fonte: SEADE /IMP Consultado em 13/03/2020; disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

As estatísticas vitais da amostra não diferem muito da estatística para a região do Alto Tietê, acompanha os dados obtidos para a Região Metropolitana de São Paulo e de Estado.

Entre os onze municípios, que compõem a região do Alto Tietê, encontramos municípios em cada classificação do IPRS, evidenciando a diversificação das realidades socioeconômicas. A média do IDH para os municípios que não participaram do estudo é de 0,738, evidenciando uma variação em relação aos municípios da amostra.

Tabela 4: IPRS Alto Tietê

IPRS 2018	IDH 2010	RIQUEZA MUNICIPAL	LONGEVIDADE	ESCOLARIDADE	GRUPO
Alto Tietê*	0,748	36	70	55	NA
Arujá	0,784	42	65	57	
Guarulhos	0,763	42	68	51	DESIGUAIS
Poá	0,771	39	68	57	
Guararema	0,731	41	69	58	
Mogi das Cruzes	0,783	39	72	77	DINÂMICOS
Biritiba-Mirim	0,712	33	80	48	
Ferraz de Vasconcelos	0,738	31	69	48	EM TRANSIÇÃO
Suzano	0,765	38	68	54	
Salesópolis	0,732	28	75	54	
Santa Isabel	0,738	35	69	60	EQUITATIVOS
Itaquaquecetuba	0,714	33	66	43	VULNERÁVEIS
AMOSTRA ESTUDO*	0,751	36	70	54	NA

*valores médios calculados

NA: Não se Aplica.

Fonte: SEADE /IMP Consultado em 13/03/2020; disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

A região conta com o CONDEMAT, fundado em abril de 2010, com a proposta de fortalecer a representatividade e a conquista de investimentos para a Região, tem promovido a integração administrativa, econômica e social, desenvolvimento político-administrativo através do planejamento microrregional e prestação de assistência técnica e serviços nas diversas áreas de ação das administrações municipais. O Alto Tietê possui uma economia diversificada e riquíssima e de acordo com os dados do CONDEMAT, o orçamento anual ultrapassa R\$ 10 bilhões, devido as seguintes características:

- Agricultura: o “Cinturão Verde” é responsável pelo abastecimento da Capital e de várias outras regiões do Brasil, com liderança na produção nacional de frutas, além de cogumelos e flores (orquídeas);
- Comércio: amplo, diverso e registra crescimento acentuado nos últimos anos, sendo que as cidades de Guarulhos e Mogi das Cruzes estão entre os 100 municípios brasileiros com maior potencial de consumo;

- Prestação de serviços: expressiva e contabiliza expansão em diversos segmentos, assim como o turismo tem se firmado como uma importante fonte de renda em alguns municípios;
- Indústria: possui um dos maiores parques industriais do Estado de São Paulo, são mais de seis mil estabelecimentos industriais com a presença de um grande número de empresas multinacionais, que contribuem com a geração de empregos e impostos.
- Localização: A sua localização estratégica e a logística favorável, somadas à diversidade de atividades econômicas e a presença de um forte setor educacional, assim como o avanço nas políticas públicas para melhoria da qualidade de vida nas cidades, tornam a região do Alto Tietê local de grande atratividade para os investimentos.

O PIB das cidades do CONDEMAT, com participação predominante dos setores de serviços (72,4%) e indústria (25,8%), representa 5,11% do PIB do Estado de São Paulo e 1,5% do PIB Nacional. Três das onze cidades do Alto Tietê estão no ranking das cem maiores economias do Brasil: Guarulhos; Mogi das Cruzes e Suzano. (CONDEMAT, 2018).

Tabela 5: Produto e renda

Localidades	População Estimada 2019 (SEADE /IMP)	PIB (Em mil reais correntes) 2017 SEADE /IMP	Empregos formais 2016 (Em %) CONDEMAT	Salário Médio 2016 CONDEMAT	Índice de Gini 2010 Atlas Brasil /IPEA
Alto Tietê*	3.031.955	103.645.832,99	100,00	2.186,17	0,48
Arujá	89.824	5.311.877,00	3,70	2.482,06	0,56
Biritiba Mirim	32.598	704.607,09	0,60	1.719,21	0,53
Ferraz de Vasconcelos	194.276	2.989.860,29	3,20	2.155,45	0,43
Guararema	29.798	960.959,52	1,30	2.479,24	0,47
Guarulhos	1.379.182	55.743.650,00	52,90	2.678,90	0,51
Itaquaquecetuba	370.821	6.932.298,02	6,50	2.241,77	0,42
Mogi das Cruzes	445.842	14.470.622,98	16,20	2.288,00	0,54

Continua

					Conclusão
Localidades	População Estimada 2019 (SEADE /IMP)	PIB (Em mil reais correntes) 2017 SEADE /IMP	Empregos formais 2016 (Em %) CONDEMAT	Salário Médio 2016 CONDEMAT	Índice de Gini 2010 Atlas Brasil /IPEA
Poá	117.452	4.216.622,16	4,50	1.932,24	0,43
Salesópolis	17.139	200.621,71	0,40	1.631,31	0,42
Santa Isabel	57.386	1.353.632,21	1,80	1.959,75	0,45
Suzano	297.637	10.761.082,01	8,90	2.479,93	0,47
AMOSTRA ESTUDO*	2.063.072	75.265.468,38	71,70	2.139,60	0,45

*valores calculados

Fontes: SEADE /IMP Consultado em 13/03/2020; disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>; Atlas do Desenvolvimento Humano Consultado em 18/03/2020; disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/consulta/>; CONDEMAT Consultado em 16/03/2020; disponível em: <https://condemat.sp.gov.br/caderno-economico/>

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), o estado de São Paulo apresenta PIB 2.119.854.035,00 em mil reais correntes e a Região Metropolitana de São Paulo, 1.140.570.430,00, correspondendo a 54,27% de participação no PIB do estado. A evolução da desigualdade de renda pode ser descrita através do Índice de Gini, que no estado é de 0,56, em 2010 e a média para os municípios que não participaram do estudo é de 0,50 o que representa maior desigualdade na distribuição de renda em relação aos municípios da amostra.

A seguir, dados coletados referente aos indicadores de saúde:

Tabela 6: Indicadores de saúde

Localidades	Leitos de Internação (Coeficiente por mil habitantes) 2018	Leitos SUS (Coeficiente por mil habitantes) 2018	Nascidos Vivos de Mães com Menos de 18 Anos (Em %) 2018	Mães que fizeram Sete e Mais Consultas de Pré-Natal 2016 (Em %)	Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) 2016 (Em %)
Estado	2,10	1,22	4,64	79,05	9,11
Rg. Metropolitana	2,05	1,10	4,44	76,44	9,35
Alto Tietê*	1,04	0,77	5,24	74,71	8,35
Arujá	1,06	0,28	5,42	72,46	7,73

Continua

Conclusão

Localidades	Leitos de Internação (Coeficiente por mil habitantes) 2018	Leitos SUS (Coeficiente por mil habitantes) 2018	Nascidos Vivos de Mães com Menos de 18 Anos (Em %) 2018	Mães que fizeram Sete e Mais Consultas de Pré-Natal 2016 (Em %)	Nascimentos de Baixo Peso (menos de 2,5kg) 2016 (Em %)
Biritiba Mirim	0	0	5,84	75,00	6,13
Ferraz de Vasconcelos	1,01	1,01	5,09	64,62	8,83
Guararema	1,22	1,01	5,19	90,91	8,60
Guarulhos	1,51	1,09	5,15	69,43	9,70
Itaquaquecetuba	0,62	0,62	6,15	61,31	9,88
Mogi das Cruzes	2,12	1,42	4,93	83,52	8,96
Poá	0,31	0,31	4,05	71,92	9,17
Salesópolis	1,15	1,02	5,75	80,77	5,77
Santa Isabel	1,86	1,51	5,55	76,67	7,51
Suzano	0,53	0,23	4,51	75,17	9,62
AMOSTRA ESTUDO*	1,06	0,86	5,02	73,10	8,43

*valores calculados

Fonte: SEADE /IMP Consultado em 13/03/2020; disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

Em relação aos indicadores de saúde, percebemos que os dados da amostra, seguem semelhantes aos percebidos na Região do Alto Tietê e Região Metropolitana assim como no Estado.

A seguir, temos o coeficiente de profissionais da saúde por mil habitantes. Observamos que para os profissionais de nível superior, há maior concentração na Região Metropolitana em relação ao Estado de São Paulo.

Tabela 7: Profissionais de saúde (coeficiente por mil habitantes)

Localidades	Técnicos de Enfermagem Registrados no COREN/SP 2018	Auxiliares de Enfermagem Registrados no COREN/SP 2018	Enfermeiros Registrados no COREN/SP 2018	Dentistas Registrados no CRO/SP 2018	Médicos Registrados no CRM/SP 2018	Fonoaudiólogos registrados no CRFa/SP 2018	Psicólogos Registrados no CRP - 6ª Região 2017
Estado	4,57	4,44	2,88	4,05	3,00	0,28	2,11
Rg. Metropolitana	4,54	5,85	3,42	4,2	3,52	0,28	2,47
Alto Tietê*	4,25	6,41	2,11	2,53	0,91	0,12	1,08
Arujá	3,49	5,67	2,61	4,45	2,32	0,17	1,59
Biritiba Mirim	3,14	2,76	0,79	1,33	0,13	0,03	0,54
Ferraz de Vasconcelos	5,33	8,92	2,38	1,17	0,12	0,05	0,68
Guararema	3,73	2,65	1,18	2,44	1,22	0,17	1,34
Guarulhos	3,77	7,80	3,39	3,03	0,82	0,16	1,73
Itaquaquecetuba	2,99	7,37	1,26	0,78	0,07	0,01	0,41
Mogi das Cruzes	4,49	5,39	3,06	5,64	3,19	0,23	2,09
Poá	6,16	12,61	2,94	1,93	0,32	0,11	1,38
Salesópolis	4,16	2,77	1,15	2,05	0,30	0,12	0,12
Santa Isabel	4,13	5,19	1,99	1,92	0,50	0,11	0,99
Suzano	5,33	9,35	2,46	3,06	1,03	0,14	1,02
AMOSTRA ESTUDO*	4,81	7,77	2,39	2,19	0,52	0,12	0,99

Fonte: SEADE /IMP Consultado em 13/03/2020; disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>

No site do IMP /SEADE, não havia a opção do profissional farmacêutico para composição da tabela.

As informações referente aos profissionais farmacêuticos da região, foi obtida junto ao serviço de ouvidoria do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo (CRF-SP). De acordo com o órgão, em maio de 2020, há registrado:

- 84 farmacêuticos atuantes em farmácia privativa;
- 28 farmacêuticos em farmácia hospitalar;
- 1 em laboratório de análises clínicas e posto de coleta;
- 6 farmacêuticos atuantes em almoxarifado,
- 187 atuantes em saúde pública,

Totalizando 306 profissionais farmacêuticos registrados no CRF-SP atuantes na região do Alto Tietê, resultando em um coeficiente de 0,10 /mil habitantes. Na saúde pública, o índice é ainda menor, por isso foi usado coeficiente por dez mil habitantes para facilitar a interpretação dos resultados.

Tabela 8: Farmacêuticos atuantes em saúde pública por município

Localidades	População Estimada 2019 (SEADE /IMP)	Nº de farmacêuticos atuantes em saúde pública (CRF-SP)	Coeficiente por 10.000 /hab.*	Centro de saúde /unidade básica de saúde (DATASUS)	Centro de Atenção Psicossocial I-(CAPS) (DATASUS)	Hospital geral /especializado (DATASUS)
Alto Tietê*	3.031.955	187	0,62	203	17	38
Arujá	89.824	7	0,78	8	0	2
Biritiba-Mirim	32.598	3	0,92	4	0	0
Ferraz de Vasconcelos	194.276	6	0,31	13	1	2
Guararema	29.798	2	0,67	3	1	1
Guarulhos	1.379.182	88	0,64	73	7	16
Itaquaquecetuba	370.821	3	0,08	17	0	1
Mogi das Cruzes	445.842	41	0,92	34	2	8
Poá	117.452	17	1,45	14	2	2
Salesópolis	17.139	1	0,58	2	0	1
Santa Isabel	57.386	10	1,74	10	0	2
Suzano	297.637	9	0,30	25	4	3
AMOSTRA ESTUDO*	2.063.072	131	0,63	137	14	26

*Valores calculados

Fontes: SEADE /IMP Consultado em 13/03/2020; disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/tabelas>; Ouvidoria CRF-SP em 18/05/2020; DATASUS EM 20/05/2020, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/atencsp.def>

Vale ressaltar que o número de profissionais farmacêuticos atuantes em saúde pública nos municípios não participantes do estudo soma 56 e um coeficiente de 0,55 por 10 mil habitantes.

Há a possibilidade de profissionais estarem atuantes em saúde pública, porém não terem regulamentado sua atuação junto ao conselho, podendo caracterizar uma fragilidade do estudo. Também, não foi possível obter informações quanto ao número de farmacêuticos atuando em cada ponto de atenção. No entanto, é notável a

insuficiência de profissionais para a quantidade de pontos de atenção levantados, sem considerar a gestão /coordenação da AF, Vigilância Sanitária, CAFs entre outros serviços da APS.

Em suma, os indicadores demográficos, estatísticas vitais, produção e renda e de saúde, além da classificação do IPRS auxiliam na caracterização da Região do Alto Tietê, bem como dos municípios da amostra quanto a sua representatividade em relação a Região Metropolitana e ao Estado de São Paulo.

5.2 SEGUNDA FASE – COLETA DE DADOS COM OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Inicialmente, a tabela a seguir, aponta resultados referente a contemplação no Qualifar-SUS, uso do sistema Hórus e correlaciona as informações com a classificação do IPRS.

Vale ressaltar que as habilitações ocorridas nos anos de 2012, 2013 e 2014 tinham como critérios municípios com até 100 mil habitantes com população em situação de extrema pobreza e que constassem no Programa Brasil sem Miséria. A partir de 2017, os critérios foram ampliados para municípios com até 500.000 habitantes e priorização daqueles com menor Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

Tabela 9: QUALIFAR-SUS /Sistema Hórus X IPRS

Município	QULIFAR-SUS	ANO	HÓRUS	CLASSIFICAÇÃO IPRS
A	SIM	2012	SIM	EQUITATIVO
B	SIM	2019	NÃO	DESIGUAIS
C	SIM	2019	NÃO	EM TRANSIÇÃO
D	NÃO	-	SIM	EQUITATIVO
E	NÃO	-	PARCIALMENTE	DESIGUAIS
F	SIM	2018	SIM	EM TRANSIÇÃO

Fonte: Produzido pela autora.

Assim, observa-se que em 3 dos 4 municípios que recebem recursos dos QUALIFAR-SUS, a contemplação ocorreu após a mudança dos critérios em 2017. O

uso do sistema Hórus está presente em 3 dos 6 municípios e em 1 município da amostra, foi implantado parcialmente.

A seguir, os resultados obtidos junto aos municípios do Alto Tietê apresentados por grupo de indicadores do IAPAF:

5.2.1 Gestão da Assistência Farmacêutica

Tabela 10: Gestão AF

1. Capacidade para realizar a gestão do Ciclo AF				
Capacidade para	Estágios de desenvolvimento da capacidade			Indicador
	1.º	2.º	3.º	
Institucionalizar a AF	AF não tem adequado reconhecimento ou aceitação pelas outras áreas ou departamentos da secretaria de saúde, e não consta formalmente na estrutura organizacional.	AF é reconhecida e aceita parcialmente pelas outras áreas ou departamentos da secretaria de saúde e não consta formalmente na estrutura organizacional.	AF é reconhecida e aceita pelas outras áreas ou departamentos da secretaria de saúde e consta formalmente na estrutura organizacional.	Indicador 1 Existência de AF no organograma da Secretaria Municipal da Saúde.
	As ações de organização da AF não estão inseridas no Plano de Saúde e nem no orçamento anual.	As ações de organização da AF não estão inseridas no plano de saúde e nem no orçamento anual.	As ações de organização da AF estão inseridas no plano de saúde e no orçamento anual.	
	As ações de organização da AF não estão integradas no SUS nem nas instâncias de controle social.	As ações de organização da AF não estão integradas no SUS nem nas instâncias de controle social.	As ações de organização da AF estão integradas no SUS e nas instâncias de controle social.	
MUNICÍPIOS	-	A/B	C/D/E/F	
PONTUAÇÃO	0	2	4	continua

Continuação

1. Capacidade para realizar a gestão do Ciclo AF				
Capacidade para	Estágios de desenvolvimento da capacidade			Indicador
	1.º	2.º	3.º	
Planejar a organização da AF	Não há planejamento para organização da AF nas diferentes etapas do seu ciclo (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, uso, recursos humanos, financiamento, sistema de informação).	Há planejamento para organização da AF nas diferentes etapas do seu ciclo, porém, ou o plano de trabalho não é cumprido, ou o planejamento é feito apenas para algumas etapas.	Há planejamento para organização da AF nas diferentes etapas do seu ciclo (seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, dispensação, farmacovigilância, uso, recursos humanos, financiamento, sistema de informação).	Indicador 2 Inclusão da AF no Plano Municipal de Saúde, com definição de objetivos e metas.
MUNICÍPIOS	-	A/B/D	C/E/F	
PONTUAÇÃO	0	3	3	
Estruturar e organizar os serviços de AF.	Não há recursos financeiros, infraestrutura e de pessoal adequados para os serviços de AF.	Alguns serviços de AF estão estruturados e organizados.	A maioria dos serviços de AF está estruturada e organizada.	Indicador 3 Porcentagem de serviços de AF em condições adequadas de funcionamento
MUNICÍPIOS	B	A/C/E	D/F	
PONTUAÇÃO	1	3	2	
Avaliar as ações de AF	Não existe um sistema de monitoramento e avaliação das ações de AF ¹ .	Coleta esporádica de dados para monitoramento e avaliação, não havendo uma estratégia clara para interpretação	Coleta rotineira de dados de monitoramento e avaliação em todas as atividades, os quais são utilizados para melhorar as ações de AF.	Indicador 4 Existência de procedimentos para o monitoramento da AF por meio de indicadores.

continua

1. Capacidade para realizar a gestão do Ciclo AF

Capacidade para	Estágios de desenvolvimento da capacidade			Indicador
	1.º	2.º	3.º	
MUNICÍPIOS	-	A/B/D/E	C/F	
PONTUAÇÃO	0	4	2	
SOMATÓRIA	1	12	11	

¹O sistema de monitoramento e avaliação consiste na coleta sistemática de dados que serão utilizados para a obtenção de indicadores. Estes indicadores serão utilizados para que se verifique o andamento das ações que estão sendo implementadas, corrijam-se mudanças de rumo ou para que se verifique se os objetivos foram atingidos.

Fonte: IAPAF /Alterações produzidas pela autora.

Os resultados relacionados ao **indicador 1**, mostram que na percepção dos participantes, a capacidade de institucionalização da AF em 4 dos 6 municípios da amostra alcançam a imagem–objetivo descrita no estágio 3 de desenvolvimento. No entanto, em 2 municípios observa-se que a AF ainda não é contemplada satisfatoriamente na estrutura organizacional das secretarias municipais, as ações da AF ainda precisam conquistar o reconhecimento e aceitação pelas demais áreas da secretaria de saúde ao serem contempladas nos planos de saúde e orçamento anual, bem como em sua integração no SUS e nas instâncias de controle social.

A formalização da AF no organograma confere legitimidade a sua atuação perante as demais áreas públicas, tornando-a visível à população e aos demais segmentos da saúde (CONASS, 2011).

Estudos da PNAUM revelam um processo de institucionalização da AF heterogêneo no Brasil, em muitos municípios constam a AF no seu organograma, porém não há uma efetiva participação do setor nas políticas de saúde, destacando apenas aspectos normativos, como um processo de planejamento, ainda restrito ao setor, comprometendo sua transversalidade no apoio às RAS, sendo conduzida de maneira pragmática, não como uma política, mas como um fluxo de procedimentos, caracterizando um cenário prejudicial para a integralidade das ações ao paciente (BITTENCOURT et al., 2017; SOUZA et al., 2017).

O que pode explicar o resultado encontrado no **indicador 2**, em que se observa que há planejamento para organização da AF nas diferentes etapas de seu ciclo em todos os municípios, porém em metade da amostra, ou plano de trabalho não é

cumprido ou o planejamento é feito apenas para algumas etapas. A capacidade de planejamento para organização da AF acaba por ser afetada caso os planos de saúde municipais sejam elaborados de outra forma que não seja a partir de uma análise situacional, que reflita as necessidades de saúde da população, devendo nortear a execução, monitoramento, avaliação e exercício da gestão do sistema de saúde (CONASS, 2016).

Segundo Marin et al. (2003), o planejamento consiste em atividade primordial dentro de um processo de gestão da AF, devendo ser trabalhado de forma transversal em todas as atividades, cada ponto da AF depende de um planejamento adequado, desde atividades de seleção e aquisição de medicamentos, até oferta de serviços de saúde com o objetivo de acompanhar o paciente.

Nora et al. (2019) em estudo que descreve a participação dos profissionais responsáveis pela AF no processo de planejamento em saúde em municípios brasileiros, apresenta resultados que apontam baixa participação destes profissionais na elaboração das ferramentas de planejamento dos municípios e pouco conhecimento das ações e metas previstas, o que implica em demandas não atendidas e sugere que os instrumentos de planejamento produzidos podem não condizer com a realidade dos serviços e com a alocação racional dos recursos aplicáveis à AF.

O planejamento resultante de processos autoavaliativos construídos de forma democrática e pactuados entre os atores implicados (gestores, coordenadores, equipes/profissionais e usuários) com desenvolvimento de propostas de intervenção/planos de ação, ou seja, a pactuação de ações para a superação dos desafios elencados, favorece o monitoramento e a avaliação das ações implementadas, possuem maior alinhamento com as necessidades e as realidades locais, promovem melhor comunicação entre os atores, com o aumento da capacidade gerencial de tomada de decisões para o reordenamento ou manutenção das ações, além da construção de consciência coletiva e responsabilização dos envolvidos (BRASIL, 2016).

Também observou-se na PNAUM, fragilidades no processo de participação e controle social sobre a AF, sendo este ainda limitado pois os Conselhos Municipais de Saúde (CMS) ainda não são instâncias suficientemente acionadas para o direito à AF, de modo crescente, tem-se acionado judicialmente o Estado para garantir este direito (SOUZA et al., 2017). Também, a baixa participação do gestor da AF nos CMS

dificulta sua contribuição com as discussões sobre o tema e impedindo que as demandas dos usuários sejam observadas (GERLACK et al., 2017).

O controle social para a AF é entendido como um importante aliado e como uma relação estratégica, aproveitando o espaço de deliberação e tomada de decisão participativa, para fortalecer e inovar, para que, realmente, a população reconheça o acesso aos medicamentos e aos serviços farmacêuticos como um direito, no entanto, nem todos os farmacêuticos, que atuam na APS conhecem o Plano Municipal de Saúde, condição mínima para o profissional de saúde planejar e desempenhar suas funções de forma coordenada e engajada com a política de saúde do município (MENDES et al., 2015).

Uma AF devidamente institucionalizada, com ações efetivas, tendo seu papel claro por todos os profissionais, proporcionam melhor acesso a medicamentos (BARROS et al., 2017).

