

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE FARMÁCIA

THAÍS DA FONSECA MARQUES

**Caracterização dos processos de seleção, programação e aquisição
da Assistência Farmacêutica em farmácias de Atenção Básica do
Rio Grande do Sul**

Porto Alegre

2022

THAÍS DA FONSECA MARQUES

**Caracterização dos processos de seleção, programação e aquisição
da Assistência Farmacêutica em farmácias de Atenção Básica do
Rio Grande do Sul**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Farmácia
da Universidade Federal do Rio
Grande do Sul como requisito à
obtenção do título de grau de
Farmacêutico.

Orientador: Prof. Dr. Diogo Pilger

Porto Alegre

2022

“Sorrir, amar, perdoar, compreender, relaxar... Esses são os remédios poderosíssimos, e que não estão à venda nas farmácias. O efeito colateral é a felicidade.”

Hermógenes

Agradecimentos

À Deus, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo desses anos de estudo.

À minha avó paterna, Geni, por me ensinar a ser batalhadora e ir atrás dos meus sonhos, mesmo nos momentos difíceis, olhar sempre para frente e não deixar de acreditar jamais. Obrigada por tudo, por ter sido minha mãe, pai e avó, esse título é teu também.

In memoriam à minha doce mãe, Marilda, por ter me ensinado o que é o amor. À minha amada avó materna, Elina, que dedicou sua vida ao cuidado da família e usou o amor como ferramenta de transformação. Ao meu tio, Fabíolo, por ter me mostrado o que é força e honra.

Aos meus irmãos, Matheus e Filipe, vocês são o meu norte e meu sul. Meu alicerce.

À minha família materna, por terem nos ensinado a força que existe em cada um de nós e os verdadeiros valores da vida. Sem vocês eu não conseguiria vencer mais essa etapa.

Ao meu melhor amigo, Filipe, amor que eu escolhi e me escolheu. Obrigada, amor da minha vida, sem você ao meu lado esse trabalho não seria possível. Não poderia deixar de agradecer tua família, que agora é minha também.

Aos meus irmãos de alma, Tau, Mari, Jú, Ronaldo e Rafa – e suas famílias – por todos os momentos que vivemos juntos. Vocês são meus presentes de Deus.

Aos meus amigos, pelas risadas que compartilharam comigo e pelo apoio em todas as horas. Sempre irei retribuir todo amor, carinho e incentivo que recebi de vocês. Aos meus colegas e amigos de HCPA, sou grata à todos que contribuíram com minha trajetória, especialmente a Cyntia, por tudo que me ensinou e fez por mim. Minha eterna gratidão.

Ao meu orientador, Diogo, pelo carinho, dedicação e orientação. Manifesto aqui minha gratidão eterna por compartilhar sua sabedoria, seu tempo e sua experiência.

Muito obrigada pelo apoio e amor incondicional. Vocês são a razão da minha vida.

Sumário

Resumo	7
Abstract.....	8
Introdução.....	9
Métodos.....	11
Resultados.....	11
Discussão	14
Conclusão	19
Referências Bibliográficas	19
Apêndices	22
Tabela 1.....	22
Tabela 2.....	23
Tabela 3.....	24
Tabela 4.....	25
Anexo.....	26
Anexo I.....	26
Anexo II	31

Esse Trabalho de Conclusão de Curso foi redigido sob a forma de artigo ao qual foi elaborado segundo as normas da Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde, apresentadas em anexo II.