Em relação ao **indicador 3**, somente em 2 municípios a imagem-objetivo foi alcançada, com a maioria dos serviços de AF estruturada e organizada em condições adequadas de funcionamento. Metade dos municípios, encontram-se no estágio 2 na capacidade de estruturação e organização dos serviços da AF e 1 município encontra-se no estágio 1 de desenvolvimento, em que *“Não há recursos financeiros, infraestrutura e de pessoal adequados para os serviços de AF”*. Pode –se entender que a maior parte dos serviços de AF nos municípios da amostra carecem de recursos humanos e financeiros para alcance da imagem-objetivo.

A organização, estrutura e financiamento são aspectos condicionantes para a institucionalização e sustentabilidade das políticas de AF no SUS (SOUZA et al., 2017). É necessária a apropriação de tais fatores, especialmente os críticos, pois são passíveis de mudança, de acordo com a situação e necessidades, influenciando a tomada de decisão, a implementação de novas ações e os planejamentos futuros para a área (GERLACK et al., 2017)

Os avanços alcançados na estruturação dos processos de gestão movidos por legislações e normatizações do Ministério da Saúde, incentivos na organização dos serviços de AF na APS e o estabelecimento de financiamento para a AF no SUS, são indiscutíveis. No entanto, os resultados encontrados na PNAUM, mostram que as lacunas existentes entre a AF legalmente estabelecida e a AF vivenciada na atenção primária do SUS, nas regiões brasileiras, envolvem amplamente os fatores condicionantes da sua gestão, (GERLACK et al., 2017).

No **indicador 4**, os resultados indicam que em todos os municípios são desenvolvidas avaliações e monitoramento das ações da AF no entanto, somente em 2 municípios a coleta de dados é rotineira e são utilizados para melhorar as ações da AF. Estes resultados indicam um ponto crítico nesta dimensão, ou seja, precisam ser priorizados pela gestão a implantação de cultura de avaliação para suporte à tomada de decisões pelos gestores.

Para Mendes et al. (2015), uma boa avaliação não deve ser compreendida como um momento, mas sim, como um processo institucionalizado nos serviços, intrínseco às atividades diárias e deve selecionar e obter dados, assim como, elaborar e divulgar os resultados em auxílio aos processos decisórios, mas com a falta do monitoramento e do uso das informações para o planejamento, o município deixa de utilizar importantes instrumentos para a qualificação da gestão.

O monitoramento para a gestão da AF deve ser utilizado como mecanismo relevante de institucionalização dos processos de planejamento e como instrumento estratégico de gestão que visa conferir direção ao processo de consolidação do SUS (BRASIL, 2009).

Em concordância com Dias, (2013), quando a gestão municipal de saúde de municípios selecionados para estudo não autoriza a participação em estudos sobre os serviços da AF, pode-se perceber a falta de entendimento da importância do uso de informação na AF que precisa ser entendida como um redutor de incertezas, condutor de um planejamento responsável e execuções de ações efetivas para a implementação de serviços de saúde que favoreçam a melhoria na qualidade de vida da população.

Vale ressaltar que a gestão da AF possui correlação direta com a gestão municipal, especialmente com as secretarias de saúde, sendo afetada pela descontinuidade administrativa e política, que pode ou não favorecer os serviços de AF.

5.2.2 Seleção de medicamentos

Tabela 11: Seleção de medicamentos

2. Capacidade para trabalhar com uma REMUME ou para elaborá-la				
Capacidade para	Estágios de desenvolvimento da capacidade			Indicador
	1.º	2.º	3.º	
Utilizar ou elaborar relação de medicamentos essenciais.	Não existe relação de medicamentos própria do município e sim uma lista de medicamentos recebidos por repasse estadual e federal; ou	Existe um processo de seleção de medicamentos que leva em conta dados epidemiológicos, porém não obedece aos critérios definidos de análise da literatura científica; ou	Existe um processo de seleção de medicamentos, realizado por uma CFT que obedece aos critérios definidos de análise da literatura científica ² ; ou	Indicador 5 Existência de relação municipal ou estadual de medicamentos essenciais (além da lista pactuada).
	Existe uma lista própria do município elaborada a partir da demanda dos serviços sem considerar a RESME e a RENAME.	A lista se baseia na RESME/RENAME, porém não há avaliação sobre a cobertura do perfil epidemiológico.	A lista se baseia na RESME/RENAME e atende ao perfil epidemiológico do município.	
MUNICÍPIOS	-	B/C/D/F	A/E	
PONTUAÇÃO	0	4	2	
Divulgar a REMUME ou da lista pactuada para a APS para os prescritores	Não existem estratégias sistemáticas de divulgação.	Existe divulgação da lista de maneira informal.	Existe sistemática de divulgação da lista que permite conhecimento pelos profissionais.	Indicador 6 Porcentagem de medicamentos prescritos que constam da REMUME ou da lista pactuada para a APS.
				Indicador 7 Existência da REMUME ou lista pactuada da APS impressa e disponível aos prescritores nos consultórios.
PONTUAÇÃO	0	2	4	Continua

2. Capacidade para trabalhar com uma REMUME ou para elaborá-la				
Capacidade para	Estágios de desenvolvimento da capacidade			Indicador
	1º	2º	3º	
Adotar protocolos clínicos	Não adota protocolos clínicos ou adota apenas aqueles muito consagrados (como para tuberculose ou hanseníase).	Adota protocolos clínicos, porém não há avaliação da utilização dos mesmos.	Adota protocolos clínicos com garantia de adesão pelos profissionais.	Indicador 8 Existência de Protocolos Clínicos aplicáveis, impressos e disponíveis nas unidades de saúde.
MUNICÍPIOS	B/F	A/C/D/E	-	
PONTUAÇÃO	2	4	0	
SOMATÓRIA	2	10	5	

²Eficácia, segurança, custo/efetividade.

Fonte: IAPAF /Alterações produzidas pela autora.

Na percepção dos participantes, os resultados para o **indicador 5** mostram que em todos os municípios a REMUME foi elaborada, porém somente 2 municípios alcançaram a imagem-objetivo do estágio 3, nos demais o processo de seleção não necessariamente foi realizado por uma CFT e não foi submetido aos critérios definidos de análise da literatura científica, nem há avaliação sobre a cobertura do perfil epidemiológico. Os resultados dos **indicadores 6 e 7** referem que a REMUME é divulgada para conhecimento dos profissionais prescritores em todos os municípios da amostra, porém, em 2 municípios, a divulgação é informal.

Resultados corroboram com os dados da PNAUM que mostram, no Brasil, embora os responsáveis pela AF, nos municípios das diferentes regiões, relatem não haver CFT formalmente constituída (87,5%) e, quando havia, não se reunia com periodicidade, responderam que adotam uma lista de medicamentos essenciais (LME) (85,3%), atualizada (80,4%), e serem participantes deste processo (88,2%) (GERLACK et al., 2017; KARNIKOWSKI et al., 2017).

Se não há CFT constituída, como é feito o processo de seleção de medicamentos e a atualização das listas estabelecidas? A não existência de uma CFT formalizada denota não haver um processo técnico e isento de conflito de interesses na seleção de medicamentos, abrindo espaço para que seja feita sem os critérios de

qualidade, segurança e efetividade (KARNIKOWSKI et al., 2017; MENDES et al., 2015).

A falta da comissão, em parte, pode ser explicada nos municípios muito pequenos que apenas ofertam à população os medicamentos da RENAME, pactuados com a Secretaria de Estado da Saúde para a AF na APS. Estados e municípios não precisam necessariamente estabelecer suas listas locais, podem assumir como orientadora a lista nacional. No entanto, dada a diversidade do país, sobretudo nos grandes municípios, que concentram grande diversidade de problemas, de oferta de serviços e de estruturação da rede de saúde, é bastante razoável que o façam, de todo modo, ressalta-se que a seleção de medicamentos é processo fundamental em gestão da AF e embora a descentralização da AF traga benefícios por propiciar maior envolvimento local, maior responsabilização dos gestores, aumentar a flexibilidade para ajustes locais, facilitar a comunicação e implementar mais rapidamente mudanças, pode acarretar problemas que comprometem o acesso a medicamentos como, por exemplo, a não disponibilidade de pessoal capaz para gerenciar os serviços farmacêuticos (MARIN et al., 2003; SILVA et al., 2016; VIEIRA; ZUCCHI, 2015).

A CFT é instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo, com finalidade de selecionar medicamentos essenciais para compor a REMUME e sua atualização, adoção de protocolos clínicos, assessorar a coordenação da AF nas questões referentes a medicamentos e promover ações educativas para promoção do URM (BITTENCOURT et al., 2017; BRASIL, 2009). É importante para a gestão que a comissão esteja legalmente instituída por meio de documento legal oficializando os objetivos, atribuições e responsabilidades da CFT, por meio de regimento (MENDES et al., 2015).

De acordo com a PNM, a existência de uma RENAME não desobriga estados e municípios e Distrito Federal a elaborarem suas próprias listas e para que ocorra de forma adequada, a seleção deve cumprir com o requisito da implantação da CFT, cuja responsabilidade é a condução técnica, política e administrativa do processo de seleção de medicamentos, especialmente os essenciais, que são aqueles que tratam a maioria das doenças ou aqueles problemas de saúde considerados prioritários que acometem a população. Portanto, a seleção de medicamentos em nível local exige dos gestores a definição de prioridades para alocação eficaz de recursos humanos e

financeiros, fortalecendo e qualificando a descentralização da gestão (BRASIL; 1998; MARIN et al., 2003).

As fragilidades no processo de seleção e na utilização da RENAME são reflexos das dificuldades em se compor e manter uma CFT e a incorporação acrítica de medicamentos na LME dos municípios brasileiros, apresentando distorções que afastam a LME do conceito de medicamentos essenciais. A maneira como se dá a organização e estrutura do sistema de saúde, podem dificultar a estruturação dessas comissões (MARGARINOS –TORRES et al., 2014; SANTANA et al., 2014).

A seleção de medicamentos deve considerar as necessidades de saúde de uma dada população, o planejamento das ações de saúde com a equipe multiprofissional, o perfil epidemiológico da população atendida e as evidências clínicas e fármaco-econômicas disponíveis, constituindo um processo de escolha de medicamentos seguros e efetivos, imprescindíveis que atendam à singularidade da população do território, pois favorece o acesso e contribui para o URM (BRASIL, 2014, MAGARINOS-TORRES; PEPE; OSÓRIO DE CASTRO, 2013).

A adoção de LME facilita processos de aquisição, armazenamento e distribuição, estoques menores com maior garantia de qualidade, facilidade de dispensação e prescrição, fornecimento de informações, custo e uso do medicamento (VIEIRA; ZUCHI, 2015; NASCIMENTO et al., 2017).

Silva et al. (2016) apresentam três pilares fundamentais para o êxito da REMUME:

- a) Natureza participativa do processo de seleção, multiprofissional, com representantes de diferentes saberes em campos como a farmacologia clínica, farmacocinética, mercado farmacêutico, e epidemiologia;
- b) Legitimidade com os profissionais de saúde, sobretudo prescritores;
- c) Divulgação especialmente com a possibilidade facilitada de consulta eletrônica ao formulário terapêutico, incluído o acesso pela sociedade, assim como pelos profissionais que não atuam na APS.

O lançamento do aplicativo MedSUS disponibilizado pelo Ministério da Saúde com informações sobre os medicamentos constantes na RENAME tem sido uma iniciativa estratégica para facilitar o acesso às informações e promover o URM.

O ponto de maior necessidade de melhoria é no **indicador 8**, nenhum dos participantes avaliou o desenvolvimento da capacidade de adoção de protocolos

clínicos no estágio 3. Em 4 dos 6 municípios há adoção de protocolos clínicos, mas não há avaliação da utilização dos mesmos, e nos demais há somente a adoção de protocolos clínicos muito consagrados (tuberculose ou hanseníase). O que pode contribuir com tais resultados é o fato de não haver uma CFT instituída e atuante.

Os protocolos clínicos ou assistenciais são documentos com recomendações para as práticas assistenciais, estabelecem critérios para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde; o tratamento preconizado, com os medicamentos e demais produtos apropriados, quando couber; as posologias recomendadas; os mecanismos de controle clínico; e o acompanhamento e a verificação dos resultados terapêuticos, elaborados de forma sistemática, a partir de orientações concisas sobre diagnóstico e tratamento, baseados em evidência científica, considerando critérios de eficácia, segurança, efetividade e custo-efetividade das tecnologias recomendadas, configurando –se em importantes ferramentas gerenciais e para atualização clínica, sendo utilizados para reduzir a variação das ações na prática clínica por meio de normatizações e redução dos riscos assistenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020; PEIXOTO; BRITO, 2015).

Mesmo com incentivo para consolidação dos novos modelos de gestão e atenção bem como, elaboração de protocolos clínicos com a participação conjunta das equipes de saúde, observa-se a fragmentação das práticas assistenciais e visíveis fragilidades no trabalho multidisciplinar com estranhamento entre os atores responsáveis por sua elaboração destes protocolos e os profissionais que promovem sua implementação, também vale considerar a natureza subjetiva da conduta terapêutica, pautada na individualidade e necessidade de cada paciente, no entanto, obter algum nível de padronização facilita o trabalho de gestão tanto na investigação da demanda, como na aquisição dos produtos (PEIXOTO; BRITO, 2015).

5.2.3 Programação e aquisição de medicamentos

Tabela 12: Programação /Aquisição de medicamentos

3. Capacidade para assegurar a programação e a aquisição de medicamentos em quantidade e tempo oportunos.

Capacidade para	Estágios de desenvolvimento da capacidade			Indicador
	1.º	2.º	3.º	
Programar adequadamente	Não há programação físico-financeira de medicamentos.	A programação ou não considera ou considera Parcialmente dados epidemiológicos de consumo histórico, de consumo ajustado e oferta de serviços e recursos financeiros.	A programação leva em consideração dados epidemiológicos, de consumo histórico, de consumo ajustado e oferta de serviços e recursos financeiros.	Indicador 9 Realização de programação das necessidades de medicamentos de acordo com os métodos recomendados, documentada em memória de cálculo.
MUNICÍPIOS	-	B	A/C/D/E/F	
PONTUAÇÃO	0	1	5	
Deflagrar o processo de aquisição em tempo oportuno	A aquisição de medicamentos não leva em consideração dados de estoque e demanda do município.	A aquisição considera parcialmente dados de estoque e demanda do município.	A aquisição considera integralmente dados de estoque e demanda do município.	Indicador 10 Porcentagem de processos de aquisição de medicamentos iniciados após a falta do medicamento nos serviços de saúde nos últimos 12 meses.
MUNICÍPIOS		B	A/C/D/E/F	
PONTUAÇÃO	0	1	5	

Continua

3. Capacidade para assegurar a programação e a aquisição de medicamentos em quantidade e tempo oportunos.

Capacidade para	Estágios de desenvolvimento da capacidade			Indicador
	1º	2º	3º	
Garantir a disponibilidade de medicamentos em quantidade e tempo oportunos para atender às necessidades de saúde.	O processo de aquisição de medicamentos não é realizado de forma adequada a suprir regularmente as demandas do município.	O processo de aquisição de medicamentos atende parcialmente às demandas do município.	O processo de aquisição de medicamentos atende plenamente às demandas do município.	Indicador 11 Porcentagem de itens de medicamentos programados e adquiridos na quantidade programada.
MUNICÍPIOS	-	A/B/C/D/E	F	
PONTUAÇÃO	0	5	1	
Garantir a qualidade dos medicamentos adquiridos.	Não há especificação técnica dos medicamentos ³ no processo licitatório ou esta é incompleta.	Estabelece especificações técnicas dos medicamentos que deverão compor os editais.	Estabelece especificações técnicas dos medicamento, faz avaliação técnica para definir a aquisição e garante que o edital exija os documentos que assegurem a qualidade dos medicamentos.	Indicador 12 Existência de catálogo contendo as especificações técnicas dos medicamentos para os editais de aquisição municipal.
MUNICÍPIOS	-	D/F	A/B/C/E	
PONTUAÇÃO	0	2	4	
SOMATÓRIA	0	9	15	

³ Uso da denominação genérica, concentração por unidade mínima de apresentação, descrição da forma farmacêutica, unidade de compra (p.ex.: comprimido, ampola, frasco).

Fonte: IAPAF /Alterações produzidas pela autora.

Nos resultados para os **indicadores 9 e 10**, os participantes apontam para um bom desenvolvimento da capacidade de programar a aquisição de medicamentos adequadamente e deflagrar o processo de aquisição em tempo oportuno, com 5 municípios alcançando a imagem-objetivo do estágio 3, em que se considera dados epidemiológicos de consumo histórico, de consumo ajustado, oferta de serviços, recursos financeiros e dados de estoque e demanda dos municípios, e apenas 1 município encontra-se no estágio 2. Tal desempenho pode ser evidência do uso de

sistemas informatizados para a gestão AF que possibilitem informações confiáveis para o bom desempenho neste processo. Em 4 municípios, há o uso do sistema Hórus e provavelmente nos 2 municípios restantes, há o uso de outros sistemas para AF.

Em relação ao **indicador 12**, temos uma situação semelhante aos indicadores anteriores, na capacidade de garantir a qualidade dos medicamentos, onde em 4 dos municípios da amostra, a situação descrita no estágio 3 é alcançada, em que são estabelecidas as especificações técnicas dos medicamentos para garantir que o edital exija documentos para assegurar a qualidade dos medicamentos e 2 municípios encontram-se no estágio 2.

Entretanto, mesmo com resultados bastante favoráveis, no **indicador 11** é evidente a dificuldade que os municípios encontram em garantir a disponibilidade de medicamentos em quantidade e tempo oportunos para atender as necessidades de saúde da população, em que 5 municípios identificam-se com o estágio 2 e somente em 1, foi alcançada a imagem-objetivo do estágio 3, em que *“o processo de aquisição de medicamentos atende plenamente as demandas dos município”*, para os demais o as demandas são atendidas parcialmente.

A programação dos medicamentos possui influência direta sobre o abastecimento e o acesso ao medicamento. Consiste em um conjunto de procedimentos necessários à execução de um processo de aquisição baseado na LME, estimando quantidades a ser adquirida, por período definido de tempo que atendam às necessidades para atenção à saúde da população, com qualidade, suficiência, regularidade e menor custo/ benefício (BRASIL, 2014b; MARIN et al., 2003).

Para Nascimento et al. (2017), nos estudos conduzidos na PNAUM, a disponibilidade média de medicamentos foi de 62,5% (excluído fitoterápicos), sendo maior nas capitais e nos municípios de maior porte populacional e de acordo com os responsáveis pela AF municipal, os principais motivos que justificaram a ocorrência de desabastecimento no ano anterior à pesquisa foram:

1. A insuficiência de recursos financeiros (31,4%);
2. Problemas no mercado farmacêutico (30,5%);
3. Atraso no repasse pelas demais instâncias gestoras do SUS (27,2%);
4. Desorganização do setor de compras local (18,8%).

Em publicação do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), a Revista do CONASEMS (2018), em edição especial com a temática

da AF, publicou em 2018, os resultados o 1º Levantamento Nacional sobre a relação municipal de medicamentos do Componente Básico da AF e a situação dos processos de compra pelos municípios, em atendimento às frequentes pautas dos gestores municipais sobre a dificuldade de aquisição de medicamentos, que podem ser de diversas naturezas, a principal delas é relacionada ao estrangulamento financeiro.

De acordo com Marco Junqueira, atual secretário geral do CONASEMS, estima-se que os municípios investem muito mais do que o estado e a união, e o recurso pactuado a ser repassado para AF, por exemplo, não é suficiente para atender à necessidade. A União repassa R\$5,58 por habitante/ano, os estados deveriam repassar no mínimo R\$2,36 por habitante/ano e muitos não cumprem, ou realizam o repasse de maneira irregular, e os municípios, assim como, estados devem aplicar no mínimo os R\$2,36. Acontece que diferente dos demais entes federados, os municípios gastam em média R\$20,00 por habitante/ano, ou seja, quase o dobro do total pactuado pelos três entes (R\$10,30), aplicando acima do mínimo constitucional que é de 15%, pois as pessoas batem na porta do prefeito e do secretário municipal de saúde querendo o seu tratamento (CONASEMS, 2018).

Outro ponto ligado a insuficiência financeira é a regulação econômica e as questões relacionadas ao mercado, pois os preços apesar de regulados, sofrem reajuste anualmente, entretanto, o recurso não tem acompanhado essa proporção. Nos últimos 8 anos, há um aumento de preços acumulado de mais de 70%, porém, o recurso é o mesmo no período. (CONASEMS, 2018). Tal discurso corrobora com o observado em outros estudos. O incremento do financiamento nos últimos anos não foi suficiente para qualificar a aquisição de medicamentos pelos entes públicos no Brasil, e a despeito do orçamento público finito, o custo dos medicamentos tem aumentado ao longo dos anos, um desafio à gestão da AF na melhoria dos gastos na área (AMARAL; BLATT, 2011; FALEIROS et al., 2017; MATTOS et al., 2019; SOUZA et al., 2017).

Em agravo, Faleiros et al. (2017), chama a tenção para as graves deficiências no financiamento da AF na gestão municipal do SUS, destacando além do esgotamento do modelo de financiamento da AF, a pouca preocupação com a formalidade na execução dos recursos públicos e gastos ocorridos para atendimento de demandas individuais em detrimento da coletividade.

Considerando que a provisão de medicamentos é de responsabilidade solidária entre as três esferas de governo que participam no financiamento da AF, a promoção

do acesso a um bem ou serviço em saúde relaciona-se, dentre outros fatores, ao aporte de recursos financeiros alocados para esse fim. O aumento exponencial das ações judiciais e a impossibilidade de previsão orçamentária dos gastos por elas acarretados, coloca em risco a provisão pública, especialmente no nível municipal, que proporcionalmente detém menor poder aquisitivo e maior dependência das instâncias superiores. Além da questão orçamentária assinalada, muitas das decisões judiciais infringem ou distorcem princípios do SUS, sobretudo o da equidade. Ademais, a maioria das demandas por medicamentos gerados por ações judiciais poderiam ser evitadas se fossem consideradas as diretrizes do SUS (BERMUDEZ et al., 2018; CHIEFFI; BARATA, 2009; FERREIRA et al., 2019; MATTOS et al., 2019; SANT'ANA et al.; 2011; VIEIRA; ZUCCHI, 2015).

Gestores da saúde e operadores da justiça, podem contribuir para a intensificação do fenômeno da judicialização da AF e para as distorções dele advindas. Por um lado, os gestores da saúde têm falhado em garantir o acesso satisfatório da população aos medicamentos, inclusive àqueles selecionados como prioritários. Uma gestão incipiente da AF presente, seja no estado seja no município, torna-se um campo 'fértil', para o estabelecimento e crescimento da judicialização, retroalimentando a ocorrência de demandas judiciais por medicamentos. Por outro lado, o judiciário muitas vezes desconsidera a importância das políticas do setor saúde, dentre elas a farmacêutica, enquanto instrumentos racionais e legítimos para a alocação de recursos nesse âmbito (FERREIRA et al., 2019; SANT'ANA et al., 2011).

Sant'ana et al. (2011) sugerem que alguns fatores podem contribuir para reduzir a intensidade do fenômeno, assim como, das conseqüentes distorções:

- Estruturação adequada do sistema público de saúde, garantindo acesso regular aos medicamentos por ele selecionados, bem como, uma seleção de medicamentos essenciais que considere as peculiaridades das demandas dentro de uma ótica de racionalidade clínica e não apenas financeira;
- Valorização pelo judiciário da regulamentação administrativa vigente, buscando dar cumprimento à mesma. Ao determinar o fornecimento de medicamento financiado pelo setor público, o juiz poderia sugerir igualmente o adequado acompanhamento do usuário, colaborando para garantir o efetivo acesso à saúde e à justiça, promover o URM e evitar possíveis fraudes ou má aplicação de recursos públicos;

- Defesa técnica por parte do gestor da saúde que possibilitem o aprofundamento do contraditório em uma perspectiva clínica e sanitária, fornecendo ao poder judiciário os elementos que comprovam a inadequação do medicamento pleiteado, bem como, as alternativas terapêuticas mais seguras e efetivas disponíveis no sistema público de saúde;
- Judiciário sensível à contestação, considerando as evidências médico-científicas e as questões sanitárias que envolvem as políticas farmacêuticas como fundamentais para a efetiva proteção e recuperação da saúde do demandante.

No entanto o que se percebe é a pouca ou quase nula comunicação entre os agentes do serviço municipal e o judiciário, que se configura em uma importante na falha execução dos serviços mediados pela gestão da AF, intensificada pela inexpressiva quantidade de pareceres técnicos, reforçando a inabilidade no manejo de tal atribuição, ademais o comprometimento da gestão da AF e do Poder Executivo municipal deve redundar em monitoramento, acompanhamento e estratégias para minimizar os impactos financeiro, social e terapêutico das demandas judiciais e novas formas de conduta da gestão pública (FERREIRA et al., 2019).

Em referência aos problemas relacionados ao mercado farmacêutico, Reis e Perini (2008) apresentam determinantes do desabastecimento de medicamentos envolvendo os diversos segmentos da cadeia logística tais como: irregularidade no fornecimento de insumos com interrupções no processo produtivo; interrupção de fabricação; recolhimento de medicamentos (*recall*) com impacto maior em caso de fabricantes exclusivos; alterações na linha de produção em virtude de definições econômico-financeiras; fusão de laboratórios com alterações nas linhas de produção; aumento inesperado da demanda excedendo a capacidade produtiva dos laboratórios; situações especiais que comprometem a produção, tragédias naturais, conflitos sociais, dependência de importação de insumos farmacêuticos tornam países mais suscetíveis a desabastecimentos.

A Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CMED), órgão interministerial responsável pela regulação econômica do mercado de medicamentos no Brasil e a Anvisa exerce a Secretaria-Executiva da Câmara, estabelece limites para preços de medicamentos, e aplicação do desconto mínimo obrigatório para compras públicas. Um dos instrumentos criados para dar maior eficiência aos recursos

empregados em saúde foi o Coeficiente de Adequação de Preços – CAP, que é o desconto mínimo obrigatório para compras públicas de medicamentos, atualizado anualmente pela CMED, o valor vigente é de 20,16%, um percentual de desconto incidente sobre o Preço Fábrica (PF), resultando no Preço Máximo de Venda ao Governo (PMVG), que é o preço teto para compras governamentais, aplicável em duas situações: compras de medicamentos constantes da lista de medicamentos sujeitos ao CAP (Programa de Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, Programa Nacional de DST/AIDS, Programa de Sangue e Hemoderivados, medicamentos antineoplásicos ou medicamentos utilizados como adjuvantes no tratamento do câncer) ou aquisição de qualquer medicamento por força de decisão judicial. Nos casos em que o CAP não for aplicável, ou seja, quando o medicamento não estiver contido na lista de medicamentos sujeitos ao CAP nem for adquirido por decisão judicial, o preço teto a ser observado é o Preço Fábrica (PF) (ANVISA, 2020).

No entanto, o CONASS emitiu a nota técnica 15/2014, apresentando as dificuldades apresentadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde na aquisição de medicamentos, segue algumas das situações também enfrentadas no âmbito municipal de acordo com Mattos et al. (2019):

- Licitações desertas;
- Aumento desproporcional de preços em relação às compras anteriores;
- Descumprimento dos prazos de entrega pelos fornecedores;
- Fracionamentos das quantidades por ocasião da entrega;
- Solicitações dos fornecedores para haver troca de marca ou fabricante do produto originalmente cotado na licitação;
- Dificuldades para a aplicação do CAP e desoneração tributária, o que leva ao não cumprimento do PMVG estabelecido para os produtos a ele sujeitos;
- Demora dos fornecedores assinarem as atas;
- Inúmeros e injustificados atrasos nas entregas;
- Solicitações frequentes de cancelamento de empenhos;
- Desinteresse das empresas farmacêuticas, tanto fabricantes como distribuidoras em participar dos processos licitatórios.

Em São Paulo, a contrapartida estadual é disponibilizada para 573 municípios do estado em medicamentos constantes no Programa Dose Certa. Entre as 61 apresentações de medicamentos da APS – que cobrem as doenças com maior incidência - estão analgésicos, antitérmicos, antibióticos, anti-inflamatório, vitaminas, pomadas e medicamentos para tratamento da hipertensão e diabetes, além de medicamentos de Saúde Mental. A seleção de medicamentos é o resultado da avaliação dos técnicos das secretarias Estadual e Municipal de São Paulo e obedecidos critérios de essencialidade para o uso em unidades básicas tendo, como referência, a RENAME e as normas pactuadas nacionalmente (FURP, 2020).

A Nota Técnica 01/2020 emitida pelo COSEMS /SP apresenta uma análise da situação de abastecimento de medicamentos do Programa Dose Certa da SES/SP, com pendências do 3º e 4º trimestre de 2019, com cronograma de entrega para janeiro de 2020, no entanto, irregulares com a falta da grande maioria dos itens. Ou seja, quando o Estado encontra dificuldades nas aquisições de medicamentos, a maioria dos municípios paulistas são diretamente afetados com o desabastecimento de medicamentos essenciais para o cuidado na APS em doenças de maior prevalência como anti-infecciosos (amoxicilina, cefalexina, sulfametoxazol e trimetoprima, benzilpenicilina benzatina), primeira linha de tratamento de hipertensão arterial (hidroclorotiazida, captopril, anlodipino, metildopa) e diabetes mellitus tipo II (metformina, glibenclamida), analgésicos e antitérmicos (dipirona, paracetamol, ibuprofeno), entre outros.

Como agravante, a referida Nota Técnica aponta que os municípios tem pouca ou quase nula possibilidade de sanar o desabastecimento destes itens pois não houve notificação em tempo hábil da falta dos mesmos, o tempo estimado de um processo licitatório é em média de 4 a 6 meses, além de orçamentos municipais construídos sem a previsão para aquisição destes itens e que já encontram-se sobrecarregados, custeando em média 27% das despesas em saúde com recursos próprios. Em praticamente todos os meses de 2019 houve grande irregularidade na distribuição dos medicamentos, com a falta de 14 e até 32 itens, no total de 61 itens do Programa Dose Certa.

Há de se ressaltar os medicamentos do Componente Estratégico da AF de competência do Ministério da Saúde, controle de tuberculose, controle de hanseníase, endemias focais, influenza, sangue e hemoderivados, saúde da criança, existe o

programa farmácia popular, programa saúde da mulher entre outros (BRASIL, 2018; BRASIL, 2004b) em que também ocorre desabastecimento.

A falta de medicamentos pode comprometer fortemente os serviços de saúde com consequências clínicas, sociais e econômicas. O aumento dos riscos das enfermidades, o comprometimento da segurança do processo assistencial, pois erros de medicação e reações adversas a medicamentos são mais prováveis quando uma conduta terapêutica tem que ser substituída por motivos alheios às necessidades clínicas dos pacientes, soma-se a isto o aumento dos custos no investimento em alternativas terapêuticas de preços mais elevados e o descrédito a gestão municipal de saúde. Diante de tais comprometimentos, torna-se necessário considerar medicamentos como tecnologia diferencial durante o processo de licitação (AMARAL; BLATT, 2011; BARROS et al., 2017; REIS; PERINI, 2008).

Ao analisar a associação entre o acesso a medicamentos e estruturas formais da AF, a PNAUM encontrou um acesso total a medicamentos maior quando os responsáveis pela AF afirmam existir Comissão Permanente de Licitação (CPL) exclusiva para aquisição de medicamentos reforçando a relevância desta estrutura para a organização e alcance das finalidades da AF (BARROS et al., 2017). Entretanto, apenas 34,8% dos municípios pesquisados possuíam comissão de licitação específica para AF, o que complica ainda mais o cenário de gestão e compromete a disponibilidade de medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos à população (GERLACK et al., 2017).

Outro aspecto importante observado nos estudos da PNAUM é a falta de autonomia da coordenação da AF na gestão dos recursos financeiros, revelada tanto pelos secretários municipais de saúde quanto pelos responsáveis pela AF municipal, com percentuais significativos, o que pode explicar parte das dificuldades relacionadas à estruturação e qualificação dos serviços farmacêuticos (SOUZA et al., 2017). A autonomia do gestor sobre os recursos financeiros é fundamental para a tomada de decisões. Nesse sentido, a falta de autonomia financeira declarada por 61,5% dos responsáveis da AF, na PNAUM, associada ao fato de 81,7% não saberem informar qual foi o gasto do município com AF, pode determinar expressivas limitações em executar a gestão de forma efetiva (GERLACK et al., 2017).

Seguindo o processo de descentralização da política de saúde no Brasil, a aquisição dos medicamentos essenciais passou a ser de responsabilidade dos municípios desde que se estabeleceu financiamento específico, tripartite para

aquisição de medicamentos e para estruturação da AF. Isso acarretou nova realidade para muitos municípios, como inexistência de recursos humanos e financeiros, dificuldade de acesso ao uso de tecnologias e falta de estrutura física adequada (AMARAL; BLATT, 2011; SOUZA et al., 2017).

Ainda que, a PNAF oriente o deslocamento do foco das ações da AF do medicamento para o usuário, é imprescindível que o medicamento esteja disponível para que ocorra o preconizado acesso com uso racional (GERLACK et al., 2017). Cada vez mais é essencial que se incorporem modernos conceitos de logística de materiais para evitar o desabastecimento de medicamentos devido a fatores internos, tais como planejamento inadequado ou emprego de ferramentas gerenciais ineficientes (REIS; PERINI, 2008).

A criação de mecanismos de ampliação da escala de compras pela adoção de compras consolidadas, por meio de associações ou consórcios entre várias instituições, processando compras em conjunto, é recomendada às administrações públicas (MARIN et al., 2003) como estratégia para aumento da eficiência nos gastos dos recursos.

Com a finalidade de otimizar os recursos da AF básica, redução dos custos operacionais dos municípios e busca por preços mais vantajosos que os obtidos por compras individuais, em 1999, foi constituído o Consórcio Paraná Saúde, entre municípios paranaenses, hoje com 398 dos 399 municípios do estado e, em 2008, o Consórcio Intermunicipal de Saúde, no Vale do Itajaí, no estado de Santa Catarina, com 15 municípios consorciados (CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE, 2019).

Os Consórcios vêm efetuando a aquisição de medicamentos elencados na AF básica, preservando a autonomia de cada município na seleção e quantificação dos medicamentos de suas necessidades a cada aquisição, possibilitando economia de recursos e oferta mais regular de medicamentos. Além disso, municípios menores puderam usufruir do poder de compra e de infraestrutura administrativa, desobrigando a realização do processo de licitação de medicamentos, tal iniciativa bem-sucedida de URM pode ser uma importante ferramenta para a melhoria da gestão da AF (AMARAL BLATT, 2011; FERRAES; CORDONI JÚNIOR, 2007; MATTOS et al., 2019).

5.2.4 Armazenamento, distribuição e transporte de medicamentos

Tabela 13: Armazenamento /Distribuição /Transporte de medicamentos

4. Capacidade para assegurar o acesso a medicamentos seguros quanto à manutenção das suas características físico-químicas.					
Capacidade para	Estágios de desenvolvimento da capacidade			Indicador	
	1.º	2.º	3.º		
Garantir o armazenamento correto dos medicamentos.	O local de armazenamento não possui condições sanitárias adequadas ⁴ para a guarda de medicamentos.	O local de armazenamento possui condições sanitárias adequadas para o correto armazenamento.	O local de armazenamento possui condições sanitárias adequadas, tem área exclusiva para guarda de medicamentos e obedece às Boas Práticas de Armazenamento de Medicamentos. ⁵	Indicador 13 Existência de POPs que descrevem as normas para o correto armazenamento dos medicamentos.	
	MUNICÍPIOS	-	A/B/D/F		C/E
	PONTUAÇÃO	0	4		2
Garantir transporte adequado dos medicamentos.	Não possui transporte adequado para os medicamentos. ⁶	O transporte dos medicamentos atende parcialmente às Boas Práticas.	Possui transporte adequado em quantidade suficiente e específico para o correto transporte dos medicamentos, de forma que garanta a qualidade do medicamento em todo seu trajeto.	Indicador 14 Existência de POPs que descrevem as normas para o transporte dos medicamentos	
	MUNICÍPIOS	A/F	B/C/D		E
	PONTUAÇÃO	2	3		1

Continua

4. Capacidade para assegurar o acesso a medicamentos seguros quanto à manutenção das suas características físico-químicas.

Capacidade Para	Estágios de desenvolvimento da capacidade			Indicador
	1.º	2.º	3.º	
Armazenar nas unidades dispensadoras e/ ou nas unidades de saúde	Os medicamentos não são armazenados em área específica nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde ⁷ .	Os medicamentos são armazenados em área física com condições sanitárias adequadas e sob controle de um profissional responsável.	Os medicamentos são armazenados em área física exclusiva, com condições sanitárias adequadas e sob controle de farmacêutico responsável.	Indicador 15 Existência de farmácia nas Unidades de Saúde com dimensão suficiente e condições adequadas para o armazenamento de medicamentos.
	Não há controle de estoque por um profissional responsável; e/ou	O sistema de controle de estoques é informatizado até a distribuição do almoxarifado para as Unidades de Saúde, fornecendo dados consistentes e confiáveis para a gestão.	O sistema de controle de estoques é informatizado até o momento da dispensação aos usuários, fornecendo dados consistentes e confiáveis para a gestão.	
	Não há sistema de controle de estoques consistente que forneça dados confiáveis para a gestão ⁸ .			
MUNICÍPIOS	-	B/C/D/E/F	A	
PONTUAÇÃO	0	5	1	
SOMATÓRIA	2	12	4	

4 Piso, parede, teto, instalações elétricas, iluminação, limpeza, sistema de prevenção de furtos, de incêndio e temperatura adequada.

5 Os medicamentos sujeitos a medidas de armazenamento especiais, tais como os psicotrópicos, os entorpecentes e os produtos que exigem condições de armazenamento especiais (termolábeis) devem ser imediatamente identificados e armazenados de acordo com instruções específicas do fabricante e com as demais exigências da legislação vigente.

6 Boas Práticas de Distribuição: Requer manter a qualidade dos produtos que distribui durante todas as fases da distribuição, sendo responsável por quaisquer problemas consequentes ao desenvolvimento de suas atividades. Os produtos farmacêuticos devem chegar ao consumo do público sem que sofram quaisquer alterações de suas propriedades nas etapas da distribuição.

7 Os medicamentos estão em contato direto com o chão, encostados na parede, sob exposição direta da luz. Não há sistema de refrigeração para medicamentos termolábeis.

8 Por exemplo: fichas de prateleira, sistema informatizado, entre outros.

Os resultados para o **indicador 13** mostram que, na perspectiva dos participantes, o desenvolvimento da capacidade de garantir o correto armazenamento dos medicamentos para 4 dos municípios, encontra-se no estágio 2 e a imagem-objetivo do estágio 3 foi alcançada em 2 municípios que além das condições sanitária adequadas, também contam com área exclusiva e obedece às Boas Práticas de Armazenamento.

O armazenamento, a distribuição e o transporte de medicamentos fazem parte da AF, são etapas da cadeia logística e visam assegurar a qualidade e a guarda segura dos medicamentos nas organizações da área da saúde, por meio de condições adequadas de armazenamentos e de um controle de estoque eficaz, bem como, a garantir a disponibilidade dos medicamentos em todos os locais de atendimento aos usuários (PINTO, 2016).

O armazenamento é a etapa do ciclo da AF que se constitui como um conjunto de procedimentos técnicos e administrativos, que têm por finalidade assegurar as condições adequadas de conservação dos produtos, que envolvem o recebimento dos medicamentos, a estocagem/guarda, em localização definida, que permita o acesso de forma pronta, ágil e inequívoca respeitadas as especificações (termolábeis, fotossensíveis, inflamáveis) para preservação da qualidade, a segurança contra danos físicos, furtos ou roubos, a conservação, o controle de estoque e a entrega e englobam desde as características necessárias das instalações de armazenagem, bem como layout dos locais de distribuição (BRASIL, 2014b; MARIN et al., 2003; PINTO, 2016).

As dimensões investigadas na PNAUM mostraram deficiências relevantes para a situação sanitária dos medicamentos na APS em nível nacional, pelo descumprimento de requisitos técnicos e sanitários imprescindíveis à conservação dos medicamentos que podem interferir na manutenção da estabilidade e, assim, na sua qualidade, eficácia e segurança, constatando um descompasso entre os esforços no âmbito do SUS para promover o acesso aos medicamentos para toda a população e a organização e qualificação dos serviços farmacêuticos (COSTA E. et al., 2017b).

Na dimensão documentação técnico-sanitária, na região sudeste, a PNAUM mostra que 57% das farmácias/unidades dispensadoras apresentaram licença sanitária, e certificado de responsabilidade técnica, em contraste com a média, no Brasil, que é de 39% para os mesmos documentos. No tocante à responsabilidade pela farmácia/unidade dispensadora de medicamentos, chama atenção que, no Brasil,

apenas 43% desses serviços contam com farmacêutico responsável, na região sudeste o percentual é de 72% (COSTA E. et al., 2017b).

Nesse contexto, cabe a questão: se de acordo com a legislação vigente, é um requisito técnico e uma exigência legal ter farmacêutico responsável técnico para obtenção da licença sanitária, e na região sudeste 72% das farmácias/unidades dispensadoras conta com profissional farmacêutico. Por que somente 57% possuem licença sanitária? Seria devido às condições sanitárias dos locais? Descumprimento de requisitos técnicos necessários para obtenção de alvará, tais como Laudo Técnico de Arquitetura (LTA) conforme RDC 50/2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde? Estudos mais aprofundados poderiam auxiliar nessa elucidação.

Ainda no mesmo estudo, Costa E. et al (2017b), revela as condições da área de armazenamento, no Brasil, em que apenas 37,7% dispõem de aparelhos de ar condicionado, 26,4% possuem termômetro para temperatura ambiente e 10,3% higrômetro (umidade do ar), para a região sudeste, 46%, 51,6, 17,8%, respectivamente. Da mesma forma, os itens de segurança contra incêndio e pane elétrica mostraram-se bastante deficitários. No Brasil 32,6% das unidades, dispunham de equipamento de prevenção de incêndio e 2,7% de gerador de energia elétrica. Para a região sudeste, 47% e 3,7% respectivamente. Achados preocupantes, sobretudo, considerando as condições climáticas e áreas de muita umidade na região.

Tais condições encontradas corroboram os achados de outros trabalhos, Barbosa et al (2017), Barreto e Guimarães (2010), Mattos et al. (2019) e Vieira (2008) que observaram em seus estudos, inadequações nas condições físicas e ambientais de armazenamento, tanto nas CAFs, quanto nas unidades de saúde, tais como incidência de luz solar diretamente nos medicamentos, presença de mofo e infiltração, medicamentos em contato direto com chão ou parede e indícios de roedores. Essas condições podem ser agravadas pelo modo como os medicamentos são transportados. O transporte inadequado pode comprometer a qualidade e eficácia dos medicamentos, ao expor os produtos a temperaturas elevadas, más condições de limpeza dos veículos, manuseio e outros.

Somente em um município, o **indicador 14**, o transporte foi considerado adequado conforme a imagem-objetivo do estágio 3, em metade dos municípios o

transporte atende parcialmente às Boas Práticas, em 2 municípios foi considerado o estágio 1: “*Não possui transporte adequados para os medicamentos*”.

O transporte inadequado pode prejudicar a qualidade e segurança do medicamento, dificultando o sucesso terapêutico e o URM por isso, é preciso que, além de carros suficientes, os mesmos sejam adequados para esse tipo de produto. Outras regiões e cidades no país também sofrem com más condições de transporte, poucas tem carros em quantidades suficientes, menos ainda adequados para levar medicamentos (COSTA E. et al., 2017b; BARRETO; GUIMARÃES, 2010).

O medicamento possui benefícios, mas também, porta riscos à saúde; requer portanto, regulação sanitária em todas as etapas do seu ciclo produtivo. Assim, cabe ao Estado regular a produção, a comercialização, o transporte, o armazenamento, a dispensação e o uso dos medicamentos, bem como, o gerenciamento e a disposição final dos resíduos para proteger a saúde do trabalhador, da população e o meio ambiente e, assim, alcançar sua finalidade no sistema de saúde (COSTA E., et al., 2017b).

Nesse sentido, a publicação recente da RDC 304/2019, que dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição e Armazenagem e de Boas Práticas de Transporte de Medicamentos, publicada em 17 de setembro de 2019, atendendo à necessidade de revisão da Portaria 802/98, apresenta importante avanço nas exigências referente ao armazenamento e transporte em condições satisfatórias à manutenção da qualidade, segurança e eficácia dos medicamentos. Em março de 2020, a RDC 360 altera a RDC 304, promovendo algumas mudanças e prorrogando os prazos de adequações.

Para o **indicador 15**, os participantes, em sua maioria, identificaram a situação de seus municípios com o estágio 2 em que “*os medicamentos são armazenados (...) sob controle de um profissional responsável. O sistema de controle de estoques é informatizado até a distribuição do almoxarifado para as Unidades de Saúde (...)*”. A imagem-objetivo do estágio 3 foi alcançada somente por 1 município, com armazenamento sob o controle de farmacêutico responsável nas unidades de saúde e sistema de controle de estoque até o momento da dispensação.

Embora na Tabela 9, verifica-se que a implantação do Sistema Hórus, deu-se em quatro municípios e possivelmente os demais possuem algum sistema implantado para a gestão da AF, no entanto, apenas em um município (A), foi implantado sistema de controle de estoque informatizado até a dispensação aos usuários. Também observa-se na Tabela 9, que o município A, informa fazer uso do sistema Hórus e

trata-se de município equitativo na classificação do IPRS, indicando município de pequeno porte, contemplado pelo QUALIFAR-SUS. Resultado que aponta para o provável reconhecimento por parte da gestão, da importância de apoiar iniciativas que viabilizem a qualificação dos processos envolvidos na AF.

Referente à existência de sistemas de controle de estoque, os resultados da PNAUM indicam que na região sudeste (9,3%) dos municípios estudados não possuíam qualquer sistema de controle de estoque, (39%) possuíam sistema manual e (54,3%) sistema informatizado (GERLACK, et al., 2017).

Vale ressaltar que mesmo a implantação do Sistema Hórus, que não acarreta custo direto aos municípios com o sistema em si, há custos indiretos como despesas com a conectividade, aquisição de maquinários (computadores, impressoras etc.), móveis como mesas e/ou guichês, adequação de espaços das farmácias das unidades de saúde e especialmente, recursos humanos o que envolve contratação e capacitação. Estas são as principais dificuldades enfrentadas pelos municípios para a implantação do sistema informatizado de acordo com estudos, embora, sejam evidenciadas muitas vantagens após implantação: *economicidade* pelo melhor controle de estoque e planejamento de aquisições de medicamentos e insumos, diminuindo desperdícios e otimização dos recursos financeiros já escassos; maior *segurança* no acesso e utilização dos medicamentos pelos usuários ao fortalecer o processo de controle e monitoramento dos fármacos, como prazo de validade, rastreabilidade dos lotes, agendamento das próximas retiradas (medicamentos de uso contínuo) emissão de relatórios, entre outros (BARROS et al., 2017; COSTA; NASCIMENTO JUNIOR, 2012; DIAS, 2013; MAIA et al., 2016; RAMOS, 2015; TIERLING, 2013).