Resumo

O objetivo do presente estudo é descrever os processos de seleção, programação e aquisição de medicamentos na rede de Atenção Básica nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa transversal realizada em 29 municípios, porém 28 municípios responderam ao questionário. Os dados foram coletados por meio de entrevistas *in loco* através de um questionário específico aos serviços de gestão. Dentre os 28 profissionais responsáveis pela gestão, 19 são farmacêuticos. Vinte e quatro municípios possuem REMUME e o público tem acesso total a ela. Nenhum dos municípios possui critérios de inclusão e exclusão de medicamentos definidos pela REMUME. Em 20 existe uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) ou seleção de medicamentos. Em 23 municípios não há avaliação pela gestão da Assistência Farmacêutica (AF) se a lista de medicamentos atende as demandas da população. No processo de programação, 26 calculam o consumo mensal dos medicamentos, em 25 é realizado o levantamento do consumo histórico de cada produto. Além disso, há um levantamento de custo unitário para cada medicamento em 27 municípios, sendo que 25 utilizam critérios técnicos para a programação. A aquisição de medicamentos é realizada via consórcio em 16 e 12 fazem compras de medicamentos e insumos farmacêuticos em farmácias locais. A modalidade de compra mais utilizada é o pregão (25 – 89.3%). Além disso, 24 cidades realizam o levantamento da disponibilidade orçamentária e financeira para aquisição dos medicamentos. Sendo assim, observa-se uma gestão de programação estruturada, por outro lado há necessidade de aprimoramento nos processos de seleção e aquisição. A qualificação do farmacêutico e profissionais da saúde é importante no processo de gestão da AF, na perspectiva de estruturar o serviço farmacêutico e obter estratégias racionais e organizadas para adquirir medicamentos diante as demandas da população.

Palavras-chave: gestão da assistência farmacêutica, gestão em saúde, medicamentos, assistência farmacêutica, sistema único de saúde.

Abstract

The aim of present study is to describe the processes of selection, programming and acquisition of medicines in the Primary Care network in the municipalities of the state of Rio Grande do Sul. This is a cross-sectional survey carried out in 28 municipalities. Data were collected through on-the-spot interviews through a specific questionnaire for management services. Among the 28 professionals responsible for management, 19 are pharmacists. The Municipal List of Essential Medicines (MLEM) is composed in 24 municipalities and the public has full access to it. None of the municipalities has inclusion and exclusion criteria for drugs defined by MLEM. In 23 municipalities there is no evaluation by the Pharmaceutical Assistance (PA) management if the list of medicines meets the demands of population. In 20 cities there is a Pharmacy and Therapeutics Commission (PTC) or drug selection. In the programming process, 26 calculate the monthly consumption of medicines. In 25, a survey of historical consumption for each product is carried out. In addition, there is a unit cost survey for each drug in 27 municipalities, which 25 using technical criteria for programming. The acquisition of medicines is carried out via consortium and purchases of medicines and pharmaceutical ingredients in local pharmacies in 16 and 12 municipalities, respectively. The most used method of purchase is the trading session (25 – 89.3%). In addition, 24 cities carry out a survey of budget and financial availability for purchase of medicines. Thus, there is a structured programming management, while it needs improvement in the selection and acquisition processes. The qualification of pharmacists and health professionals is fundamental in the PA management process, with a view to structuring the pharmaceutical service and obtaining rational and organized strategies to obtain medicines in view of the population's demands.

Keywords: pharmaceutical assistance management, health management, medicines, pharmaceutical services, unified health system.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições governamentais federais, estaduais e municipais que garantem o direito da população ao acesso a todos os níveis de serviços de saúde, incluindo a Assistência Farmacêutica (AF)¹. A Política Nacional de Saúde (PNS) tem como parte fundamental a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que objetiva assegurar segurança, eficácia e qualidade destes produtos, bem como promover o uso racional e o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. A reorientação da AF e o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais são duas das suas principais diretrizes².

A AF envolve ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, sendo de caráter sistêmico e multidisciplinar^{3,4}. Um dos desafios para a consolidação do SUS é a efetivação da AF, que quando bem estruturada, contribui para legitimar as linhas de cuidado e aumentar sua resolubilidade^{5,6}. No âmbito do SUS, a AF hoje representa uma das áreas com maior impacto financeiro devido à grande demanda por medicamentos, fazendo-se necessário dispor de uma boa gestão⁷. Para sua completa implementação, é importante ter como pilar o ciclo da AF, que corresponde ao sistema formado pelas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos, o qual é organizado por ações e integradas entre as diversas partes que compõe o sistema de saúde⁸. Essas etapas ocorrem em sequência ordenada e sincronizada, de forma que uma influencia na boa execução da outra⁹.