Torna-se fundamental que as organizações de saúde estabeleçam e monitorem critérios para assegurar que os medicamentos estejam sendo recebidos, estocados e controlados de maneira eficaz e correta (PINTO, 2016).

No entanto, Mattos et al. (2019) discutem que ainda que existam casos locais ou regionais de sucesso, as iniciativas do MS, sistema Hórus e o programa QUALIFAR-SUS, são importantes, ainda que insuficientes ou pouco abrangentes, ou ainda que faltem recursos financeiros no panorama geral de subfinanciamento e priorização do fornecimento em detrimento do cuidado.

5.2.5 Prescrição de medicamentos

Tabela 14: Prescrição de medicamentos

5. Prescrição de Medicamentos				
Capacidade para	Estágios de desenvolvimento da capacidade			Indicador
	1.º	2.º	3.º	
Promover a adesão dos prescritores à REMUME.	Não realiza ações de promoção da adesão dos prescritores à REMUME.	Realiza ações de promoção da adesão dos prescritores à REMUME, mas não avalia.	Realiza ações de promoção da adesão dos prescritores à REMUME e monitora a adesão.	Indicador 16 Porcentagem de medicamentos prescritos que constam da relação de medicamentos adotada (pode ser a RENAME, a RESME, a REMUME ou a lista pactuada).
MUNICÍPIOS	B	A/C/D/F	E	
PONTUAÇÃO	1	4	1	
Promover a qualidade das prescrições.	Não realiza intervenção para garantia ou promoção da qualidade das prescrições.	Elabora e divulga para a equipe as normas de prescrição no âmbito do SUS. ⁹	Avalia a qualidade da prescrição e retorna à equipe os problemas relacionados às prescrições.	Indicador 17 Porcentagem de prescrições que atendem à legislação específica.
MUNICÍPIOS	B	D/F	A/C/E	
PONTUAÇÃO	1	2	3	
Promover educação para o URM para os prescritores.	Não desenvolve processos educativos relacionados ao URM.	Realiza processos educativos relacionados ao URM esporadicamente.	Adota política de educação permanente sobre o URM.	Indicador 18 Existência de programação continuada para promoção URM para os prescritores.
MUNICÍPIOS	A/B/D	E/F	C	
PONTUAÇÃO	3	2	1	
SOMATÓRIA	5	8	5	

⁹ Lei n.º 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Art. 3º - As aquisições de medicamentos, sob qualquer modalidade de compra, e as prescrições médicas e odontológicas de medicamentos, no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS(SUS), adotarão obrigatoriamente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI) (Brasil, 1999, art. 3.º). Veja também a Lei n.º 5.991/73, de 17 de dezembro de 1973 (Brasil, 1973). Capítulo VI – do receituário, Artigos 35 a 43.

Fonte: IAPAF /Alterações produzidas pela autora.

Em relação ao **indicador 16**, encontram-se resultados mistos, em que há 1 município no estágio 1 no desenvolvimento da capacidade de promover a adesão dos prescritores à REMUME, 1 município no estágio 3, que além de realizar ações de promoção também monitora a adesão, e os demais municípios no estágio 2, em que são realizadas ações de promoção da adesão, mas não avalia.

A adoção de listas padronizadas de medicamentos em sistemas de saúde contribui para a promoção da qualidade da assistência, entretanto, na PNAUM a proporção de usuários com todos os medicamentos prescritos presentes na RENAME foi de (52,2%), embora tenha sido relatado disponibilidade da RENAME por (95,1%) dos profissionais dispensadores na região sudeste (LIMA et al., 2017).

Essencialmente, além da presença da REMUME, é preciso que ela seja balizadora das prescrições, no entanto a baixa prescrição de medicamentos das listas padronizadas RENAME e REMUME aponta para a dificuldade de adesão por parte dos prescritores que pode decorrer, entre tantos fatores, da inexistência de uma CFT atuante, desatualização da REMUME, falta de medicamento no momento da prescrição; pouca divulgação de sua importância; ou do fato de a REMUME, não ser conhecida pelos prescritores por falta de sensibilização para a promoção de seu uso. Uma melhor divulgação e sua construção de forma colaborativa com os prescritores, além de treinamento educacional em relação ao seu uso, para que não haja perdas e nem excessos pode contribuir para o URM (BITTENCOURT et al., 2017; KARNIKOWSKI et al., 2017).

Para o **indicador 17** nota-se também um perfil misto na percepção dos participantes sobre o desenvolvimento da capacidade de promover a qualidade das prescrições em atendimento à legislação específica. Metade dos municípios alcançam a imagem-objetivo em que *“Avalia a qualidade da prescrição e retorna à equipe os problemas relacionados às prescrições.”* Há 2 municípios no estágio 2, em que *“Elabora e divulga para a equipe as normas de prescrição no âmbito do SUS”* e 1 município no estágio 1, em que *“Não realiza intervenção para garantia ou promoção da qualidade das prescrições.”* Estes dados se tornam ainda mais preocupantes ao se observar os resultados do **indicador 18** em que somente em 1 município se adota educação permanente sobre o URM, em 2 municípios os processos educativos relacionados ao URM são esporádicos e na metade dos municípios, não se desenvolve qualquer processo educativo sobre o URM.

No país, existem normatizações que visam regulamentar as informações contidas nas receitas, de modo a prevenir erros e fornecer valor jurídico ao documento (BRASIL, 1973). Entretanto, a análise de conformidade da prescrição com os determinantes exigidos por lei e com indicadores de qualidade dentre as incontáveis prescrições de medicamentos elaboradas, anualmente, no SUS, grande parte não contém os requisitos legais mínimos exigidos e revela erros que podem comprometer a sua segurança e efetividade, como o uso abusivo da escrita abreviada, a não adesão ao modelo de prescrição eletrônica entre outros (ZANETTI; MARCHETTI; ANDRADE, 2018).

Bittencourt et al. (2017), chamam a atenção à baixa compreensão da prescrição médica pelos pacientes, mostrando-se diretamente relacionado ao tempo médio de consulta médica aquém do preconizado pela OMS. De acordo com os autores, se, no momento da entrega, a prescrição for explicada e a repetição de seu conteúdo for solicitada ao paciente, seria possível identificar os erros de compreensão e corrigi-los, trazendo benefícios ao paciente, levando ao URM.

O URM requer que os pacientes recebam medicamentos apropriados para sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo possível para eles e sua comunidade, no entanto, em teoria, a PNAF e a PNM consideram os problemas de prescrição grandes obstáculos para o URM, pois a carência de informações importantes na prescrição pode favorecer o aparecimento de tratamentos ineficazes e prejuízos terapêuticos. Assim, a prescrição médica é um componente crucial para que ocorra o URM (BRASIL, 2018; WHO, 1985; ZANETTI; MARCHETTI; ANDRADE, 2018).

É evidente que a possibilidade de receber o tratamento adequado, conforme e, quando necessário, reduz a incidência de agravos à saúde, bem como, a mortalidade para muitas doenças, no entanto ter acesso à assistência médica e a medicamentos não implica, necessariamente, em melhores condições de saúde ou qualidade de vida, pois os maus hábitos prescritivos, as falhas na dispensação, a automedicação inadequada podem levar a tratamentos ineficazes e pouco seguros (ARRAIS; BARRETO; COELHO, 2007).

São fundamentais medidas que qualifiquem serviços de saúde, prescrição e dispensação, para a promoção do URM, que é um dos principais objetivos da PNAF (LIMA et al., 2017). Há necessidade de que o prescritor enxergue a prescrição como

uma aliada na farmacoterapia, que assegura o URM (ZANETTI; MARCHETTI; ANDRADE, 2018).

A influência do trabalho da equipe de farmácia com intervenção direta junto ao prescritor, fornecendo um guia com a lista de medicamentos essenciais da REMUME, por ordem alfabética e classificação farmacoterapêutica, além de informar a lista de medicamentos em falta para que possam ser prescritos fármacos alternativos, solicitando-lhe a adequação de prescrição, quando necessário, na exigência da prescrição pelo nome genérico, ou quando a apresentação difere da preconizada, acaba fundamentando-se em intervenções educativas (MELO; SILVA; CASTRO, 2016).

Nesse sentido, o profissional farmacêutico tem responsabilidade na implementação de estratégias para promoção do URM, considerando as consequências danosas do seu uso inadequado e a repercussão financeira que o medicamento representa para os serviços de saúde e para a coletividade, os serviços farmacêuticos é componente fundamental da qualidade da AF com implicações diretas na eficiência dos sistemas de saúde (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019).

Que outro profissional poderia ser mais indicado para promover o URM na APS? No entanto, ao evocar os resultados da Tabela 8, em que há nos 6 municípios que compõem a amostra, 131 profissionais farmacêuticos em saúde pública distribuídos entre gestão /coordenação, CAF, e a existência de pelo menos, 177 pontos de atenção (unidades de saúde /CAPS /hospitais), para atendimento de uma população de 2 milhões de habitantes, nota-se a priorização da disponibilização do medicamento em relação ao serviço farmacêutico, assim pode-se entender a condição preocupante revelada neste rol de indicadores.

No Brasil, a maior causa de intoxicações está relacionada aos medicamentos, estima-se que mais da metade dos medicamentos sejam inadequadamente prescritos, dispensados e/ou vendidos, e que metade dos pacientes os utilizem incorretamente o que torna evidente a necessidade de ampliar a cultura de segurança na APS, habilitar pacientes e profissionais no reconhecimento e gerenciamento de RAMs para redução de erros e tensões entre profissionais e a população. (BRASIL, 2018; MARCHON; MENDES JÚNIOR, 2014).

5.2.6 Dispensação de medicamentos

Tabela 15: Dispensação

6. – Capacidade para realizar a dispensação adequada de medicamentos nas farmácias das unidades de saúde.				
Capacidade para	Estágios de desenvolvimento da capacidade			Indicador
	1.º	2.º	3.º	
Organizar a farmácia nas unidades dispensadoras e/ou nas unidades de saúde.	As farmácias não têm dimensão suficiente, infra-estrutura adequada, disponibilidade de local de atendimento privado ou semi-privado, fontes de informação sobre medicamentos, recursos informáticos e de internet e nem dispõem de farmacêutico, pessoal auxiliar e/ou estagiários nas equipes.	Algumas farmácias têm dimensão suficiente, além de recursos informáticos e de internet, fonte de informações sobre medicamentos, farmacêutico e número adequado de pessoal auxiliar. Entretanto, não têm disponibilidade de local de atendimento privado ou semi-privado. ¹⁰	As farmácias têm dimensão suficiente e possuem farmacêutico, pessoal auxiliar e/ou estagiários nas equipes, disponibilidade de local de atendimento privado ou semi-privado, fontes de informação sobre medicamentos, recursos informáticos e de internet.	Indicador 19 Existência de farmácia nas unidades de saúde com dimensão suficiente e condições estruturais adequadas para o trabalho (recursos humanos, local de atendimento, fontes de informação, recursos informáticos e de internet).
MUNICÍPIOS	-	A/B/C/D/E/F	-	
PONTUAÇÃO	0	6	0	
Garantir processo de trabalho adequado na dispensação.	Não existem manuais com rotinas da dispensação.	A dispensação é realizada segundo normas técnicas adequadas, descritas em manuais.	A dispensação é realizada segundo normas técnicas adequadas, descritas em manuais, realizada pelo farmacêutico e/ou sistematicamente supervisionada por ele. É realizada orientação ao paciente na hora da dispensação.	Indicador 20 Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação e de espaço físico nas unidades de saúde para atendimento ao usuário.
MUNICÍPIOS	-	B/C/F	A/D/E	
PONTUAÇÃO	0	3	3	Continua

Conclusão

6. – Capacidade para realizar a dispensação adequada de medicamentos nas farmácias das unidades de saúde.				
Capacidade para	Estágios de desenvolvimento da capacidade			Indicador
	1º	2º	3º	
Garantir gestão adequada da dispensação de medicamentos.	As farmácias não exigem receita de profissional habilitado para realizar a dispensação de medicamentos. ¹¹	As farmácias dispensam exclusivamente mediante receita de profissional habilitado.	As farmácias dispensam exclusivamente mediante receita de profissional habilitado, além disso realizam algum tipo de acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes com tuberculose e/ou hanseníase, hipertensão, diabetes, IST/AIDS ou, ainda, que fazem parte de programas como Planejamento Familiar e/ou Saúde da Criança e Saúde Mental*	Indicador 21 Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação dos medicamentos.
MUNICÍPIOS	-	A/C/D/E	B/F	
PONTUAÇÃO	0	4	2	
Somatória	0	13	5	

*(CONFERÊNCIA NACIONAL DE MEDICAMENTOS E AF, 2003) .

¹⁰ Texto original: As farmácias têm dimensão suficiente, além de recursos informáticos. Entretanto, não têm disponibilidade do local de atendimento privado ou semi-privado, fontes de informação sobre medicamentos e internet, além de farmacêutico e número adequado de pessoal auxiliar. (IAPAF p.56)

¹¹ Denominação Comum Brasileira (DCB): denominação do fármaco ou do princípio farmacologicamente ativo provada pelo órgão federal responsável pela vigilância sanitária (Anvisa). Regras para dispensação: Lei n.º 5.991, de 17 de dezembro de 1973 (Brasil 1973). Art. 35 – Somente será aviadada a receita:

- que estiver escrita à tinta, em vernáculo, por extenso e de modo legível, observados a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais;
- que contiver o nome e o endereço residencial do paciente e, expressamente, o modo de usar a medicação;
- que contiver a data e a assinatura do profissional, endereço do consultório ou residência, e o número de inscrição no respectivo conselho profissional.

Fonte: IAPAF /Alterações produzidas pela autora.

Nos municípios do estudo, observamos unanimidade na etapa nº 2 no **indicador 19** referente ao desenvolvimento da capacidade de organização da

farmácia nas unidades de saúde. Provavelmente, as alterações realizadas na edição do texto original tenha promovido maior identificação por parte dos coordenadores da AF da situação encontrada em seus municípios, indicando que independente do porte do município, condições socioeconômicas e gestão política, a imagem-objetivo da etapa 3, mais próximas do ideal, ainda não foram alcançadas.

O indicador aborda aspectos diversos inclusos em “*condições estruturais adequadas para o trabalho*”: recursos humanos, local de atendimento, fontes de informação, recursos informáticos e de internet. A abrangência do indicador pode limitar a composição do cenário em que se desenvolve a dispensação de medicamentos nos municípios.

Em um mesmo município, podemos encontrar realidades diversas entre as farmácias municipais. Podendo haver farmácias com dimensões satisfatórias e outras não; farmácias com recursos informáticos e de internet, em regiões do município com boa conectividade, porém, regiões do mesmo município em que a conectividade não é satisfatória; farmácias com profissional farmacêutico e equipe auxiliar, mas não necessariamente, em todas as unidades; farmácias com local para atendimento, porém, sem recursos humanos suficiente e adequado e vice-versa, o que pode ser um reflexo das recomendações internacionais, nas últimas décadas, com foco no “acesso aos medicamentos essenciais”, porém, nos anos mais recentes, a ênfase tem se reorientado para além da disponibilidade, abrangendo o campo mais amplo da qualificação do uso dos medicamentos. Tal abordagem inclui estratégias para organização e qualificação dos serviços de dispensação de medicamentos como ação fundamental para que os pacientes recebam os medicamentos certos, no momento certo, que sejam utilizados da forma adequada, e que se beneficiem deles (LEITE et al., 2017b).

Estudos da PNAUM mostram que a maioria dos municípios brasileiros mantém mais de uma farmácia por 10.000 habitantes (62,4%) e a maioria (59,7%) conta com área total inferior a 14m². Na região sudeste, em 56,2% dos municípios, a área da farmácia foi superior a 14m² e 41,8% das farmácias apresentam grades ou barreiras entre o dispensador e os usuários e a presença de guichês ou balcão para atendimento onde trabalhadores e usuários ficam em pé, corresponde ao modelo de farmácias mais comum (76,7%), área destinada à consulta farmacêutica ou seguimento fármaco-terapêutico foi encontrada em 23% das unidades, local de espera com cadeiras para os usuários houve em 88,4%, acesso à internet em 66,7% e

sistema informatizado em 57,7% das farmácias, e a prevalência de unidades com atendimento superior a 40 horas semanais superou 56% (LEITE et al., 2017; LEITE et al., 2017b). Menos de 50% dos municípios investiram recursos próprios na estruturação da AF, suscitando as seguintes hipóteses: a AF já está estruturada, a estruturação ainda não é uma preocupação da gestão, ou não há recursos (GERLACK, et al, 2017). Outros estudos encontraram situações semelhantes (ARAÚJO; FREITAS, 2006; BARBOSA et al., 2017; BARRETO; GUIMARÃES, 2010; BITTENCOURT et al., 2017; DIAS, 2013; MENDES et al., 2015; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Para além das dificuldades financeiras, as deficiências de equipamentos destinados a oferta de serviços (cadeiras, guichês, computadores, acesso à internet e sistema informatizado) sugere dificuldades de entendimento, por parte de gestores e profissionais, da farmácia como espaço de serviço de saúde bem como do serviço de dispensação como parte do processo de atenção à saúde. Uma das condições básicas para proporcionar a qualificação do acesso e promover o uso racional dos medicamentos é garantir farmácias com serviços e ambientes adequados, onde as áreas físicas sejam planejadas e capazes de oferecer condições para acolher o usuário com dignidade e respeito; onde os medicamentos mantenham sua integridade física e química e com boas condições de trabalho àqueles que realizam o atendimento dos usuários (LEITE et al., 2017b; MENDES et al., 2015).

Para o **indicador 20**, sobre o desenvolvimento da capacidade de garantir processo de trabalho adequado na dispensação, observa-se que todos os municípios do presente estudo, realiza a dispensação segundo normas técnicas adequadas, no entanto, a metade dos municípios alcança a imagem-objetivo do estágio 3, somando-se que a dispensação é realizada por profissional farmacêutico e/ou supervisionada por ele sendo realizada orientação ao paciente na hora da dispensação.

Em relação ao **indicador 21**, a capacidade de garantir que a dispensação de medicamentos seja adequada por meio de critérios e normas técnicas, os participantes, em sua maioria, se identificaram com o estágio 2, em que a farmácias dispensa medicamentos exclusivamente mediante receita de profissional habilitado. Em 2 municípios, é realizado algum tipo de acompanhamento farmacoterapêutico.

O desenvolvimento do SUS é bastante distinto entre os municípios, regiões e estados, a conformação da rede de prestação de serviços do SUS é diversa, visto as características, portes e níveis de organização local, a insuficiência de farmacêuticos

quer no planejamento da AF quer nos pontos de atenção à saúde, o acesso aos medicamentos em muitas unidades de saúde do SUS não é realizado por meio de farmacêuticos e mesmo contando com a presença do farmacêutico, ocorre a entrega dos medicamentos aos usuários por técnicos e auxiliares e até mesmo por pessoal do nível administrativo e não raramente, sem orientação ao usuário (ARAÚJO S. et al., 2017; NASCIMENTO JUNIOR et al., 2016).

Os motivos que costumam ser referidos para que a entrega de medicamentos seja de responsabilidade de outros profissionais, são: lacunas no processo de formação e na qualificação de farmacêuticos para atividades de dispensação; o não entendimento do papel do farmacêutico em atividades clínicas diretamente com o usuário, tanto pela comunidade quanto por outros profissionais do cuidado; limitação pelas condições de trabalho, como infraestrutura, gestão dos serviços e distribuição de tempo ou carga horária que acaba por fazê-los priorizar as atividades técnico-gerenciais. Evidências de que ainda há de se superar uma visão restritiva das atividades de AF, que habitualmente valoriza quase que exclusivamente seu componente logístico em detrimento da clínica farmacêutica (ARAÚJO S. et al, 2017; LEITE et al., 2017; MATTOS et al., 2019).

Profissionais que atuam nas farmácias, quando realizam a entrega de medicamentos, devem receber a supervisão e apoio técnico do farmacêutico em período integral, além de atividades educativas para treinamento e capacitação, visando à qualificação das ações para que os usuários utilizem o medicamento apropriado para sua condição clínica e tenham acesso a orientações sobre o tratamento farmacológico (NASCIMENTO JUNIOR et al., 2016; LIMA et al., 2017).

A publicação da PNAF, a normatização das atividades das farmácias pela ANVISA e a publicação da Lei no 13.021/2014, a imagem -objetivo da dispensação começa a aproximar-se das necessidades da sociedade, buscando transcender o simples fornecimento de medicamentos para a promoção do URM (LEITE et al., 2017b).

Aliando-se o caráter técnico do procedimento de entrega que garanta o recebimento de um medicamento ou dispositivo dentro dos padrões de qualidade e segurança aos elementos filosóficos da atenção farmacêutica que garantam o uso adequado e apropriado dos medicamentos, a dispensação enquanto serviço clínico assistencial integrado as ações na RAS têm como elementos norteadores a promoção do URM para população. (ANGONESI; 2008; NASCIMENTO JUNIOR et al., 2016)

Pode-se destacar ainda afirmação dos autores em Leite et al. (2017, p.8):

“No atendimento de um usuário na farmácia não pode apenas prevalecer a entrega de um medicamento, como ato técnico-burocrático. O desenvolvimento sociotécnico do serviço de farmácia envolve a resolutividade como resultado não apenas técnico, mas também da capacidade de acolher, escutar, compreender, responsabilizar-se e dar consequência às queixas e necessidades dos usuários. Requer uma prática humanizada – que depende especialmente das pessoas envolvidas, mas que exige espaços e condições mínimas para que aconteçam”.

Em estudos da PNAUM, foi observado pequena participação dos farmacêuticos em reuniões de equipe e atividades educativas e relacionadas à promoção da saúde nos serviços da atenção básica, o que indica que este profissional ainda não está bem integrado na equipe de saúde e que a AF ainda mantém certo isolamento das demais ações de saúde. Do total de farmacêuticos entrevistados pouco mais de 1/5 afirmou realizar alguma atividade de natureza clínica no Brasil, mesma proporção foi encontrada para região sudeste. Os principais motivos alegados pelos farmacêuticos para não realizar tais atividades foram: nunca ter sido solicitado, ausência de estrutura física e pessoal insuficiente na farmácia, não dispor de tempo pelo excesso de atividades sob responsabilidade do farmacêutico, ausência de formação específica, falta de incentivo pelo município. (ARAÚJO P. et al., 2017; BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019; BARBOSA et al., 2017).

Soler et al. (2010), apontava que a integração dos farmacêuticos às equipes de saúde não se trata de um processo fácil e rápido identificando pelo menos três desafios a serem superados:

- a) Compreensão do novo papel do farmacêutico pelos membros das equipes, por meio da apresentação, esclarecimento e sensibilização dos trabalhadores envolvidos;
- b) Carências na formação dos farmacêuticos, a exemplo das dificuldades na abordagem aos pacientes (usuários), especialmente, na comunicação com os idosos e suas dificuldades de adesão ao tratamento, entre outras que a realização de treinamento específico para os farmacêuticos com a participação de profissionais experientes é fundamental para que os farmacêuticos se aperfeiçoassem, conquistando a confiança, a cumplicidade e amizade dos pacientes (usuários);

- c) Insegurança na interlocução com os profissionais prescritores, em especial os médicos, grupos operativos/educativos das Linhas-Guias e das doenças prioritárias e seus tratamentos em reuniões periódicas minimizaram este problema. Nesse contexto, aponta-se, como perspectiva, socializar as fichas de acompanhamento em prontuário eletrônico para todos os profissionais das equipes de modo a facilitar sua interlocução.

Mais recentemente, resultados da revisão realizada por Barberato, Scherer e Lacourt (2019), reuniu estudos entre os anos 2007 e 2015, revelando aspectos relevantes sobre a inserção do farmacêutico na APS:

- Predominam na APS atividades ligadas aos aspectos gerenciais e assistenciais da prática profissional;
- Consenso de que fatores como falta de apoio estrutural para o trabalho, insuficiência no número de profissionais farmacêuticos gerando sobrecarga, e a dificuldade de encontrá-lo, quando inserido na APS, trabalhando com dispensação, aliado a não percepção desses profissionais como parte da equipe e a pouca clareza sobre suas atribuições, contribuem para a falta de reconhecimento desse profissional;
- A experiência de implantação do serviço de atenção farmacêutica alterou a visão dos profissionais da APS sobre o trabalho do farmacêutico, deixando de ser caracterizada como tecnicista e fiscalizador pela visão de um profissional que se preocupa e se responsabiliza pelo usuário;
- A visita domiciliar como instrumento fundamental para se conhecer o ambiente familiar do usuário;
- Baixa aceitação das intervenções do farmacêutico pelos demais profissionais de saúde;
- A presença regular do profissional farmacêutico não foi vista como necessária. Isso seria decorrente de um contexto histórico de pouca inserção em atividades de APS e de falta de reconhecimento social, além de formação técnica com pouca ênfase na parte clínica e no SUS;

- Existência de apropriação de um conjunto de normas orientadoras pelas recentes mudanças institucionais e normativas da prática profissional, em fortalecimento da integração do farmacêutico à equipe e foco nas potencialidades de um futuro em construção.

Para Mattos et al. (2019), a estruturação realizada em alguns locais permitiu evolução no aspecto do cuidado na AF na APS, porém a centralidade nas ações de logística e gestão e a falta de esforços específicos ainda são limitantes para a qualificação do cuidado. No entanto, importantes avanços tem sido alcançados nos últimos anos, sendo possível uma melhora significativa dessa política dentro dos marcos da descentralização.

5.2.7 Recursos Humanos na Assistência Farmacêutica

Tabela 16: Recursos Humanos

7. – Capacidade para dispor de recursos humanos qualificados e em número suficiente para a AF.				
Capacidade para	Estágios de desenvolvimento da capacidade			Indicadores
	1º	2º	3º	
Dispor de farmacêutico para a execução e a organização da AF.	Não há farmacêutico trabalhando na AF da secretaria de saúde ou há apenas um que é responsável por todos os serviços farmacêuticos.	Há pelo menos um farmacêutico em cada um desses serviços: a) gerência da AF; b) almoxarifado de medicamentos; c) ambulatórios de especialidades; d) hospitais e pronto-socorros da administração direta; e) serviços de saúde que dispensam medicamentos sujeitos ao controle especial.	Além da presença de farmacêuticos nos serviços citados no 2.º estágio, há farmacêuticos em todas as unidades de saúde.	Indicadores de 22 a 27 (ver relação de indicadores ao final das planilhas).
MUNICÍPIOS	D	C/E/F	A/B	
PONTUAÇÃO	1	3	2	
Dispor de pessoal auxiliar com curso formal ou treinamento com carga horária maior que 40 horas em AF ¹¹ para, sob a orientação do farmacêutico, executar tarefas de apoio à realização e à organização dos serviços.	Não dispõe de pessoal auxiliar ou o pessoal auxiliar das atividades de AF, em sua maioria, não possui curso formal ou treinamento com carga horária superior a 40 horas em AF.	O pessoal auxiliar das atividades de AF, em sua maioria, possui curso formal ou treinamento com carga horária superior a 40 horas em AF.	Todo o pessoal auxiliar das atividades de AF possui curso formal ou treinamento com carga horária superior a 40 horas em AF.	Indicador 28 Porcentagem de trabalhadores da AF (exceto o farmacêutico) que possuem curso formal ou treinamento com carga horária total maior que 40 horas em AF.
MUNICÍPIOS	B	A/D/E	C/F	
PONTUAÇÃO	1	3	2	Continua

7. – Capacidade para dispor de recursos humanos qualificados e em número suficiente para a AF.

Capacidade para	Estágios de desenvolvimento da capacidade			Indicador
	1º	2º	3º	
Realizar treinamentos e capacitações internas para a secretaria de saúde ou possibilitar a participação do pessoal da AF (farmacêutico e pessoal auxiliar) em cursos de atualização, capacitação, entre outros, voltados para a AF, externos à secretaria de saúde.	Não são realizados treinamentos ou capacitações para o pessoal da AF ou não se promove a sua participação em cursos em cursos externos de atualização, capacitação, entre outros.	São realizados treinamentos ou capacitações para o pessoal da AF ou se promove a sua participação em cursos externos, mas de forma esporádica, sem uma programação permanente.	Existe programação permanente para a realização de treinamentos ou capacitações para o pessoal da AF.	Indicador 29 Existência de plano vigente de educação permanente para profissionais (nível superior e médio) que atuam na AF. Indicador 30 Porcentagem de trabalhadores da AF que foi treinada nos últimos 5 anos.
MUNICÍPIOS	D	A/B/C/E/F	-	
PONTUAÇÃO	1	5	0	
SOMATÓRIA	3	14	4	

¹¹ Treinamento ou capacitação em AF: é considerado qualquer curso com carga horária superior a 40 horas que tenha como meta informar ou aperfeiçoar as atividades da AF a serem desempenhadas pelo pessoal auxiliar.

INDICADORES:

22: Existência de pelo menos um farmacêutico trabalhando com a AF na SMS;

23: Existência de pelo menos um farmacêutico para cada almoxarifado ou central de abastecimento farmacêutico (CAF);

24: Porcentagem de unidades básicas de saúde que possuem farmacêutico na dispensação;

25: Porcentagem de ambulatório de especialidades que possuem farmacêuticos na dispensação;

26: Porcentagem de hospitais e prontos-socorros sob a gestão da SMS que possuem farmacêutico na dispensação entre os que realizam dispensação ambulatorial de medicamentos;

27: Porcentagem de unidades de saúde que dispensam medicamentos sujeitos ao controle especial que possuem farmacêutico na dispensação.

Fonte: IAPAF /Alterações produzidas pela autora.

Para o grupo de **indicadores de 22 a 27**, observa-se uma realidade diversificada quanto ao desenvolvimento da capacidade de dispor de profissionais farmacêuticos para execução e a organização da AF. Encontra –se metade dos

municípios no estágio 2, priorizando a presença de farmacêuticos nos serviços de gerência da AF, CAFs, ambulatórios de especialidades, hospitais e prontos-socorros da administração direta e serviços de saúde que dispensam medicamentos sujeitos ao controle especial. A imagem-objetivo foi alcançada entre 2 dos municípios do estudo em que se dispões da presença de farmacêuticos além dos serviços já citados no estágio 2, também em todas as unidades de saúde. Em 1 município, encontra-se no estágio 1 em que *“Não há farmacêutico trabalhando na AF da secretaria de saúde ou há apenas um que é responsável por todos os serviços farmacêuticos”*. Tais resultados corroboram com os dados obtidos na primeira fase do estudo, na Tabela 8, referente aos farmacêuticos atuantes em saúde pública na região do Alto Tietê.

Conhecer a força de trabalho da AF na atenção básica é imprescindível para a avaliação das conquistas e desafios relativos à gestão da disponibilidade, acesso e utilização de medicamentos, permitindo elaboração e acompanhamento de políticas públicas correspondentes com as reais necessidades relativas à formação e qualificação de trabalhadores para o desenvolvimento da AF e obtenção dos melhores resultados de saúde com os serviços de AF (CARVALHO et al., 2017).

Nos estudos da PNAUM, os municípios participantes possuíam ao menos um farmacêutico na rede municipal de saúde, concentrados nas atividades de gestão municipal. A profissionalização das funções de gestão municipal na organização da força de trabalho da AF na atenção básica no SUS é uma conquista. Entretanto, o fato de dispor deste profissional não implica suficiência para o gerenciamento das ações e serviços de AF, tanto no aspecto quantitativo quanto qualitativo, há importantes deficiências na composição da força de trabalho nas unidades de dispensação de medicamentos, o que deve comprometer a qualidade do uso dos medicamentos e seus resultados em saúde (CARVALHO et al., 2017; VIEIRA; ZUCCHI, 2015).

No **indicador 28**, os resultados apontam que o estágio 3, que descreve a imagem-objetivo onde *“Todo o pessoal auxiliar das atividades de AF possui curso formal ou treinamento com carga horária superior a 40 horas em AF”*, foi alcançado por 2 municípios. No entanto, 3 municípios se identificam com o estágio 2, em que *“parte”* do pessoal auxiliar possuem curso formal.

Vale destacar que o município que encontra-se no estágio 1, em que a AF *“...não dispõe de pessoal auxiliar ou não possuem curso formal...”*, é o município “B” que nos indicadores anteriores, informou o estágio 3, em que conta com a *“... presença*

de farmacêuticos em todas as unidades de saúde...”, e também no indicador 21, sobre a capacidade de dispensação, “...realiza algum tipo de acompanhamento farmacoterapêutico”. Neste caso, pode-se supor que o município optou pela contratação de profissionais farmacêuticos em detrimento de pessoal auxiliar, o que pode ser considerado importante avanço especialmente em unidades de saúde onde o fluxo de atendimentos permite bom exercício dos serviços farmacêuticos. No entanto, em unidades com fluxo intenso de atendimentos, pode haver sobrecarga do profissional e prejuízo dos serviços.

Nos dados da PNAUM a força de trabalho da AF na atenção básica era predominantemente composta por mulheres, entre 18 e 39 anos de idade, com vínculo empregatício efetivo, há mais de um ano no cargo ou atividade e jornada de trabalho semanal superior a 30 horas: nível superior na coordenação e nível técnico ou auxiliar nas unidades de saúde. Vale destacar que, aproximadamente 35% dos trabalhadores das unidades de dispensação são contratados ou terceirizados, o que pode indicar uma tendência de flexibilização e até precarização das relações de trabalho (CARVALHO et al., 2017). Foi verificado também que, em desacordo com uma necessidade técnica e a legislação sanitária, a entrega de medicamentos é também exercida por outros profissionais de saúde de nível superior e outros trabalhadores – técnico/auxiliar de enfermagem ou de farmácia, agente comunitário e até funcionários administrativos e de serviços gerais – cujo percentual ficou próximo ao de farmacêuticos (COSTA E., et al., 2017b; OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

Considerando todos aqueles que trabalham com registro profissional, em 2014 o CFF, em publicação sobre o Perfil do farmacêutico no Brasil, contabilizou nove farmacêuticos para cada 10 mil habitantes, sendo que 38,4% dos profissionais se concentram na região sudeste, 55,1% fizeram pós-graduação o que demonstra a preocupação em se qualificar mais para atender bem às demandas do mercado profissional, visando a uma melhor remuneração e qualificação profissional. Pelo menos, 5,6% atuam em gestão pública e 10,9% atuam em farmácia pública, entre 2008 e 2013, o número de farmacêuticos cadastrados nas unidades de saúde cresceu 75%, o que, provavelmente, foi possível por dois fatores: implantação do NASF e crescimento da AF no país (CARVALHO et al., 2017; SERAFIN, CORREIA JR., VARGAS, 2015).

É fundamental que toda farmácia tenha um farmacêutico durante todo o horário de funcionamento, seu papel é reconhecido na melhoria da qualidade da prescrição e

da dispensação, todavia, há ainda um longo caminho para o alcance desta realidade no SUS. Muitas unidades de saúde ainda dispõem de profissionais não preparados para a dispensação de medicamentos em suas farmácias, considerando que a maioria das unidades de saúde não possui farmacêuticos (VIEIRA; ZUCCHI, 2015).

Mattos et al. (2019) identifica na percepção de gestores públicos da AF do SUS que entre os problemas relacionados aos recursos humanos, ainda figuraram a quantidade insuficiente de profissionais, a baixa capacitação e a má formação, tanto na gestão quanto na atenção, rotatividade, dificuldade de contratação e baixos salários.

Nos **indicadores 29 e 30**, encontra-se a situação em que nenhum município alcança a imagem-objetivo do estágio 3. Em 5 municípios *“São realizados treinamentos ou capacitações para o pessoal da AF ou se promove a sua participação em cursos externos, mas de forma esporádica, sem uma programação permanente”*. Em 1 município, nem mesmo esporadicamente, são realizados treinamento ou capacitações.

A qualificação profissional na AF é fundamental para a estruturação dos processos da AF, das questões técnicas às administrativas, relacionadas ao ciclo logístico e à atenção farmacêutica, pois a AF é um processo dinâmico e multidisciplinar, com ações que visam o acesso, a qualidade e o URM (SOUZA et al, 2017).

Na PNAUM, apesar do elevado grau de escolaridade dos responsáveis da AF, no Brasil – maioria com formação superior, sendo 90,7% graduados em Farmácia e cerca de 20% pós-graduados, verificou-se que apenas 11,7% dos municípios oferecem qualificação ou capacitação para profissionais da AF (GERLACK et al, 2017). Destaca-se que, a baixa escolaridade entre os profissionais, que realizam a dispensação de medicamentos (50,3% até ensino médio), é um ponto que merece reflexão, uma vez que pode representar um profissional não adequadamente preparado para prestar orientações quanto ao uso correto dos medicamentos, esse dado mostra a fragilidade que o usuário da atenção primária do SUS tem para lograr o uso seguro e responsável do medicamento (KARNIKOWSKI, et al 2017).

Um ponto importante a destacar é a experiência da terceirização no serviço público de saúde. Druck (2016), enfatiza que além de mostrar elevado crescimento por meio das organizações sociais (OSS), tornaram-se preponderantes ao invés de ser complementares. Para Travagin (2017), trata-se de mecanismo de gestão que

consiste em privatização da saúde pública, favorecendo a expansão do setor privado de saúde em detrimento do sistema público.

Liberatti et al., (2020), apresentam como cotratualização dos serviços, a função de estabelecer contratos e convênios com os prestadores e acompanhar o seu desempenho, devendo estabelecer definições, pactuações de serviços de saúde, metas e compromissos, envolve a contratação de serviços entre entes públicos, terceirização de prestação de atividades como meio de complementação de serviços, com alocação e o repasse de recursos financeiros, mediante cumprimento de metas quantitativas e qualitativas, visando à melhoria da qualidade do serviço prestado e do processo de gestão.

Uma fiscalização precária da administração pública com transferência de patrimônio público para uso da iniciativa privada, as OSS podem configurar como um dos componentes do Complexo Econômico Industrial da Saúde, em um cenário de intensiva mercantilização da saúde, num ambiente em que se confundem o privado e o público, além de precarização do trabalho, pois, por um lado, cria um segmento de trabalhadores sem vínculos permanentes, com alta rotatividade e sem um conjunto de direitos e, por outro, vai desqualificando e desvalorizando os funcionários públicos, torna-se claro o processo de precarização do serviço público (DRUCK, 2016; MORAIS et al., 2018).

Essa realidade tem se tornado cada vez mais comum nos municípios da região de Alto Tietê. Em um cenário em que a programação permanente de treinamento e capacitações é uma dificuldade unânime dos municípios estudados, somando-se ao crescente número de trabalhadores da saúde sem vínculos permanentes, com alta rotatividade, a ausência de uma carreira pública atrativa, especialmente, em municípios de pequeno porte, indica a necessidade de incentivar a fixação e de investimento na promoção de capacitações contínuas para qualificar a assistência aos usuários (BARBOSA et al., 2017).

Para Bermudez et al. (2018) é necessário que os recursos humanos estejam disponíveis em quantidade e qualidade para operacionalizar as políticas de saúde, no entanto, ainda há situações que não serão superadas com capacitação, precisam de atenção, estratégias e esforços para contorná-las. A concentração de farmacêuticos, nas capitais, em busca de melhores oportunidades de trabalho, os serviços de farmácia com estrutura inadequada e com falta de pessoal capacitado e, muitas

vezes, a dificuldade de priorizar a capacitação frente a demanda da presença do farmacêutico no serviço, são situações presentes e frequentes.

Estabelecer profissionais com dedicação exclusiva para promoção e desenvolvimento de educação permanente pode não ser possível para boa parte dos municípios, especialmente, os menores ou mais vulneráveis, mas é possível empreender planos de incentivo para que os profissionais se motivem a participar de cursos voltados para as necessidades da população em saúde pública a exemplo dos que são ofertados no portal UNA-SUS.

Afinal não é raro profissionais que iniciam suas atividades no SUS não estarem familiarizados com as políticas públicas de saúde, além de que as necessidades de saúde não são estáticas e em sua dinâmica é primordial que a equipe de saúde esteja apta para buscar soluções para os problemas de saúde pública, a necessidade de educação profissional formal ou educação permanente é desafio não apenas para os farmacêuticos, mas para o conjunto das profissões que atuam na APS (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019).

Em adequação às novas exigências para o trabalho mudanças na formação profissional farmacêutica têm sido implementadas. Houve reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais em 2002.

A residência multiprofissional em busca de priorizar a educação dos profissionais de saúde impelindo atuações interdisciplinares para a aproximação e o conhecimento dos diferentes saberes em benefício da saúde pública, consiste em alternativa enriquecedora para a prática farmacêutica no entendimento do paciente de forma holística, possibilitando uma abordagem mais assertiva, não só focando o medicamento, mas sim o indivíduo e suas particularidades (ROCHA; OLIVEIRA; 2013)

Também investimentos na formação pelo Ministério da Saúde e pelas universidades brasileiras, destaca-se o curso “Farmacêuticos na Atenção Básica/Primária: trabalhando em redes”, promovido pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), em 2017 e, cursos de especialização para farmacêuticos em Gestão da AF promovido pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em 2017, (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019).

No mesmo ano, o CFF lançou a primeira edição do curso “Cuidado Farmacêutico no SUS – Capacitação em Serviços” e a segunda edição do curso em 2018 (CFF, 2020).

A qualificação da AF especialmente para atuação clínica na APS, contribui para o empoderamento do usuário, o controle de agravos crônicos, a prevenção e resolução de PRM, ganhos na qualidade de vida e na adesão à farmacoterapia, o que reforça a sua posição estratégica como profissional promotor da saúde pela comunidade adstrita (BARROS; SILVA; LEITE, 2020).

De acordo com o sanitarista Sábado Nicolau Giradi:

“Sob qualquer perspectiva, em qualquer cenário que possamos projetar para o futuro, teremos o aumento substancial das demandas de saúde e, com isso, da necessidade de uma força de trabalho maior, melhor qualificada, e com competências expandidas” (SAÚDE AMANHÃ, 2015).

5.2.8 Farmacovigilância

Tabela 17: Farmacovigilância

8. Capacidade para implantar o sistema de farmacovigilância no município.				
Capacidade para	Estágios de desenvolvimento da capacidade			Indicador
	1º	2º	3º	
Notificar e encaminhar fichas de Notificação de Eventos Adversos a Medicamentos ¹² para o sistema estadual e nacional de farmacovigilância	Não existem profissionais capacitados para implantar a notificação espontânea de eventos adversos a medicamentos.	Existem profissionais capacitados pela Vigilância Sanitária, porém essa ação não é realizada.	Existem profissionais capacitados e as notificações são encaminhadas para o sistema estadual e nacional de farmacovigilância.	Indicador 31 Porcentagem de profissionais capacitados para a notificação de eventos adversos a medicamentos (médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros, entre outros).
MUNICÍPIOS	B/D	C/F	A/E	
PONTUAÇÃO	2	2	2	

¹² As fichas podem ser obtidas no endereço eletrônico da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa): <<http://www.anvisa.gov.br/servicos/form/farmaco/index.htm>>.

Fonte: IAPAF /Alterações produzidas pela autora.

Os resultados encontrados apontam para uma realidade diversificada na percepção dos participantes, nos municípios da amostra para o **indicador 31**. Em suma, somente em 2 municípios a imagem –objetivo do estágio 3 foi alcançada, ou seja, existem profissionais capacitados pela Vigilância Sanitária para notificação espontânea e as notificações são encaminhadas para o sistema estadual e nacional de farmacovigilância. No entanto, nos demais municípios a notificação não ocorre, em

2 municípios, em detrimento da falta de profissionais capacitados, identificados no estágio 1. No entanto, nos 2 municípios identificados no estágio 2, há profissionais capacitados porém as notificações espontâneas também não ocorrem.

Os dados obtidos corroboram com os resultados da PNAUM, em que as iniciativas, em relação a farmacovigilância, indicam estágio inicial de organização dessas atividades (COSTA E. et al., 2017b). O elevado percentual da inexistência de mecanismos para o registro de queixa técnica e notificação de eventos adversos nos municípios brasileiros (79,9%) e, especificamente, 50,2% para a região sudeste, evidencia a necessidade de se investir na sua criação, uma vez que são instrumentos fundamentais para atividades de farmacovigilância, devendo ser sistemáticos, contínuos e permitam uma rápida avaliação situacional para a identificação de problemas e tomada de decisão (GERLACK et al., 2017).

Observou-se, também, descompasso entre mecanismos e notificação: interrogados se já haviam realizado uma notificação, os percentuais de resposta positiva dos farmacêuticos (região sudeste: 24,6%; Brasil: 12,3%) são muito inferiores aos relativos à existência de mecanismos para notificação (região sudeste: 49,8%; Brasil: 31,4%); indica que, no geral, os serviços estão avançando em estabelecer mecanismos para as notificações, mas o profissional farmacêutico ainda não está acompanhando as iniciativas (COSTA E., et al., 2017b).

Ainda no mesmo estudo, outro dado que chama a atenção é a diversidade de encaminhamentos para as notificações: encaminha-se principalmente para a coordenação da AF, para a vigilância sanitária, referindo-se também o uso do SNVS da ANVISA. Contudo, no Brasil, 17,7% dos entrevistados afirmaram não dar nenhum encaminhamento às notificações, também se enviam notificações para a CAF, secretaria municipal de saúde, diretoria regional de saúde, ouvidorias, entre outros (COSTA E., et al., 2017b).

A farmacoepidemiologia compreende tanto o estudo do uso, quanto o dos efeitos dos medicamentos nas populações, e a farmacovigilância é um de seus componentes (DRESCH, 2006). De acordo com o Centro de Vigilância Sanitária (CVS-SP, 2020), trata-se de um conjunto de procedimentos relacionados à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de reações adversas a medicamentos ou quaisquer outros possíveis problemas relacionados aos medicamentos ou à farmacoterapia (WHO, 2002).

Tem como principais objetivos: identificar, avaliar e monitorar a ocorrência das reações adversas à medicamentos (RAMs), dos efeitos indesejáveis desconhecidos ou raros; quantificar o risco desses efeitos associados ao uso de determinados fármacos; identificar fatores de risco e mecanismos subjacentes aos efeitos indesejáveis; informar e educar os profissionais da saúde e, ainda, subsidiar as autoridades sanitárias na regulamentação dos medicamentos, facilitando o saneamento do mercado farmacêutico. (DRESCH, 2006; MARIN et al., 2003).

Além das reações adversas a medicamentos, são questões relevantes para a farmacovigilância: eventos adversos causados por desvios da qualidade de medicamentos, inefetividade terapêutica, erros de medicação, uso de medicamentos para indicações não aprovadas no registro, uso abusivo, intoxicações e interações medicamentosas (ANVISA, 2020).

A farmacovigilância tem como objetivo principal a redução das taxas de morbidade e mortalidade associada ao uso de medicamentos, através da detecção precoce de problemas de segurança desses produtos para os pacientes, além de melhorar a seleção e o uso racional dos medicamentos pelos profissionais de saúde (CVS-SP, 2020).