O eixo do ciclo da AF é a etapa de seleção, pois a partir dela que todas as outras são desenvolvidas.⁹ A seleção é um processo em que ocorre a escolha de medicamentos a partir de critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos. Esses critérios são estabelecidos por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), que visa assegurar medicamentos que sejam seguros, eficazes e custo-efetivos¹⁰. A etapa seguinte do ciclo é a programação, que garantirá a disponibilidade de medicamentos em quantidade e tempo adequado para as demandas da população (e.g., perfil de doenças da população)⁹. Uma boa gestão de programação é baseada por procedimentos de controle organizados, como consequência se tem um maior comprometimento com o ciclo da AF, diminuindo os riscos de desabastecimento e desperdícios de medicamentos¹¹.

A etapa pela qual se efetua o processo de compra de medicamentos estabelecidos pela programação é a aquisição, que tem como objetivo suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade, além de manter a regularidade do sistema de abastecimento. O processo de aquisição qualificado depende do cumprimento de aspectos jurídicos (e.g., formalidades legais), técnicos administrativos (e.g., prazos de entrega) e financeiros (e.g., orçamento e avaliação de mercado)⁹. As últimas etapas do ciclo de AF compreendem o armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos. A etapa de armazenamento inclui o recebimento, estocagem, conservação e controle de estoque dos medicamentos adquiridos. Já a etapa de distribuição fornece às unidades de saúde, em qualidade e quantidade, os medicamentos que serão posteriormente distribuídos à população. Por fim, na etapa de dispensação, o profissional de saúde fornecerá o medicamento com as devidas orientações sobre sua utilização⁸.

Um dos maiores desafios na área da saúde é uma adequada gestão da AF devido ao seu alto custo e grau de complexidade (e.g., falhas no ciclo da assistência farmacêutica; baixa qualificação dos serviços farmacêuticos; e má gestão dos recursos públicos)¹¹. A organização de uma logística adequada exige estruturar um ciclo contínuo de processos que envolvam planejamento financeiro, gestão de recursos humanos, monitoramento e análise de resultados, possibilitando melhor acessibilidade e qualidade nos serviços ofertados à população, bem como um controle financeiro mais eficaz do serviço público⁷. Portanto, faz-se relevante identificar as condições atuais dos ciclos de AF na Atenção Básica de estados e municípios (i.e., seleção, programação e aquisição).

Outro aspecto importante dentro da AF na Atenção Básica é considerar a diferença socioeconômica de estados e municípios, e conhecer a diferença das atuais condições do ciclo da AF dessas regiões. A partir desse processo, torna-se possível conhecer a condição atual da AF de estados e/ou municípios, bem como realizar comparações entre as diferentes regiões. Com esta condição, é possível analisar e identificar os ciclos de AF, a fim de aprimorá-los para promover alternativas que melhorem esses resultados para determinada população.

O objetivo do presente estudo é descrever os processos de seleção, programação e aquisição de medicamentos na rede de Atenção Básica em municípios do estado do Rio Grande do Sul.

Métodos

Esta pesquisa, uma investigação de natureza quantitativa do tipo descritiva, possui o tema caracterização dos processos de seleção, programação e aquisição da AF em farmácias de Atenção Básica do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa transversal realizada em 29 municípios, sendo que em cada município um gestor foi entrevistado.

Os dados utilizados para análise deste trabalho foram coletados pelo projeto “Avaliação da Organização da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária em Municípios do Rio Grande do Sul: Estrutura, Processo e Resultados”, financiado com recursos do Edital PPSUS 2017. Os dados foram coletados por meio de entrevistas *in loco* e análise de documentos através de um questionário específico ao indivíduo responsável pela AF, com perguntas previamente elaboradas a partir da literatura científica. As entrevistas foram agendadas com cada responsável pela gestão dos 29 municípios da amostra. Todos os participantes entrevistados leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido de acordo com os princípios éticos. O Comitê de Ética do Conselho de Pesquisa, Ensino e Extensão da UFRGS aprovou o projeto de pesquisa (número de aprovação: 2.437.516).

O questionário do serviço de gestão da AF está organizado em seções, considerando a organização deste setor, estrutura e processos. Deste questionário foram analisados os dados referentes aos processos de seleção, programação e aquisição de medicamentos. As coletas de dados foram realizadas de janeiro a março de 2020.