A descoberta e o desenvolvimento de fármacos em diferentes formas farmacêuticas possibilitaram grandes transformações e avanços nas atividades de assistência à saúde, sendo o medicamento uma tecnologia bastante difundida e utilizada por meio dos profissionais da saúde, sendo responsáveis por parte significativa da melhoria da qualidade e da expectativa de vida da população (ALENCAR et al., 2014; DRESCH, 2006). No entanto, para que a farmacoterapia tenha êxito e produza os resultados esperados, é indispensável que os medicamentos tenham qualidade, segurança, eficácia e que sejam prescritos e utilizados adequadamente (MARIN et al., 2003).

O crescimento expressivo do mercado farmacêutico somado a um modelo de atenção à saúde focado no tratamento de doenças, tornou o uso de medicamentos progressivo e abusivo, expondo a população aos riscos relacionados ao uso irracional dos mesmos de modo que as regulamentações e normas que orientam o comércio, a prescrição e o uso não têm sido suficientes para minimizar os riscos e os prejuízos decorrentes (ALENCAR et al., 2014).

Os ensaios clínicos aos quais são submetidos os medicamentos antes de sua comercialização não são capazes de detectar reações adversas de ocorrência rara,

bem como, aquelas associadas à administração prolongada do fármaco. Essas condições acabam por determinar o fundamental papel da vigilância pós-comercialização na avaliação de desempenho dos medicamentos, principalmente, daqueles recém introduzidos no mercado, para que sejam identificadas as reações adversas desconhecidas. (DRESCH, 2006; CVS-SP, 2020; MARIN et al., 2003).

As informações sobre as reações adversas podem ser obtidas por meio de notificação espontânea, a centros designados para efetuar recolhimento, análise e estabelecimento de causalidade; sendo o método mais empregado, de fácil implantação e adequado, na maior parte das situações de monitoramento, assim, as notificações voluntárias de tais eventos por parte dos profissionais de saúde, contribuem para a avaliação permanente da relação benefício/risco, para a melhoria da prática terapêutica racional e principalmente instruem alterações futuras necessárias no produto, ou até mesmo a sua retirada do mercado antes mesmos da renovação de seu registro (DRESCH, 2006; CVS-SP, 2020; MARIN et al., 2003).

A responsabilidade da notificação é delegada primeiramente a todos os profissionais de saúde, especialmente, aos clínicos gerais, médicos especialistas, farmacêuticos, dentistas e enfermeiros; pacientes também podem colaborar na notificação (MARIN et al., 2003), o que torna a notificação espontânea por parte dos profissionais de saúde, de toda suspeita de reação adversa causada por medicamento ou mesmo de outros problemas relacionados a medicamentos como desvios de qualidade, perda de eficácia, abuso, intoxicação, uso indevido ou mesmo erros de administração, a principal ferramenta da farmacovigilância (CVS-SP, 2020).

Mota, Vigo e Kuchenbecker (2019), em estudo que analisou notificações/registros do Notivisa-medicamento que, embora seja o principal repositório de dados sobre reações adversas a medicamentos no Brasil, representa apenas uma pequena parte de um fenômeno socialmente significativo que ocorre no país, relacionado ao uso seguro de medicamentos por subnotificação dos casos de reações adversas a medicamentos e sua marcada heterogeneidade entre as regiões brasileiras. Em outro estudo, dos mesmos autores, a taxa de notificação de eventos adversos a medicamentos no Brasil correspondeu, em 2013, a 36 notificações/1 milhão de habitantes, bastante inferior à meta proposta na literatura internacional, que sugere 300 notificações/1 milhão de habitantes (MOTA; VIGO; KUCHENBECKER, 2018).

A partir do Termo de Cooperação Técnica firmado entre a ANVISA, o CRF/SP e a Secretaria Estadual de Saúde, assinado em janeiro de 2005, o CVS-SP desenvolve o Programa Farmácia Notificadora, com o objetivo de sensibilizar os profissionais farmacêuticos que atuam em farmácias e drogarias, sobre a importância da vigilância dos eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos disponibilizados no mercado, estimulando-os à prática da notificação de suspeitas de reações adversas e queixas técnicas ao SNVS.

Desde então, já foram capacitados 600 estabelecimentos farmacêuticos em todo o Estado de São Paulo os quais podem ser identificados através do selo “**FARMÁCIA NOTIFICADORA**” afixado nos estabelecimentos. O objetivo desta identificação é provocar a notificação voluntária por parte do usuário de medicamentos, que poderá procurar o farmacêutico daquele estabelecimento para relatar qualquer problema relacionado a medicamentos (CVS-SP, 2020). Parceria semelhante poderia ser estabelecida com as farmácias do SUS, especialmente à medida em que se amplia a atuação de profissionais farmacêuticos em saúde pública.

A despeito da importante função de contribuir com a regulação sanitária na melhoria do perfil de segurança dos medicamentos, o Brasil é retardatário no desenvolvimento dessa prática que ainda não se constitui como relevante nos serviços de saúde, exceto nos hospitais da Rede Sentinela (COSTA E. et al., 2017b).

De acordo com Dresch (2006), a subnotificação é um dos principais problemas enfrentados pelo sistema de relato espontâneo das reações adversas aos medicamentos. Para dirimir este problema, deve haver a sensibilização dos profissionais de saúde com a divulgação das atividades de farmacovigilância para os demais profissionais de saúde e para a sociedade sobre as atividades que desenvolvem, possibilitando o conhecimento do assunto e do procedimento a ser seguido diante de uma suspeita de reação adversa a medicamento. Na área da farmacovigilância, em todos os níveis, houve várias iniciativas interessantes, mas ainda há muito a avançar, especialmente junto às unidades básicas de saúde, tanto com os profissionais quanto com os pacientes, para que seja reconhecida, enfim, como um importante instrumento no uso racional e seguro dos medicamentos.

Outro estudo da PNAUM, teve como foco a polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos), foi verificada a prevalência entre os usuários de medicamentos em 9,4% na população geral e, de 18,1% em idosos acima de 65 anos, que 51,1% classificaram sua saúde como nem ruim/nem boa, evidenciando baixa auto percepção

de saúde, e referiram-se portadores de duas ou mais condições crônicas sendo as principais: hipertensão (84,3%) dislipidemia (57,8%), artrite, artrose ou reumatismo (51,3%), depressão (47,3%) e diabetes mellitus (41,6%). Dentre os 25 medicamentos mais utilizados pela população em polifarmácia, 13 (52,0%) possuem ação no sistema cardiovascular, onde os itens mais utilizados foram sinvastatina, losartana e omeprazol (NASCIMENTO et al., 2017b).

A polifarmácia é uma realidade na população atendida no SUS. O principal é garantir que a prescrição de múltiplos medicamentos seja apropriada e segura. A capacitação continuada de profissionais, trabalho de equipes multidisciplinares e educação da população são estratégias necessárias para qualificar o uso dos medicamentos e fortalecer a Política Nacional de Segurança do Paciente (NASCIMENTO et al., 2017b).

5.2.9 Pontuação geral

Tabela 18: Pontuação geral por município

Município	QUALIFAR-SUS	ANO	HÓRUS	CLASSIFICAÇÃO IPRS	ESTÁGIO IAPAF		
					1	2	3
B	SIM	2019	NÃO	DESIGUAIS	7	14	3
E	NÃO	-	PARCIALMENTE	(riqueza alta + variáveis longevidade e escolaridade)	0	11	13
PONTUAÇÃO PARCIAL					7	25	16
A	SIM	2012	SIM	EQUITATIVO	2	12	10
D	NÃO	-	SIM	(riqueza baixa + média ou alta longevidade e escolaridade)	4	15	5
PONTUAÇÃO PARCIAL					6	27	15
C	SIM	2019	NÃO	EM TRANSIÇÃO	0	13	11
F	SIM	2018	SIM	(riqueza baixa + variáveis longevidade e escolaridade)	2	12	10
PONTUAÇÃO PARCIAL					2	25	21
PONTUAÇÃO GERAL DA AMOSTRA (somatória pontuação parcial)					15	77	52
COLOCAÇÃO POR DESEMPENHO INDIVIDUAL: 1º: E; 2º: C; 3º A e F; 4º D e 5º B.							

Fonte: Produzido pela autora.

A pontuação geral, para todos os municípios da amostra, apresenta resultado favorável com predominância no estágio 2 com 77 pontos. A pontuação para o estágio 1, com 15 pontos, foi menos recorrente em relação ao estágio 3, com 52 pontos, indicando maior identificação por parte dos coordenadores da AF farmacêutica municipal com os estágios 2 e 3 em relação a situação de seus municípios, evidência de uma AF a caminho da imagem – objetivo do estágio 3.

Em nenhum dos municípios, que receberam recursos do QUALIFAR-SUS, houve predominância dos resultados no estágio 3, no entanto, a predominância no estágio 2, pode indicar aproveitamento dos recursos, devido a pontuação no estágio 1. Contudo, com a provável insuficiência dos recursos não foi possível alcance da imagem – objetivo do estágio 3.

O compromisso com o sigilo garantido aos gestores municipais, bem como aos profissionais participantes da pesquisa, limita em parte, correlacionar diretamente os resultados obtidos na primeira com a segunda fase do estudo. No entanto, a classificação dos municípios pelo IPRS possibilita algumas reflexões ao se correlacionar com os resultados obtidos na segunda fase:

- A pontuação parcial aponta que os municípios “EM TRANSIÇÃO”, apresentaram melhor desempenho que as demais classificações, pela maior pontuação no estágio 3 e menor no estágio 1;
- Os classificados como “DESIGUAIS”, obtiveram pouca diferença na pontuação em relação aos “EQUITATIVOS”;
- Mesmo nos municípios de mesma classificação, especialmente (B e E) e (A e D), os estágios da capacidade de desenvolvimento da AF apresentam-se bem distintos;
- Na pontuação individual, o município “E” (DESIGUAIS), primeiro colocado, apresenta pontuação muito próxima do município “C” (EM TRANSIÇÃO), segundo colocado. A terceira colocação, foi atribuída aos municípios “A” (EQUITATIVOS) e “F” (EM TRANSIÇÃO) pela pontuação idêntica. E as condições mais desfavoráveis, encontramos nos municípios “D” (EQUITATIVOS) e “B” (DESIGUAIS);
- Os municípios com melhor pontuação “E” e com a pontuação mais desfavorável “B”, pertencem a mesma classificação “DESIGUAIS”;

- Não foi possível contar com a participação, na mostra, com municípios dos extremos da classificação do IPRS: “DINÂMICOS” (riqueza alta + escolaridade /longevidade média /alta), e “VULNERÁREIS” (riqueza baixa + escolaridade /longevidade baixa).

Nesse sentido, surge o questionamento: Poderia -se esperar uma avaliação mais negativa nos municípios da região que não participaram do presente estudo?

A informações obtidas na primeira fase do estudo, onde a média do IDH para o conjunto de municípios da amostra é de 0,751 e do índice de Gini é de 0,45, e para o conjunto de municípios não participantes a média é de 0,738 para o IDH e de 0,50 para o índice de Gini apontando para uma maior desigualdade da distribuição de renda e possivelmente maior vulnerabilidade sócioeconômica, além do número de farmacêuticos atuantes em saúde pública que nos municípios da amostra é de 131 e a soma nos demais municípios, não participantes, é de 56 profissionais, assumindo um coeficiente de 0,55 por 10 mil habitantes e nos municípios da amostra é de 0,63 por 10 mil habitantes, poderiam induzir à expectativa de que possivelmente haveria agravo das fragilidades encontradas nos serviços da AF da amostra do presente estudo. Contudo, os resultados obtidos, apontam que as condições socioeconômicas dos municípios podem não ser determinantes no desenvolvimento da AF na região.

Ao se observar que os municípios “EM TRANSIÇÃO” baixa riqueza e maior vulnerabilidade social, obtiveram melhor desempenho que os demais grupos, além da variação de desempenho na AF observada entre municípios pertencentes a mesma classificação do IPRS, sugere que a capacidade de desenvolvimento dos serviços da AF pode estar relacionada a outros fatores ou um conjunto deles como vontade política, mobilização social, capacidade técnica, evidenciando-se a necessidade de pesquisas que expliquem esse fenômeno.

Para melhor observação das fragilidades e das potencialidades dos municípios estudados, apresenta-se resultados por indicadores:

Tabela 19: Pontuação geral por indicador

Grupos de indicadores		Estágios de desenvolvimento da capacidade		
		1.º	2.º	3.º
1- Indicadores de Gestão da AF				
1	Existência da AF no organograma da SMS.	0	2	4
2	Inclusão da AF no Plano Municipal de Saúde	0	3	3
3	Porcentagem de serviços de AF (armazenamento, distribuição, transporte e dispensação de medicamentos) em condições adequadas de funcionamento (espaço físico, computador, sistema informatizado, fontes de informação, recursos humanos, etc.).	1	3	2
4	Existência de procedimentos para o monitoramento da AF por meio de indicadores.	0	4	2
PONTUAÇÃO		1	12	11
2- Indicadores de seleção de medicamentos		1.º	2.º	3.º
5	Existência REMUME	0	4	2
6	Porcentagem de medicamentos prescritos que constam da REMUME ou da lista pactuada para APS.	0	2	4
7	Existência da REMUME ou da lista pactuada da APS, impressa e disponível aos prescritores nos consultórios.	0	2	4
8	Existência de protocolos clínicos aplicáveis, impressos e disponíveis nas unidades de saúde.	2	4	0
PONTUAÇÃO		2	10	6
3- Indicadores de programação /aquisição de medicamentos		1.º	2.º	3.º
9	Realização da programação das necessidades de medicamentos de acordo com os métodos recomendados, documentada em memória de cálculo.	0	1	5
10	Porcentagem de processos de aquisição de medicamentos iniciados após a falta do medicamento nos serviços de saúde nos últimos 12 meses.	0	1	5
11	Porcentagem de itens de medicamentos programados e adquiridos na quantidade programada.	0	5	1
12	Existência de catálogo contendo as especificações técnicas dos medicamentos para os editais de aquisição municipal.	0	2	4
PONTUAÇÃO		0	9	15
4- Indicadores de armazenamento /distribuição /transporte de medicamentos		1.º	2.º	3.º
13	Existência de POPs que descrevem as normas para o correto armazenamento dos medicamentos.	0	4	2
14	Existência de POPs que descrevem as normas para o transporte dos medicamentos.	2	3	1
15	Existência de farmácias nas unidades de saúde com dimensão suficiente e condições adequadas para o armazenamento de medicamentos.	0	5	1
PONTUAÇÃO		2	12	4
				Continua
				Conclusão

Grupos de indicadores		Estágios de desenvolvimento da capacidade		
		1º	2º	3º
5- Indicadores de prescrição de medicamentos				
16	Porcentagem de medicamentos prescritos que constam da relação de medicamentos adotada (pode ser a RENAME, a RESME, a REMUME ou a lista pactuada).	1	4	1
17	Porcentagem de prescrições que atendem à legislação específica.	1	2	3
18	Existência de programação continuada para promoção do URM para os prescritores.	3	2	1
PONTUAÇÃO		5	8	5
6- Indicadores da dispensação de medicamentos		1.º	2.º	3.º
19	Existência de farmácias nas unidades de saúde com dimensão suficiente e condições estruturais adequadas para o trabalho (recursos humanos, local de atendimento, fontes de informação, recursos informáticos e internet).	0	6	0
20	Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação e de espaço físico nas unidades de saúde para atendimento ao usuário.	0	3	3
21	Existência de normas técnicas escritas sobre os critérios para dispensação dos medicamentos.	0	4	2
PONTUAÇÃO		0	13	5
7- Indicadores de recursos humanos		1.º	2.º	3.º
22	Existência de pelo menos um farmacêutico trabalhando com a AF na SMS.			
23	Existência de pelo menos um farmacêutico para cada almoxarifado ou CAF.			
24	Porcentagem de unidades básicas de saúde que possuem farmacêutico na dispensação.			
25	Porcentagem de ambulatório de especialidades que possuem farmacêuticos na dispensação.	1	3	2
26	Porcentagem de hospitais e prontos-socorros sob a gestão da SMS que possuem farmacêutico na dispensação entre os que realizam dispensação ambulatorial de medicamentos.			
27	Porcentagem de unidades de saúde que dispensam medicamentos sujeitos ao controle especial que possuem farmacêutico na dispensação.			
28	Porcentagem de trabalhadores da AF (exceto o farmacêutico) que possuem curso formal ou treinamento com carga horária total maior que 40 horas em AF.	1	3	2
29	Existência de plano vigente de educação permanente para profissionais (nível superior e médio) que atuam na AF.	1	5	0
30	Porcentagem de trabalhadores da AF que foi treinada nos últimos 5 anos.			
PONTUAÇÃO		3	11	4
Indicadores de Farmacovigilância		1.º	2.º	3.º
31	Porcentagem de profissionais capacitados para notificação de eventos adversos a medicamentos (médicos, farmacêuticos, dentistas, enfermeiros entre outros).	2	2	2
TOTAL GERAL		15	77	52

Fonte: Produzido pela autora.

Na pontuação por indicadores nota-se que o grupo de indicadores mais pontuados no estágio 3, foi do Grupo 3 - Indicadores de programação /aquisição de medicamentos, com 15 pontos e, em seguida, o Grupo 1- Indicadores de Gestão da AF, com 11 pontos.

Resultados mostram que os indicadores com melhor pontuação estão relacionados com as atividades mais desenvolvidas pela AF, atividades de natureza administrativa e logística. Apresenta-se aqui o que pode ser considerado um viés, já que os respondentes da pesquisa são coordenadores da AF, e suas principais atividades podem estar mais voltada para as que estão descritos nestes indicadores. No entanto, tal resultado coincide com os dados encontrados na literatura, uma AF ainda voltada para as atividades operacionais em detrimento das estratégicas (MATTOS et al., 2019).

A instituição de grupos técnicos regionais como o GTAF Alto Tietê, tem grande importância para a gestão da AF dos municípios por promover integração entre os profissionais farmacêuticos da região, troca de informações, atualização das pactuações das Comissões Intergestoras CIB e CIT, assim como, deliberações e fluxos pertinentes das vigilâncias epidemiológica, sanitária, além dos Componentes Especializado da AF (CEAF) e Estratégico, diretrizes das RAS, oferta de cursos e capacitações, entre outros assuntos que envolvem a AF na região.

Durante o desenvolvimento desta pesquisa, houve participação da AF de municípios do Alto Tietê nos Congressos COSEMS/SP em 2018 e 2019, com apresentação de trabalhos nas Mostras de Experiências Exitosas dos Municípios paulistas (AZEVEDO et al. 2019)

A AF da região tem empenhado esforços para alcançar visibilidade e reconhecimento e tem se articulado junto aos gestores municipais, além de aproximação social por meio da participação em CMS.

O grupo de indicadores com pontuação menos favorável, com maior ocorrência de pontuação no estágio 1, foi do Grupo 5 - Indicadores de prescrição de medicamentos com 5 pontos no estágio 1, especialmente, no indicador 18 referente ao “não desenvolvimento de processos educativos relacionados ao URM”, seguido pelo Grupo 7- Indicadores de recursos humanos, com 3 pontos.

Tal resultado poderia indicar uma relação de causalidade, ou seja, a insuficiência de recursos humanos na AF poderia ser a causa da priorização das

atividades operacionais e administrativas com prejuízo das atividades estratégicas relacionadas à supervisão e orientação sobre o URM.

O fato de o profissional farmacêutico não estar incluído na equipe mínima da ESF, pode dificultar o entendimento por parte de alguns gestores da necessidade do profissional, a despeito da Lei 13.021/2014, especialmente em municípios que não dispõem de CAPS e /ou NASF.

Referente ao número de profissionais farmacêuticos atuantes em saúde pública na região do Alto Tietê (187), especificamente, nos municípios na amostra (131), e considerarmos o número de serviços de saúde disponibilizados que, potencialmente, manejam medicamentos na região (258) e nos municípios dos estudo (177), seria necessário contratação de no mínimo 71 profissionais farmacêuticos para toda a região do Alto Tietê e pelo menos 46 para os municípios participantes deste estudo, o coeficiente de 0,63 alcançaria 0,85 por 10 mil habitantes.

No entanto, há de se considerar que no estudo, os municípios “A” e “B”, na Tabela 16 de indicadores de Recursos Humanos, informaram dispor de profissionais farmacêuticos em todas as unidades de saúde, porém, o município “A” alcançou desempenho mediano em sua pontuação individual e o município “B” obteve a pontuação individual mais crítica em comparação com os demais municípios da amostra. Tal resultado corrobora com a literatura, apontando que não é suficiente dispor dos profissionais farmacêuticos, também é necessário que tais profissionais tenham condições estruturais, capacitação e apoio institucional para o desenvolvimento satisfatório dos serviços de AF na APS (BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2019; COSTA K. et al., 2017; LEITE et al., 2017).

Também é importante considerar que há profissionais farmacêuticos condicionados à realização das atividades mais consolidadas da AF, como as ligadas a gestão e logística em detrimento das atividades voltadas para a clínica e integração com a equipe de saúde, que podem ser motivadas pela formação tecnicista (ARAÚJO et al., 2008; COSTA E. et al., 2017).

Nesse sentido, em busca de superação do modelo atual de AF, um grupo de 80 profissionais da região do Alto Tietê se inscreveu para participação na segunda edição do curso de “Cuidado Farmacêutico no SUS – Capacitação em Serviços” em 2018, mais uma evidência da busca de qualificação dos profissionais farmacêuticos para ampliação de seu espaço de atuação por uma AF ainda mais comprometida com o cuidado junto aos usuários dos serviços do SUS.

Em contrapartida, é necessário maior responsabilização da gestão municipal em busca de melhor efetividade dos serviços de saúde, em especial da AF, frente aos 20 anos de vigência da PNM e da Portaria nº 176/1999, que descentralizou a AF para os municípios e aos 15 anos da PNAF, que balizou as práticas de serviço pautadas na qualidade (FERREIRA et al., 2019).

De acordo com Donabedian, (1990), para se alcançar eficácia, efetividade e eficiência, além de otimização, é necessário ter flexibilidade na gestão de acordo com os contextos em que estão inseridos os serviços, com as evoluções ou dificuldades.

Em cumprimento dos princípios do SUS, a descentralização em cada esfera de governo passa a ter responsabilidades bem determinadas, como a contratualização dos serviços (LIBERATTI, et al.,2020), no entanto tal processo deve promover o direcionamento das ações aproximando-se das necessidades locais e qualificar a gestão de forma a direcionar as ações, o que pode se constituir numa importante ferramenta de gestão, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade da assistência (DONABEDIAN, 1990).

Nesse sentido, sugere-se, que a gestão municipal busque identificar as necessidades dos usuários dos serviços de saúde, promovendo a participação social para direcionar as ações de resolução das fragilidades apontadas. Da mesma forma, é primordial implantar a utilização de instrumentos, a exemplo o IAPAF, como ferramenta gerencial, valorizando a percepção dos profissionais dos serviços de saúde, para traçar, monitorar e avaliar metas construídas a partir do diagnóstico situacional e da construção de planos de ação para superação das situações que obtiveram piores resultados nas dimensões e indicadores. Assim, o planejamento de ações deve originar projetos e previsão de recursos financeiros nos instrumentos de gestão do SUS, para investimento na estruturação das farmácias das unidades de saúde voltadas para o cuidado farmacêutico e promoção do URM, com vistas ao atendimento das Boas Práticas de Armazenamento e Dispensação de Medicamentos.

Entre as limitações do estudo, vale considerar, não ter alcançado a participação de todos os municípios da região do Alto Tietê. Entretanto, a caracterização sociodemográfica, dos municípios da amostra, na primeira fase do estudo, em comparação com o total da região do Alto Tietê e com a Região Metropolitana do estado de São Paulo, denota boa representatividade.

Em relação ao método, embora o IAPAF apresenta uma importante vantagem de uso para promover uma reflexão sobre o estágio de desenvolvimento da

capacidade técnica e de gerenciamento AF e o estágio recomendável para a garantia de acesso aos medicamentos essenciais, com uso racional, no entanto, o método pode conter imprecisões que, podem não abranger questões locais específicas considerando as diversas realidades da AF nacional, porém, tais limitações podem ser superadas no processo de construção coletiva de ferramentas de apoio ao planejamento da AF (BRASIL, 2006).

O método também recomenda sua aplicação em oficina a ser realizada com diversos atores potencialmente relacionados aos serviços da AF, o que seria mais factível de se desenvolver em apenas um município. No entanto, para aumentar a abrangência do estudo, optou-se pela utilização da estruturação de indicadores do IAPAF, aplicando-se em instrumento de coleta de dados por meio de plataforma *online*, que por sua impessoalidade limitou a possibilidade de discussão sobre cada indicador entre os participantes, em contrapartida a flexibilidade, economia de tempo, facilidade de coleta e tabulação dos dados, baixo custo, alto controle sobre o preenchimento da pesquisa, foram as vantagens da utilização do método (VIEIRA; CASTRO; SCHUCH JÚNIOR, 2010) e embora as questões sejam objetivas e de fácil compreensão, especialmente para profissionais atuantes na gestão da AF na APS, o método contou com a interpretação individual de cada participante.

Vale considerar como limitação o fato de que a pesquisa foi aplicada aos farmacêuticos coordenadores da AF municipal. Embora o intuito foi de valorizar a percepção destes profissionais, buscando -se, nesta investigação, referenciais que levem em conta a opinião dos sujeitos das práticas que possam ser incorporada como gestão do trabalho (VILELA; SANTOS; KEMP, 2017), a atuação dos mesmos pode estar mais voltadas para a gestão e não tanto para a vivência da realidade das farmácias das unidades de saúde, o que pode ter influenciado os resultados obtidos, porém, são profissionais que atuam nos municípios a mais de cinco anos e acompanham o andamento da institucionalização da AF no SUS.

A importância do estudo está no levantamento das fragilidades e potencialidades dos municípios, dando subsídios para a melhoria da gestão da AF, já que os profissionais que atuam na área, ao se apropriarem desses resultados, terão mais instrumentos e argumentos para a negociação com os gestores, visando o desenvolvimento da área (MENDES et al., 2015).

O profissional farmacêutico vive um momento de redescoberta de sua importância social e educativa através de sua reaproximação do paciente / usuários

dos serviços de saúde, como oportunidade para a construção de relação de confiança e vínculo tanto na dispensação como na participação de grupos das RAS, além de compor equipe multiprofissional, participando das reuniões de equipe, contribuindo com informações e propostas que por meio de conhecimentos técnicos possam apoiar não só o tratamento terapêutico como o desenvolvimento de políticas públicas junto aos gestores para promoção, preservação e prevenção da saúde.

6 CONCLUSÕES

A pesquisa alcançou seu objetivo em descrever o desenvolvimento da capacidade técnica e de gestão dos serviços da AF na APS em municípios da região do Alto Tietê, São Paulo, na perspectiva dos profissionais farmacêuticos coordenadores da AF municipal por meio dos indicadores da OMS pelo instrumento do Ministério da Saúde, IAPAF.

Os resultados obtidos mostram que, na visão dos farmacêuticos coordenadores da AF municipal, o desenvolvimento dos serviços da AF na ABS nos municípios estudados, de maneira geral, são favoráveis e demonstram potencial ascensão.

As fragilidades nos serviços da AF na região estão relacionadas, principalmente, a insuficiência de recursos humanos farmacêuticos nos serviços de saúde e falta de capacitação para o URM comprometendo desde a prescrição até o uso seguro dos medicamentos.

As potencialidades dos serviços de AF na região estão relacionadas à capacidade de gestão da AF nas esferas administrativa e logística.

A caracterização da região em relação ao perfil sociodemográfico, econômico e de saúde apresenta grande diversidade entre os municípios da região do Alto Tietê e indicou boa representatividade da amostra.

Ao se correlacionar a classificação do IPRS para os municípios participantes do estudo, obtidas na primeira fase, com os resultados obtidos na segunda fase, verifica-se que as condições socioeconômicas dos municípios não são determinantes no processo de desenvolvimento da AF nos municípios da amostra, ao passo que pode estar relacionada a outros fatores ou mesmo um conjunto deles como vontade política, mobilização social, capacidade técnica, evidenciando-se a necessidade de pesquisas para abordar tal fenômeno.

Os investimentos financeiros por meio do QUALIFAR-SUS, são proveitosos e oportunos, mas não necessariamente suficientes. Além dos recursos financeiros, é necessário que eles sejam direcionados para adequação de farmácias voltadas para o cuidado farmacêutico, assim como, os recursos humanos farmacêuticos precisam de capacitação permanente para o exercício de atividades voltadas para o URM.

Por fim, a AF tem empenhado esforços em conquistar seu espaço junto a equipe de saúde, na busca de qualificação dos serviços farmacêuticos e de

reconhecimento por parte da sociedade, dos demais profissionais e dos gestores da importância dessa força de trabalho na APS.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva et al. Descarte de medicamentos: uma análise da prática no Programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 7, p. 2157-2166, jul. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.09142013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n7/1413-8123-csc-19-07-02157.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

ALMEIDA, Sônia Mara Linhares de. **Minuta de Portaria que regulamenta a transferência de recursos destinados ao eixo estrutura do Programa Qualifar-SUS**: repasse de investimento e custeio para municípios habilitados em 2019. [s.l.]: Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de AF e Insumos Estratégicos, 2019. 8 slides, color. Disponível em: <http://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2019/09/Apresentac%CC%A7a%CC%83o-Portaria-QUALIFAR-SUS-CIT.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2020.

ÁLVARES, Juliana et al. National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines: methods. *Revista de Saúde Pública*, [s.l.], v. 51, n. 2, p. 1-9, 22 set. 2017. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007027>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007027.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

AMARAL, Silvâni Maria Sehnem; BLATT, Carine Raquel. Consórcio intermunicipal para aquisição de medicamentos: impactos no desabastecimento e no custo. **Revista de Saúde Pública**, Tubarão -SP, n. 45, p. 799-801, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n4/2196.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.

ANGONESI, Daniela; SEVALHO, Gil. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 3, p. 3603-3614, nov. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000900035>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000900035&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 mai. 2020.

ANGONESI, Daniela. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 13, n.1, p. 629-640, abr. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232008000700012>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000700012&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 abr. 2020.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Compras Públicas. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/compras-publicas>. Acesso em: 16 ago. 2020.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Farmacovigilância. Disponível em <http://portal.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/saiba-mais>. Acesso em 11 mai. 2020.

_____. Rede Sentinela. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/rede-sentinela>. Acesso em: 14 abr. 2005.

ARAÚJO, A.L.A.; UETA, J.M.; FREITAS, O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em APS. **Revista de AF Básica e Aplicada**. V. 26, n. 22, p. 87-92, 2005. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Julietta_Ueta/publication/49599469_Assistencia_farmaceutica_como_um_modelo_tecnologico_em_atencao_primaria_a_saude/links/541ef6490cf2218008d3e1bf/Assistencia-farmaceutica-como-um-modelo-tecnologico-em-atencao-primaria-a-saude.pdf. Acesso em: 15 mai. 2020.

ARAÚJO, Aílson da Luz André de et al. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 13, n., p. 611-617, abr. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232008000700010>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000700010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 03 mai. 2020.

ARAÚJO, Aílson da Luz André de; FREITAS, Osvaldo de. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, [s.l.], v. 42, n. 1, p. 138-146, mar. 2006. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1516-93322006000100015>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322006000100015. Acesso em: 03 mai. 2020.

ARAÚJO, Patrícia Sodr e et al. Pharmaceutical care in Brazil's primary health care. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 2, p. 1-11, 22 set. 2017. Universidade de São Paulo, Agencia USP de Gestão da Informa o Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007109>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007109.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

ARAÚJO, Suetônio Queiroz et al. Organiza o dos serviços farmacêuticos no SUS em regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 4, p. 1181-1191, abr. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.27042016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1181.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2020.

ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado; BARRETO, Maurício Lima; COELHO, Helena Lut scia Luna. Aspectos dos processos de prescri o e dispensa o de medicamentos na percep o do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 23, n. 4, p. 927-937, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2007000400020>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000400020. Acesso em: 24 abr. 2020.

ATLAS DO DESENVOLVIMENTO HUMANO NO BRASIL. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/>. Acesso em 16 mar. 2020.

AZEVEDO, Ednai Soares et al. Experiência de estruturação da assistência farmacêutica na atenção básica municipal. **Boletim do Instituto de Saúde**, [s.l.], v. 19, suplemento, p. 39-44, 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1009512>. Acesso em 20 mai. 2020. Acesso em: 14 mai. 2020.

BARBERATO, Luana Chaves; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; LACOURT, Rayane Maria Campos. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 24, n. 10, p. 3717-3726, out. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182410.30772017>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001003717. Acesso em: 14 maio 2020.

BARBOSA, Mariana Michel et al. Avaliação da infraestrutura da assistência farmacêutica no SUS em Minas Gerais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 8, p. 2475-2486, ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017228.10952017>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n8/1413-8123-csc-22-08-2475.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.

BARRETO, Joslene Lacerda; GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 26, n. 6, p. 1207-1220, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2010000600014>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/14.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.

BARROS, Rafael Damasceno de et al. Access to medicines: relations with the institutionalization of pharmaceutical services: relations with the institutionalization of pharmaceutical services. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 2, p. 1-11, 22 set. 2017. Universidade de São Paulo, Agencia USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007138>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007138.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

BARROS, Débora Santos Lula; SILVA, Dayde Lane Mendonça; LEITE, Silvana Nair. Serviços farmacêuticos clínicos na APS do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 18, n. 1, p. 1-17, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00240>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000100509#B34. Acesso em: 03 mai. 2020.

BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda et al. A assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 23, n. 6, p. 1937-1949, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.09022018>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000601937&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 mai. 2020.

BITTENCOURT, Raqueli Altamiranda et al. Avaliação da assistência farmacêutica em um município no Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 20, n. 2, p. 310-323, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980->

5497201700020011. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2017000200310&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 03 mai. 2020.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 28 jul. 2020.

_____. Decreto n. 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). Diário Oficial da União, Brasília; 1971. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1970-1979/decreto-68806-25-junho-1971-410656-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em: 20 abr. 2020.

_____. Lei 13.021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêutica. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13021.htm. Acesso em: 20 abr. 2020.

_____. Lei 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. Brasília, DF, 1973. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5991.htm. Acesso em: 25 abr. 2020.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm. Acesso em: 16 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Diretoria Colegiada. Resolução –RDC 304, de 17 de setembro de 2019. Dispõe sobre as Boas Práticas de Distribuição, Armazenagem e de Transporte de Medicamentos. Brasília, **Ministério da Saúde**, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução – RDC nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 20 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012, institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (QUALIFAR-SUS). Brasília: 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html. Acesso em 16 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria 1.555, de 27 de junho de 2007. Institui o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos. Brasília, 2011. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1555_27_06_2007.html. Acesso em: 20 abr. 2020.

_____. 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 SUS. Brasília: 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html. Acesso em: 16 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Brasília: 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 13 abr. 2020.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 3.047, de 28 de novembro de 2019. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2020 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2018., Brasília, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf. Acesso em 13 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde Portaria nº4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em 26 jul. 2020.

_____. Ministério da Saúde Portaria GM/MS nº 957, de 10 de maio de 2016, estabelece o conjunto de dados e eventos referentes aos medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e do Programa Farmácia Popular do Brasil para composição da Base Nacional de Dados de Ações e Serviços da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. Brasília: 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0957_10_05_2016.html. Acesso em 19 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Autoavaliação para melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica – Amaq / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 180 p.: il.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 1: Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde. Brasília. **Ministério da Saúde**, p. 15-35, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf. Acesso em 19 abr. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para estruturação das farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. **Ministério da Saúde**, 2009. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/40%20-%20BRASIL_%20MINIST%C3%89RIO%20DA%20SA%C3%9ADE%202009%20Dir%20ettrizes%20para%20Estrutura%C3%A7%C3%A3o%20Farmacias%20no%20Ambito%20do%20SUS.pdf. Acesso em: 19 abr. 2020.

_____. 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: **Ministério da Saúde**; 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2018. 33 p.: il. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/fevereiro/14/ERRATA-Livro-USO-DE-MEDICAMENTOS-E-MEDICALIZACAO-DA-VIDA.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2020.

_____. Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos. **Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica**, Brasília, 2006

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em: 26 jul. 2020.

BRUNS, Suelma de Fátima; LUIZA, Vera Lucia; OLIVEIRA, Egléubia Andrade de. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): olhando a aplicação de recursos públicos. **Revista de Administração Pública**, [s.l.], v. 48, n. 3, p. 745-765, jun. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-76121502>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122014000300010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 15 mai. 2020.

CARVALHO, Marselle Nobre et al. Workforce in the pharmaceutical services of the primary health care of SUS, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 2, p. 1-11, 22 set. 2017. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007110>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007110.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

CVS-SP. CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Farmacovigilância no Estado de São Paulo. Disponível em:

http://www.cvs.saude.sp.gov.br/apresentacao.asp?te_codigo=22. Acesso em: 11 mai. 2020.

CFF. CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Experiências Exitosas de Farmacêuticos no SUS. Disponível em: <http://www.cff.org.br/pagina.php?id=768&menu=768&titulo=Experi%C3%AAs+Exitosas>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CHIEFFI, Ana Luiza; BARATA, Rita Barradas. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 25, n. 8, p. 1839-1849, ago. 2009. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-311x2009000800020>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000800020. Acesso em: 15 mai. 2020.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Revista CONASEMS; 72º ed.; Edição Especial: AF; 2018. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2018/12/revista-Conasems-72-2.png>. Acesso 08 abr. 2020.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília (DF); 2011. (**Coleção Progesteres – Para Entender a Gestão do SUS**). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progesteres_livro7.pdf. Acesso 31 mar. 2020.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Apresentação das dificuldades enfrentadas pelas Secretarias Estaduais de Saúde na aquisição de medicamentos. 2014. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2014/11/NT-15-2014-atualizada-out.-DIFICULDADES-NA-AQUISIC%C3%A7%C3%83O-DE-MEDICAMENTOS-NAS-SES.pdf> Acesso em: 16 ago. 2020.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Guia de apoio à gestão estadual do SUS. 2016. Disponível em: <http://www.conass.org.br/guiainformacao/plano-de-saude/>. Acesso em 31 mar. 2020.

CONDEMAT; Caderno Econômico Alto Tietê, 1ª Edição, 2018. Disponível em: <https://condemat.sp.gov.br/caderno-economico/>. Acesso em: 09 mar. 2020.

CONSÓRCIO PARANÁ SAÚDE (Curitiba PR). **Estratégia de aquisição centralizada**: Medicamentos e produtos para a saúde. 2019. Disponível em: <https://www.consorcio-parana-saude.com.br/?p=1679%20e%20https://cisamvi.sc.gov.br/sobre-o-cisamvi>. Acesso em: 17 abr. 2020.

COSEMS/SP. Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo. Análise da situação de abastecimento de medicamentos do Programa Dose Certa da SES/SP. 2020. Disponível em: <http://www.cosemssp.org.br/wp-content/uploads/2020/02/NT-001-Programa-Dose-Certa-.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

COSTA, Ediná Alves et al. Conceptions on pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 2, p. 327-345, 22 set. 2017. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007107>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-9102017000300308&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 16 abr. 2020.

_____. Technical issues and conservation conditions of medicines in the primary health care of the Brazilia. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 2, p. 1-12, 22 set. 2017b. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007106>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007106.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

COSTA, Karen Sarmiento. Assistência farmacêutica nas redes de atenção à saúde. In. SEMINÁRIO DE QUALIFICAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA DOS MUNICÍPIOS DO PIAUÍ, 1., 2019. **COSEMS/PI**. Disponível em: http://www.cosemspi.org.br/files/karen_2.pdf. Acesso em: 23 jul. 2020.

COSTA, Karen Sarmiento et al. Pharmaceutical services in the primary health care of the Brazilian Unified Health System: advances and challenges. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 2, p. 1-5, 22 set. 2017. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007146>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007146.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

COSTA, Karen Sarmiento; NASCIMENTO JUNIOR, José Miguel do. HÓRUS: inovação tecnológica na AF no sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 46, n. 1, p. 91-99, dez. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-89102012005000063>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/ao4223.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.

DATASUS. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 16 mar. 2020.

DIAS, Kelli Engler. **A implantação do HÓRUS nas farmácias do SUS**: uma proposta de ações para auxiliar esse processo. 2013. 119 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em AF, – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25688/1/256.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2020.

DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Archives Pathology Laboratory Medicine, 114: 1115-1118, 1990.

DRESCH, Cibele. A farmacovigilância e a Atenção Primária a Saúde: diálogo possível e necessário. **Revista APS**, [s.l.], v. 9, n. 1, p. 73-82, 2006. Semestral. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Farmacovigilancia.pdf>. Acesso em: 11 mai. 2020.

DRUCK, Graça. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho: **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 14, n. 1, p. 15-43, nov. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00023>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016000400015&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 10 mai. 2020.

DUARTE, Elisete; EBLE, Leticia Jensen; GARCIA, Leila Posenato. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 27, n. 1, p. 1-2, mar. 2018. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742018000100018>. Disponível em: <https://scielosp.org/article/ress/2018.v27n1/e00100018/>. Acesso em: 14 mai. 2020.

FALEIROS, Daniel Resende et al. Financing of Pharmaceutical Services in the municipal management of the Brazilian Unified Health Sys. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 2, p. 1-10, 22 set. 2017. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007060>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007060.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

FARIAS, Danyelle Nóbrega de et al. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l.], v. 16, n. 1, p. 141-162, 11 dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00098>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v16n1/1678-1007-tes-1981-7746-sol00098.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2020.

FERRAES, Alide Marina Biehl; CORDONI JUNIOR, Luiz. Consórcio de medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. **Revista de Administração Pública**, [s.l.], v. 41, n. 3, p. 475-486, jun. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0034-76122007000300005>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rap/v41n3/a05v41n3.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.

FERREIRA, Tatiana de Jesus Nascimento et al. Falhas na gestão da Assistência Farmacêutica para Medicamentos Judicializados, em 16 municípios da região Sudeste brasileira. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 43, n. 122, p. 668-684, set. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201912202>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019000300668&lang=pt. Acesso em: 16 ago. 2020.

FURP. Fundação para o Remédio Popular. Programa Dose Certa. Disponível em: http://www.furp.sp.gov.br/dose_certa/programa.aspx. Acesso em: 16 ago. 2020.

GERLACK, Letícia Farias et al. Management of pharmaceutical services in the Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 2, p. 1-11, 22 set. 2017. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007063>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007063.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

GUIMARÃES, M. C. L.; et al. Avaliação da capacidade de gestão de organizações sociais: uma proposta metodológica em desenvolvimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio

de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 109-118, 2004. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/3591/1/111111.pdf>. Acesso em 16 jul. 2020.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>. Acesso em 10 mar. 2020.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal/>. Acesso em 16 mar. 2020.

IPRS. Índice Paulista de Responsabilidade Social. Disponível em: <http://www.iprs.seade.gov.br/>. Acesso em 16 mar. 2020.

KARNIKOWSKI, Margô Gomes de Oliveira et al. Characterization of the selection of medicines for the Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 2, p. 1-10, 22 set. 2017. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007065>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007065.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

LEITE, Silvana Nair et al. Infrastructure of pharmacies of the primary health care in the Brazilian Unified Health System: Analysis of PNAUM – Services data. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 2, p. 1-11, 22 set. 2017. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007120>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007120.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

_____. Medicine dispensing service in primary health care of SUS. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 2, p. 1-10, 22 set. 2017b. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007121>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007121.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

LEITE, S.N.; GUIMARÃES, M.C.L. Gestão: para fazer acontecer. In: LEITE, S.N. et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica**. Florianópolis: EdUFSC, 2016. p. 21-32. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187550/2-%20Gest%C3%A3o%20da%20assist%C3%A2ncia%20farmac%C3%AAutica%20e-book.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 05 ago 2020.

LIBERATTI, M.L.; et al. Percepção de gestores, prestadores e auditores sobre a contratualização no Sistema Único de Saúde. **Trab. educ. saúde** vol.18 no.3. Rio de Janeiro. Epub Jun. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00274>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462020000300504&script=sci_arttext. Acesso em 23 ago. 2020.

LIMA, Marina Guimarães et al. Indicators related to the rational use of medicines and its associated factors. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 2, p. 1-9, 22 set. 2017. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007137>. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007137>. Acesso em: 16 abr. 2020.

MAGARINOS-TORRES, Rachel et al. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da assistência farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 19, n. 9, p. 3859-3868, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014199.12162013>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3859.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.

MAGARINOS-TORRES, Rachel; PEPE, Vera Lucia Edais; OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. Estruturação da assistência farmacêutica: plano de ação para a seleção de medicamentos essenciais. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 2, p. 188-196, jun. 2013. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1414-462x2013000200014>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-462X2013000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 abr. 2020.

MAIA, Anne Karine Sousa Nóbrega et al. Sistema Hórus: inovação tecnológica na gestão da assistência farmacêutica municipal. **Boletim Informativo Geum Jul./set.**, 2016, Quixeramobim - PI, v. 7, n. 3, p. 34-40, 2016. Trimestral. Disponível em: <https://revistas.ufpi.br/index.php/geum/article/view/5412>. Acesso em: 03 out. 2019.

MARCHON, Simone Grativol; MENDES JUNIOR, Walter Vieira. Patient safety in primary health care: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 30, n. 9, p. 1815-1835, set. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00114113>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000901815&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 10 abr. 2020.

MARIN, Nelly et al (org.). **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. 20. ed. Rio de Janeiro: Opas/OMS, 2003. 373 p. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/84%20-%20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20g>. Acesso em: 19 abr. 2020.

MATTOS, Leonardo; SILVA, Rondineli; CHAVES, Gabriela; LUIZA, Vera. Assistência farmacêutica na atenção básica e Programa Farmácia Popular: a visão de gestores de esferas subnacionais do sistema único de saúde. **Saúde e Sociedade**, [S.L.], v. 28, n. 1, p. 287-298, mar. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902019170442>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902019000100021. Acesso em: 18 ago. 2020.

MATUS C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 1993.

MEDEIROS, A.L. **Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: responsabilidade compartilhada por União, Estados e Municípios**. Tese (Doutorado) — Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo/SP, 2018. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-23042018-143211/publico/AdrianeLopesMedeirosSIMPLIFICADA.pdf>. Acesso em 15 jul. 2020.

MEDEIROS, A. L.; ROMANO-LIEBER, N. S.; TANAKA, O. Y. **Assistência farmacêutica no Estado de São Paulo: responsabilidade dos três entes federativos do SUS**. São Paulo: Edição do Autor, 2017. 56 p. Disponível em: https://ses.sp.bvs.br/wp-content/uploads/2018/01/Manual_Ebook-Para-internet_assistencia-farmac%C3%AAutica-2017.pdf. Acesso em 20 jul. 2020.

MELO, Daniela Oliveira de; SILVA, Sílvia Regina Ansaldi da; CASTRO, Lia Lusitana Cardozo de. Avaliação de indicadores de qualidade de prescrição de medicamentos em uma unidade de atenção primária com diferentes modelos de atenção. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 25, n. 2, p. 1-2, jun. 2016. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000200005>. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742016000200259. Acesso em: 23 abr. 2020.