A coleta dos dados foi realizada por meio de um *software Epicollect*, sendo o banco de dados gerados exportado em arquivo no formato *Excel* para posterior análise. Os resultados das variáveis são apresentados pela frequência absoluta e percentual.

Resultados

Os cargos dos profissionais responsáveis estão apresentados na tabela 1. Foram entrevistados 28 gestores responsáveis pela gestão da AF nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. Os municípios que entraram na nossa amostra são: Alegrete; Alvorada; Bagé; Bento Gonçalves; Cachoeira do Sul; Cachoeirinha; Canoas; Caxias do Sul; Cruz Alta; Erechim; Estrela; Frederico Wesphalen; Gravataí; Ijuí; Novo

Hamburgo; Osório; Palmeira das Missões; Passo Fundo; Pelotas; Porto Alegre; Rio Grande; Santa Maria; Santa Rosa; Santa Cruz do Sul; Santo Ângelo; São Leopoldo; Uruguaiana e Viamão.

Os processos de seleção de medicamentos estão descritos na tabela 2. Em 23 municípios a Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) está disponível via internet (95.8%) e 15 de maneira física/impressa (62.5%). Quando analisado a periodicidade da divulgação de listas relacionada a disponibilidade e/ou falta de medicamentos, ocorrem de maneira diária (5 - 33.3%), semanal (4 - 26.6%), quinzenal (1 - 6.6%), mensal (3 - 20.0%), de outra maneira (1 - 6.6%) ou não foi informada (1 - 6.6%). Nos 8 municípios quem faz a seleção de medicamentos é o secretário de saúde (2 - 20.0%), e/ou farmacêutico (4 - 40.0%), e/ou médico (4 - 40.0%), e/ou dentista (2 - 20.0%), e/ou enfermeiro (2 - 20.0%). Quanto ao número de profissionais que compõe a CFT nos 20 municípios em que estão formalmente constituídos, ela varia em: 1 município não possui profissionais (4.3%), 2 possuem até 5 profissionais (8.7%), 13 possuem de 6 a 10 profissionais (56.5%), 3 possuem de 11 a 15 profissionais (13.0%), e 1 não soube informar quantos profissionais (4.3%). Os profissionais que compõe a CFT destes 20 municípios exercem cargos de secretário de saúde (4 - 17.4%), farmacêutico (18 - 78.3%), médico (19 - 82.6%), dentista (2 - 8.7%), enfermeiro (7 - 30.4%) e outros profissionais da saúde (9 - 39.1%). Além disso, a CFT de 12 municípios (52.2%) realizam reuniões de forma mensal, enquanto que 11 (47.8%) realizam de outra maneira não especificada.

Os processos de programação de medicamentos estão descritos na tabela 3. Os profissionais responsáveis pelo cálculo nestes municípios são 25 farmacêuticos (96.1%), e/ou 5 administrativos (19.2%), e/ou 1 contabilidade (3.8%). O profissional responsável pelo levantamento do consumo histórico de cada produto é o farmacêutico (100.0%), e em 4 destas o setor administrativo também participa (16.0%). A periodicidade em que efetua o levantamento do consumo destas cidades ocorre de forma diária (6 - 24.0%), semanal (1 - 4.0%), mensal (12 - 48.0%) e de outra maneira não especificada (6 - 24.0%). Nos municípios que é realizado o levantamento da demanda atendida, os profissionais responsáveis 20 são farmacêuticos (95.2%), e/ou 4 são agentes administrativos (19.0%), e/ou 2 são outros profissionais (9.5%). Por outro lado, nos municípios que efetua o levantamento da demanda não atendida, os profissionais

responsáveis 5 são farmacêuticos (80%), e/ou 1 é agente administrativo (20%), e/ou 1 é gestor (20%).