MENDES. Eugênio Vilaça. A construção social da atenção primária à saúde. CONASS, [s.l.], p. 15-18, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2020.

_____. Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000500005>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 20 jul. 2020.

MENDES, Samara Jamile et al. Gestão da assistência farmacêutica: Avaliação de um município catarinense. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, S.l., v. 6, n. 1, p. 4-29, 2015. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/0230/74a9ce7fdbee69457b68ddee5a17e5e4bd50.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema Hórus. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/assistencia-farmaceutica?view=default>. Acesso em 20 mai. 2020.

MORAIS, Heloisa Maria Mendonça et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 1, p. 1-13, 2018. FapUNIFESP (SciELO). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00194916>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000105017. Acesso em: 11 mai. 2020.

MOTA, Daniel Marques; VIGO, Álvaro; KUCHENBECKER, Ricardo de Souza. Evolução e elementos-chave do sistema de farmacovigilância do Brasil: uma revisão de escopo a partir da criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 34, n. 10, p. 1-20, 11 out. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00000218>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n10/e00000218/pt>. Acesso em: 11 mai. 2020.

_____. Reações adversas a medicamentos no sistema de farmacovigilância do Brasil, 2008 a 2013: estudo descritivo. *Cadernos de Saúde Pública*, [s.l.], v. 35, n. 8, p. 1-14, 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00148818>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2019001005005&script=sci_arttext. Acesso em: 10 mai. 2020.

NASCIMENTO, Renata Cristina Rezende Macedo do et al. Availability of essential medicines in primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 2, p. 1-12, 22 set. 2017. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007062>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007062.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

_____. Polypharmacy: a challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 2, p. 1-12, 22 set. 2017b. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007136>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007136.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

NASCIMENTO JÚNIOR, José Miguel do et al. Dispensação: dispensar e entregar não são sinônimos. **Organização Pan-americana da Saúde /OMS (OPAS /OMS) no Brasil**, Brasília -df, v. 1, n. 16, p. 1-5, set. 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1544-dispensacao-dispensar-e-entregar-nao-sao-sinonimos-4&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&Itemid=965. Acesso em: 03 mai. 2020.

NORA, Letisa Comparin dalla *et al.* Análise da assistência farmacêutica no planejamento: participação dos profissionais e a qualificação da gestão. **Cadernos Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 3, p. 278-286, set. 2019. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201900030359>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-462X2019000300278&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 ago. 2020.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-49, 2000. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-8910200000500018&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 10 ago. 2020

OLIVEIRA, Luciane Cristina Feltrin de; ASSIS, Marluce Maria Araújo; BARBONI, André René. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 15, n. 3, p. 3561-3567, nov. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232010000900031>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a31.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2020.

PEDUZZI, Marina et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s.l.], v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013. FapUNIFESP

(SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420130000400029>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0977.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2020.

PEIXOTO, Tereza Cristina; BRITO, Maria José Menezes. Protocolo clínico como dispositivo analítico das relações de poder de profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 39, n. 107, p. 1053-1064, dez. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151070219>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000401053&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 16 ago. 2020.

PINTO, Vanusa Barbosa. Armazenamento e distribuição: o medicamento também merece cuidados. (**OPAS/OMS**), Brasília, DF. v. 1, n. 12, p. 1-7, jul. 2016. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1540-armazenamento-e-distribuicao-o-medicamento-tambem-merece-cuidados-0&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&Itemid=965. Acesso em: 19 abr. 2020.

PNAUM. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos. 2017. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/pnaum>. Acesso em: 10 abr. 2020.

RAMOS, Katiane Machado. **Análise da Implantação do Sistema Hórus nos municípios do Estado do Rio Grande do Sul**. 2015. 46 f. TCC - Curso de Especialização em Gestão em Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre RS, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/130259/000974613.pdf?sequence=1>. Acesso em: 19 abr. 2020.

REBRATS. Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde. DAF. 2018. Disponível em: <http://www.rebrats.saude.gov.br/membros-cat/550-departamento-de-assistencia-farmaceutica-e-insumos-estrategicos-daf>. Acesso em 29 jul. 2020.

REIS, Adriano Max Moreira; PERINI, Edson. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 13, n., p. 603-610, abr. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232008000700009>. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s0/a09v13s0.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2020.

ROCHA, Paula Chagas de Farias; OLIVEIRA, Cinthya Iamille Frithz Brandão de. O farmacêutico no programa de residência multiprofissional em saúde da universidade federal do Amazonas. **Em Extensão**. Uberlândia, v. 12, n. 1, p. 186-196, 2013. Semestral. Disponível em: [file:///C:/Users/SAMSUNG/Downloads/20837-Texto%20do%20artigo-89088-1-10-20130719%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/SAMSUNG/Downloads/20837-Texto%20do%20artigo-89088-1-10-20130719%20(3).pdf). Acesso em: 18 ago. 2020.

ROVER, M.R.M; LEITE, S.N. Gestão em saúde e gestão da assistência farmacêutica. In: LEITE et al. **Gestão da Assistência Farmacêutica**: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. p. 39-58.

SANTANA, R.S. et al. Indicadores da seleção de medicamentos em sistemas de saúde: uma revisão integrativa. **Rev Panam Salud Publica**. 2014; 35(3): 228–34. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/0101/c6f18ae15116ce712515c6bb6ec762551ae4.pdf>. Acesso em: 02 mai. 2020.

SANTANA JMB et al. Essencialidade e Assistência Farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**. 2011; 29(2): 138–44. Disponível em: <https://scielosp.org/article/rpsp/2011.v29n2/138-144/pt/> Acesso em: 15 mai. 2020.

SÃO PAULO. Lei 10.765 de 19 de fevereiro de 2001. Cria o índice paulista de responsabilidade social – IPRS. São Paulo, Assembleia Legislativa, 2001. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/lei/2001/compilacao-lei-10765-19.02.2001.html>. Acesso em: 09/03/2020.

SAÚDE AMANHÃ. Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/perspectivas-para-a-forca-de-trabalho-em-saude/#.XstylmhKjIV>. Acesso em 20 abr. 2020.

SEADE. Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. /IMP - Informação dos Municípios Paulistas. Disponível em: <https://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/>. Acesso em 16 mar. 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/>. Acesso em 14 mar. 2020.

SERAFIN C., CORREIA Jr D., VARGAS M. Perfil do farmacêutico no Brasil: relatório. Brasília (DF): **Conselho Federal de Farmácia**; 2015. Disponível em: http://www.cff.org.br/userfiles/file/Perfil%20do%20farmac%C3%AAutico%20no%20Brasil%20_web.pdf. Acesso em 06 mai. 2020.

SILVA, André Santos da et al. Indicadores do uso de medicamentos na atenção primária de saúde: uma revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], p. 1-12, 2017. Pan American Health Organization. <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2017.132>. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/e132/>. Acesso em: 03 mai. 2020.

SILVA, Rondineli Mendes da et al. Assistência Farmacêutica no município do Rio de Janeiro, Brasil: evolução em aspectos selecionados de 2008 a 2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 5, p. 1421-1432, maio 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.27692015>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501421. Acesso em: 28 abr. 2020.

SOLER, Orenzio et al. Assistência Farmacêutica clínica na Atenção Primária à Saúde por meio do Programa Saúde da Família. **Rev. Bras. Farm.**, Janaúba MG, v. 91, n. 1, p. 37-45, 2010. Disponível em: http://rbfarma.org.br/files/rbfar91_1_37-45.pdf. Acesso em: 14 mai. 2020.

SOUZA, Diego de Oliveira. A pandemia de COVID-19 para além das Ciências da Saúde: reflexões sobre sua determinação social. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 2469-2477, jun. 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.11532020>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702469&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 08 jun. 2020.

SOUZA, Gisélia Santana et al. Characterization of the institutionalization of pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 51, n. 2, p. 1-12, 22 set. 2017. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007135>. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007135.pdf. Acesso em: 16 abr. 2020.

SOUZA L.S., PORTO J.G., LYRA JÚNIOR D.P. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado de Sergipe. **Rev Ciênc Farm Básica Apl**, [s.l.], 2011; 32(3): 403-10. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/a2f2/e242a8283ae7405e694ec08424c2f5f9082f.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

TAMAKI, E.M. et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e a avaliação da gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 839-849, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000400007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 21 jul. 2020.

TIERLING, Vera Lúcia. **Implantação do HÓRUS nos municípios**: contribuições para o monitoramento. 2013. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/35240>. Acesso em: 21 abr. 2020.

TRAVAGIN, Letícia Bona. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às organizações sociais de saúde. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 41, n. 115, p. 995-1006, dez. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201711501>. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0103-11042017000400995&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 abr. 20.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 12, n. 1, p. 213-220, mar. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232007000100024>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100024. Acesso em: 21 abr. 2020.

_____. Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do sistema único de saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], v. 24, n. 2, p. 91-100, ago. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1020-49892008000800003>. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/a797/7a9000ce9619def6d3c0f7bc00e00bc81acd.pdf>
 . Acesso em: 19 abr. 2020.

_____. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s.l.], v. 27, .2, p. 149-155, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2010.v27n2/149-156/#:~:text=para%20o%20Brasil%2C%20o%20termo,a%20comunidade%20na%20vis%C3%A3o%20da>. Acesso em 20 abr. 2020.

_____. Fabiola Sulpino. Integralidade da assistência terapêutica e farmacêutica: um debate necessário. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 51, p. 126, 4 dez. 2017. Universidade de Sao Paulo, Agencia USP de Gestao da Informacao Academica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051000185>. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872017051000185.pdf. Acesso em: 20 jun. 2020.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; ZUCCHI, Paola. Gestão da AF: Análise da situação de alguns municípios. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 8, n. 4, p. 11-29, 16 fev. 2015. Núcleo de Estudos em Saúde Pública. <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v8i4.1581>. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v8i4.1581>. Acesso em: 27 abr. 2020.

VIEIRA, H.C.; CASTRO, A.E.; SCHUCH JÚNIOR, V.F. O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes. XVIII Seminário em Administração. Set. 2010. Disponível em: http://www.pucrs.br/ciencias/viali/tic_literatura/artigos/outros/questionarios.pdf. Acesso em 23 ago. 2020.

VILELA, Maria Filomena de Gouveia; SANTOS, Dario Nunes dos; KEMP, Brigina. Caminhos possíveis para a avaliação das práticas da Vigilância em Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 22, n. 10, p. 3183-3192, out. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172210.17752017>. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n10/1413-8123-csc-22-10-3183.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2020.

World Health Organization. **Action Programme on Essential Drugs and Vaccines**. How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators. World Health Organization 1993. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/60519> Acesso em: 26 abr. 2020.

_____. Expert Conference, 1985, Nairobi. Rational Use of Medicines. Report of the Expert Conference, Nairobi, 25-29 November 1985. Geneva: World Health Organization. 1986. 304 p. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/162006/WHA39_12-Part-1_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 25/04/2020.

_____. **Indicators for Monitoring National Drugs Policies**: a practical manual. Geneva: Word Health Organization, 1999. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/60706>. Acesso em 21 abr. 2020.

_____. **Model list of essential medicines:** 18th list. Geneva: World Health Organization 2013. Disponível em: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html> Acesso em 20 abr. 2020.

_____. **The importance of pharmacovigilance:** Safety monitoring of medicinal products. United Kingdom: World Health Organization, 2002, 52p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42493> Acesso em 11 mai. 2020.

ZANETTI, Maria Olívia Barboza; MARCHETTI, Juliana Maldonado; ANDRADE, Regina Célia Garcia de. Adequação da prescrição de medicamentos na Atenção Primária à Saúde de Ribeirão Preto -SP: estudo transversal. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [s.l.], v. 12, n. 39, p. 1-11, 6 fev. 2018. Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC). [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1443](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1443). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1443>. Acesso em: 25 abr. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Modelo carta convite à pesquisa

Folha 1/2

PROJETO DE PESQUISA

Seu município está sendo convidado a participar voluntariamente de um estudo que pretende retratar a situação atual dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde, nos municípios da região do Alto Tietê /SP.

Título do Projeto: *Estudo da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde no âmbito da Atenção Básica: uma avaliação baseada nos indicadores da Organização Mundial da Saúde (OMS).*

Orientador: *Prof. Dr. Leonardo R. L. Pereira*

Pesquisador: *Nívea Alves Barbosa*

OBJETIVO DA PESQUISA

Políticas públicas foram desenvolvidas para o aperfeiçoamento da Assistência Farmacêutica e qualificação dos seus serviços com ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. A promoção do acesso aos medicamentos têm sido implementada, pelo entendimento do medicamento como importante instrumento para a saúde no processo de cuidado. Entretanto, estudos apontam que a consolidação e estruturação da Assistência Farmacêutica, conseguidas por meio de leis e portarias, ainda não são refletidas na prática dos serviços farmacêuticos por problemas de ordem organizacionais e financeiros.

O intuito desse trabalho é obter elementos que mostrem se as diversas ações para qualificação dos serviços da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica são efetivas, considerando os recursos aplicados para o seu desenvolvimento.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS DURANTE A PESQUISA

Será aplicado instrumento de coleta de dados aos coordenadores da

Folha 2/2

Assistência Farmacêutica municipal ou seu suplente, com base em uma seleção de indicadores propostos pela OMS para analisar de maneira quantitativa e padronizada, os serviços de saúde em relação à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica.

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Considerando que estudo sobre a Assistência Farmacêutica nos municípios da Região do Alto Tietê /SP é inédito, a participação de cada município neste estudo será de grande importância, pois fornecerá informações que poderão colaborar para diagnosticar possíveis problemas, identificar suas causas e contribuir com propostas de ações corretivas e preventivas que contribuam para uma melhor organização e a gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde.

CUSTOS

A participação na pesquisa não irá gerar nenhum custo financeiro.

PRIVACIDADE

O município terá a garantia do sigilo que assegure a sua privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa. Os resultados do estudo serão publicados na forma de artigos científicos, sejam eles favoráveis ou não, e a identidade dos participantes, bem como a do município, permanecerá anônima.

APENDICE B: Modelo declaração autorizadora**DECLARAÇÃO AUTORIZADORA**

Eu, _____ na condição de gestor (a) da Secretaria Municipal do município de _____, declaro para os devidos fins, que autorizo a participação do Serviço de Assistência Farmacêutica Municipal, representado pelo (a) profissional farmacêutico (a) coordenador (a), no *Estudo da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde no âmbito da Atenção Básica: uma avaliação baseada nos indicadores da Organização Mundial da Saúde*, com intuito de contribuir com informações.

APENDICE C: Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Folha 1/3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa *“Estudo da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde no âmbito da Atenção Básica em municípios da Região do Alto Tietê /SP: uma avaliação baseada nos indicadores da Organização Mundial da Saúde”*, sob a responsabilidade da pesquisadora Nívea Alves Barbosa e orientação do Prof. Dr. Leonardo Régis Leira Pereira.

Antes de dar seu consentimento como participante, você receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa.

OBJETIVO DA PESQUISA

Políticas públicas foram desenvolvidas para o aperfeiçoamento da Assistência Farmacêutica e qualificação dos seus serviços com ações voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde. A promoção do acesso aos medicamentos tem sido incentivada, pelo entendimento do medicamento como importante instrumento para a saúde no processo de cuidado. Entretanto, estudos apontam que a consolidação e estruturação da Assistência Farmacêutica, conseguidas por meio de leis e portarias, ainda não são refletidas na prática dos serviços farmacêuticos por problemas de ordem organizacionais e financeiros.

O intuito desse trabalho é descrever a capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica em Saúde, em municípios da região do Alto Tietê / São Paulo a fim de obter elementos que mostrem se as diversas ações para qualificação dos serviços da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica são efetivas, considerando os recursos aplicados para o seu desenvolvimento.

PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS DURANTE A PESQUISA

Será aplicado instrumento de coleta de dados online com base em uma seleção de indicadores propostos pela OMS para analisar de maneira quantitativa e padronizada, os serviços de saúde em relação à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (OMS, 1993). No instrumento constam perguntas objetivas e o tempo estimado para responder as perguntas é de 20 a 30 minutos.

BENEFÍCIOS ESPERADOS

Sua participação neste estudo será de grande importância, pois fornecerá informações que poderão colaborar para diagnosticar possíveis problemas, identificar suas causas e contribuir com propostas de ações corretivas e preventivas que

contribuam para uma melhor organização e a gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde.

Folha 2/3

CUSTOS

Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade.

LIBERDADE DE PARTICIPAÇÃO OU RETIRADA DO CONSENTIMENTO

A participação neste estudo é totalmente voluntária. Se você não desejar participar, isto não lhe causará qualquer situação desconfortável ou prejuízo.

Se por algum motivo você se sentir constrangido poderá se recusar a responder parte das perguntas ou mesmo desistir da participação a qualquer momento.

Você receberá uma via deste documento para que fique ciente e respaldado (a) das condições aqui descritas.

CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Você terá a garantia do sigilo que assegure a sua privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa. O seu nome não aparecerá e nem do seu município pela omissão de informações que permitam identificação.

Os resultados do estudo poderão ser publicados em periódicos da área na forma de artigos científicos, porém sua identidade, bem como a do seu município, permanecerá anônima.

RISCOS E DESCONFORTOS

A pesquisa apresenta riscos considerados mínimos, como o desconforto pelo tempo gasto na participação da pesquisa, mas não realiza qualquer intervenção ou modificação adicional nas variáveis fisiológicas ou psicológicas e sociais dos indivíduos que participam do estudo.

Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda da pesquisadora que se compromete a mantê-los seguros por um período de cinco anos, e após isso serão destruídos.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

DIREITO AS INFORMAÇÕES E PESSOAS PARA CONTATO

Qualquer dúvida relativa à pesquisa ou sobre sua participação no estudo poderá ser esclarecida a qualquer momento (antes, durante ou após a assinatura do presente documento), enviando e-mail para: niveaab7@gmail.com.

Para responder dúvidas éticas, você pode contatar o **CONSELHO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA – CONEP**, SRTV 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO

700, 3º andar – Asa Norte CEP: 70719-040, Brasília-DF. **Informações:** (61) 33155877 conep@saude.gov.br, órgão de caráter consultivo, normativo, deliberativo

Folha 3/3

e educativo, instituído com intuito de defender os interesses dos sujeitos de pesquisa e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões ético-científicos.

Após ter sido esclarecido sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta pode acarretar e se for de sua livre e espontânea vontade participar da pesquisa, basta datar e assinar este termo.

Local: _____, ____/____/____

Nome do participante: _____ RG.: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Nívea Alves Barbosa CRF: 34.118 – Contato: (11)97533-5758

Endereço: R. Floreano Peixoto, 40 Cruzeiro – Santa Isabel /SP.

Este documento foi formulado em acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e carta circular nº 51 - SEI/2017-CONEP/SECNS/MS - 28/09/2017.

ANEXOS

ANEXO A: Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTUDO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO DO ALTO TIETÊ /SP: UMA AVALIAÇÃO BASEADA NOS INDICADORES DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

Pesquisador: NIVEA ALVES BARBOSA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 18110619.6.0000.5506

Instituição Proponente:

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.576.176

Apresentação do Projeto:

planejamento dos serviços da AF no âmbito da Atenção Básica à Saúde na região. Expectativa de resultados: obter elementos que mostrem se as diversas ações para qualificação dos serviços da AF Atenção Básica têm sido efetivos, considerando os recursos aplicados para o seu desenvolvimento.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo foi modificado conforme sugestões no parecer anterior.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores apresentam os potenciais benefícios relacionados a uma melhor organização na gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica à Saúde.

Apresentam os riscos mínimos a que os participantes estão expostos e propõe medidas de garantia do anonimato e sigilo das informações de cada representante dos municípios partícipes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O método está coerente com a proposta dos pesquisadores e a realização dessa pesquisa pode contribuir para melhor compreender os processos de trabalho na assistência farmacêutica em seis

Endereço: Praça Tereza Cristina, 229

Bairro: Centro

CEP: 07.023-070

UF: SP

Município: GUARULHOS

Telefone: (11)2464-1664

E-mail: comite.etica@ung.br



Continuação do Parecer: 3.576.176

municípios paulistas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O texto esclarece a possibilidade de recusa e retirada do consentimento pelo participante em qualquer tempo, a participação não remunerada e a possibilidade de indenização decorrente de danos provocados nesta pesquisa.

A divulgação científica e a garantia de maneiras foram indicadas para preservar o anonimato dos participantes e seus respectivos municípios.

Há local para assinatura e registro do Conselho de classe da pesquisadora responsável.

Recomendações:

Rever a língua portuguesa para melhorar a qualidade formal.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de uma pesquisa relevante para compreender os processos de trabalho no Sistema Único de Saúde.

Sugere-se a inserção do logo institucional da Prefeitura Municipal de Santa Isabel (se for o vínculo formal da pesquisadora responsável) no TCLE, uma vez que foi declarado que não há instituição proponente.

Considerações Finais a critério do CEP:

Esta aprovação é válida pelo período previsto no cronograma postado.

Enviar RELATÓRIO FINAL até 15/12/2019, via Plataforma Brasil, com os RESULTADOS DA PESQUISA e contemplando as questões relativas aos CRITÉRIOS ÉTICOS:

- Houve ocorrência de fatos relevantes que alteraram o curso normal do estudo?
- Foram feitas eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa?
- A pesquisa foi concluída de acordo com o protocolo aprovado pelo CEP UnG ?
- Faça um parecer sobre o relacionamento Pesquisador X Participante da pesquisa durante a realização do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1383751.pdf	28/08/2019 04:33:15		Aceito
Outros	DECL_AUTOR_SUZANO_PB.pdf	28/08/2019	NIVEA ALVES	Aceito

Endereço: Praça Tereza Cristina, 229

Bairro: Centro

CEP: 07.023-070

UF: SP

Município: GUARULHOS

Telefone: (11)2464-1664

E-mail: comite.etica@ung.br



Continuação do Parecer: 3.576.176

Outros	DECL_AUTOR_SUZANO_PB.pdf	04:32:01	BARBOSA	Aceito
Outros	DECL_AUTOR_STA_ISABEL_PB.pdf	28/08/2019 04:31:22	NIVEA ALVES BARBOSA	Aceito
Outros	DECL_AUTOR_SALESOPOLIS_PB.pdf	28/08/2019 04:30:48	NIVEA ALVES BARBOSA	Aceito
Outros	DECL_AUTOR_POA_PB.pdf	28/08/2019 04:29:33	NIVEA ALVES BARBOSA	Aceito
Outros	DECL_AUTOR_FERRAZ_PB.pdf	28/08/2019 04:21:56	NIVEA ALVES BARBOSA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA_BARBOSANA_PBI.pdf	28/08/2019 04:21:03	NIVEA ALVES BARBOSA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2019_PB_II.pdf	28/08/2019 04:20:25	NIVEA ALVES BARBOSA	Aceito
Outros	Autoriz_GRS.pdf	01/07/2019 08:14:48	NIVEA ALVES BARBOSA	Aceito
Outros	Termo_COparticip_GRS.pdf	01/07/2019 08:13:47	NIVEA ALVES BARBOSA	Aceito
Outros	Termo_Compromisso_GRS.pdf	01/07/2019 08:12:23	NIVEA ALVES BARBOSA	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto_NIVEA.pdf	21/06/2019 05:55:48	NIVEA ALVES BARBOSA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

GUARULHOS, 15 de Setembro de 2019

Assinado por:
Regina de Oliveira Moraes Arruda
(Coordenador(a))

Endereço: Praça Tereza Cristina, 229

Bairro: Centro

CEP: 07.023-070

UF: SP

Município: GUARULHOS

Telefone: (11)2464-1664

E-mail: comite.etica@ung.br