Dos critérios técnicos para a programação de medicamentos e insumos farmacêuticos utilizados pela AF em 25 municípios, 5 foram curva ABC (18.5%), e/ou 26 consumo histórico (96.3%), e/ou 23 sazonalidade (85.2%), e/ou 15 perfil epidemiológico (55.6%), e/ou 12 última aquisição (44.4%). Para os sistemas informatizados utilizados pela AF, o Hórus é empregue em 3 municípios (10.7%), enquanto que sistemas informatizados são utilizados nos outros 25 (89.3%). Entre os sistemas mais utilizados estão o G-MUS (N 16.0%) e IPM (16.0%) em 4 municípios cada, e o SIGSS (12.0%) e SINUS (12.0%) em 3 municípios. Além disso, quando se necessita atender à demanda em situações de calamidade, 2 municípios apresentam o kit pronto específico (33.3%), e/ou 4 possuem estoque geral (66.7%), e/ou 1 não soube informar (16.7%).

Os profissionais responsáveis pelos registros da relação de medicamentos programados e efetivamente comprados são 22 farmacêuticos (88.0%), e/ou 8 agentes administrativo (32.0%), e/ou 2 de contabilidade (8.0%), e/ou 2 outros profissionais (8.0%). Além disso, para os municípios que realizam o levantamento da disponibilidade orçamentária e financeira do município para aquisição dos medicamentos, os profissionais responsáveis são 14 farmacêuticos (58.3%), e/ou 5 agentes administrativos (20.8%), e/ou 18 de contabilidade (75.0%), e/ou 5 outros profissionais (20.8%).

Os processos de aquisição de medicamentos estão descritos na tabela 4. A modalidade de compra mais utilizada é o pregão em 25 municípios (89.3%), seguida do registro de preço em 19 (67.9%), dispensa de licitação em 15 (53.6%) e outras modalidades em 4 municípios (14.3%). Das outras modalidades de compra utilizadas por estas 4 cidades, 1 é realizada através de consórcio (25.0%), 1 pelo consórcio metropolitado GRANPAL (25.0%), 1 por licitações (25.0%) e 1 raramente por compra emergencial (25.0%). Dos municípios que realizam compra de medicamentos e insumos farmacêuticos em farmácias locais, 2 realizam através da solicitação do prescritor (16.7%), e/ou 5 através da decisão da gestão (41.7%), e/ou 11 através da judicialização (91.7%), e/ou 3 por outro meio (25.0%). Entre os outros meios de aquisição, 1 dos municípios tem dispensa de licitação (33.3%), 1 possui itens não industrializados (33.3%) e 1 quando ocorre necessidade para uso de serviço interno nos setores da unidade de saúde (e.g., bloco cirúrgico) (33.3%). A porcentagem de aquisição

medicamentos manipulados em farmácias é menor que 1% em 7 municípios (58.3%) e menor que 5% em 2 municípios (16.6%). Para os outros 3 municípios (24.9%) esse valor era mínimo ou desconhecido. Em relação ao valor mínimo para a aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos previstos na Portaria 2001/2017, 17 municípios (60.7%) destinaram mais que o mínimo, 3 (10.7%) destinaram o mínimo e 8 (28.6%) não souberam designar.

Em relação aos municípios que possuem critérios de aquisição de itens não contemplados na REMUME, 1 deles é realizado por solicitação do prescritor (11.1%), e/ou em 5 pela decisão da gestão (55.6%), e/ou em 4 judicialização (44.4%), e/ou em 1 pela definição de lista específica para serviço especializado de acordo com o perfil de atendimento e grau de especialidade (11.1%). Quanto a alimentação do banco de preços, o principal responsável é o farmacêutico em 4 municípios (57.1%), seguido do agente administrativo em 2 (28.6%), e da contabilidade 1 (14.3%). Por fim, o farmacêutico é o profissional responsável pela avaliação dos medicamentos que serão adquiridos em 25 municípios (89.3%). Nos outros 3 municípios (10.7%), 2 são realizados pela CFT e 1 não é realizado este procedimento.

Discussão

Inicialmente constatou-se que de 28 profissionais responsáveis pela gestão, 19 (64.3%) eram farmacêuticos. Além disso, foi observado no estudo, que o farmacêutico é o profissional responsável pela maioria dos processos de seleção, programação, especificação técnica e avaliação dos medicamentos e insumos farmacêuticos na maioria dos municípios. Gerlack e colaboradores (2017) objetivaram identificar fatores limitantes para a gestão dos serviços farmacêuticos na atenção primária à saúde do SUS, na perspectiva de seus gestores em cinco regiões brasileiras, e observaram que em apenas 13.4% dos municípios não era o farmacêutico quem fazia as especificações técnicas para a compra do medicamento⁵. O papel do farmacêutico como profissional da área da saúde está evidenciado mundialmente por responsabilidades voltadas ao uso racional de medicamentos alcançando redução de gastos desnecessários e o bem-estar da população¹². À vista disso, a qualificação do profissional farmacêutico, assumindo suas funções de gestor do ciclo da AF é determinante¹⁰.

A REMUME garante o início da organização dos serviços da AF e orienta vários deles, como a aquisição, a programação e as prescrições¹³. No presente estudo, dentro da etapa de seleção, a REMUME está disponível em 24 municípios (85.7%), e em todos os municípios que possuem REMUME o público tem acesso total a ela, tanto de forma virtual, quanto em forma impressa, tornando-se de fácil acesso para os usuários e profissionais da saúde, informando quais medicamentos fazem parte de políticas públicas e, portanto, acessíveis à população. Contrário aos nossos achados, Roque e colaboradores (2017) analisaram a gestão da AF em 141 municípios do estado do Mato Grosso em 2016, e identificaram que 38.0% dos municípios não possuíam REMUME¹⁴. Sabe-se que a falta desta relação implica diretamente na qualidade dos medicamentos ofertados a população do município, ocasionando problemas na gestão¹⁴. Ainda neste sentido, um achado importante observado em nosso estudo foi que nenhum dos 28 municípios possuem critérios de inclusão e exclusão de medicamentos definidos pela REMUME. Além disso, foi observado que apenas 15 cidades (53.6%) possuem lista com a relação de medicamentos disponíveis e/ou em falta com periodicidade de divulgação diária em somente 5 delas (33.3%) para acesso à população e prescritores. Informações sobre disponibilidade de medicamentos nas farmácias e critérios de inclusão e exclusão da REMUME, estratégias para melhorar a gestão, oferecem aos prescritores envolvimento nas ações da gestão da AF, aumentando a adesão da lista de medicamentos gerando resultados positivos e a manutenção da política de seleção adequada¹⁴. Entretanto, o estudo atual observou que 23 municípios (82.1%) não apresentam avaliação pela gestão da AF se a lista de medicamentos adotados pelo município atende as demandas da população.

A CFT está formalmente constituída em 20 municípios (86.9%), contrário ao estudo de Gerlack e colaboradores (2017), onde foi observado que apenas 12.5% municípios brasileiros declararam a existência de CFT reconhecida por portaria⁵. A CFT está envolvida na prevenção do desabastecimento de medicamentos, e sua importância encontra-se em questões de seleção de medicamentos eficazes, seguros e com melhor custo-efetivos. A sua ausência mostra condições inadequadas em tomadas de decisões relacionadas à seleção, o que implica ao não acesso do medicamentos de qualidade¹³. A CFT é composta por profissionais que exercem cargos de secretário de saúde, farmacêutico, médico, dentista, enfermeiro e outros profissionais da saúde. Neste sentido, a participação dos profissionais da equipe de saúde acrescenta valor técnico ao

trabalho da CFT fazendo com que se sintam mais corresponsáveis com a relação de medicamentos selecionados¹³. Nota-se que mesmo nos municípios que não apresentam CFT, a seleção é feita pelo secretário de saúde, farmacêutico, médico, dentista e/ou enfermeiro. Além disso, os encontros da CFT contribuem para todas as áreas envolvidas, medicamentos e usuários, visto que uma das funções das comissões é a educação continuada de seus profissionais¹³. O presente estudo observou que 12 municípios realizam reuniões mensais e 11 de outra maneira.

Em relação a etapa de programação, 26 municípios (92.6%) calculam o consumo mensal dos medicamentos. Em 21 municípios (75.0%) é realizado levantamento da demanda atendida e em apenas 5 municípios (17.9%) é realizado levantamento da demanda não atendida. Há um levantamento de custo unitário de cada medicamento em 27 (96.4%) dos municípios. O estudo de Roque e colaboradores (2017) observou que todos os 141 municípios do Mato Grosso utilizavam algum parâmetro para a programação de medicamentos, sendo o consumo histórico de medicamentos e o perfil epidemiológico os parâmetros mais utilizados por possuírem uma variedade de informações que aceleravam o processo de programação, por consequência os medicamentos são solicitados na quantidade necessária para atender os usuários¹⁴.

No presente estudo, 25 municípios adotam critérios de programação, evitando erros sistemáticos. Os critérios utilizados são curva ABC, consumo histórico, sazonalidade, perfil epidemiológico e última aquisição. A programação realizada com critérios técnicos é recomendada para manter o abastecimento e o acesso ao medicamento e a falta desses critérios pode comprometer a etapa de programação¹⁵. Além disso, a AF possui um sistema informatizado conectado em todas as 28 cidades para controle de estoque. Apenas 3 municípios (10.7%) utilizam Hórus e em 25 municípios (89.3%) outros sistemas informatizados são utilizados. Um sistema informatizado para os serviços farmacêuticos facilita a gerência de todos os serviços prestados, fornece informações necessárias em tempo real, moderniza os procedimentos e agiliza o processo de tomada de decisão¹³. A implantação de um sistema informatizado para a gestão da AF é recomendada nas Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde¹⁶.

Para Marin e colaboradores (2003), a programação é o conjunto de ações que tem por objetivo determinar as necessidades de medicamentos dentro dos recursos disponíveis e garantir acesso da população em qualidade e quantidade¹⁵. Com base nos

resultados observados na tabela 3, relacionados aos registros de medicamentos programados e adquiridos, bem como a disponibilidade financeira do município, nota-se que a maioria dos municípios parecem estar comprometidos com os processos de programação. Ainda nesse sentido, a Denominação Comum Brasileira é utilizada em 27 (96.4%) municípios no processo de programação e aquisição de medicamentos, o que é de extrema importância, pois ela visa reduzir os custos dos tratamentos no SUS, assegurando qualidade, eficácia e segurança para o medicamento adquirido¹⁷.

Faleiros e colaboradores (2017) observaram um comportamento semelhante ao nosso estudo em relação as modalidades de aquisição de medicamentos. Foi realizado um levantamento de dados sobre serviços de atenção primária, através de observações direta e entrevistas com gestores e profissionais da saúde em 600 municípios do país no ano de 2015. A região Sul adotou a estratégia de consórcios em 52.2% dos municípios e a compra de medicamentos em farmácias/drogarias locais foi registrada em 58.3% dos municípios¹⁸. Ainda sobre esta forma de aquisição, 11 municípios realizam por judicialização, o que se torna um fato negativo, pois desorganizam o sistema de saúde, dado que decisões judiciais são expedidas em caráter de urgência, obrigando gestores a realizarem aquisições diretas em farmácias ou drogarias com preços desfavoráveis em relação às outras modalidades atendendo necessidades individuais lesando as coletivas¹⁸. Além disso, 24 municípios (85.7%) realizam o registro de preços, um tipo especial de licitação obrigatória na modalidade de Pregão (mais utilizada pelos municípios). É um tipo de licitação que vem demonstrando vantagens, permitindo melhor racionalização no orçamento e que não se mantenha grandes estoques. Ela atua na hora certa para Administração Pública, perante a agilidade que ele permite as aquisições¹⁹.

Quando consultado o banco de preços para orientar o processo de aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos, 22 gestores (78.6%) realizam a consulta, entretanto apenas 7 (25.0%) alimentam o banco de preços. Em relação ao valor mínimo para a aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos, os municípios destinaram mais que o mínimo em 17 (60.7%) dos municípios, o mínimo em 3 (10.7%) e não sabem em 8 (28.6%) municípios. Bruns e colaboradores (2014) apontaram que a aquisição de medicamentos com preço superior ao do fornecedor ou do banco de preços em saúde em 16.4% em municípios do estado da Paraíba, geraram resultados desfavoráveis aos municípios¹¹. Esses dados revelam a dimensão do problema da gestão nesses processos,

visto que o objetivo principal dos processos licitatórios é escolher a proposta mais vantajosa para a administração pública⁵. Nota-se que os municípios do Rio Grande do Sul analisados na atual pesquisa, necessitam aprimorar os processos de controle na aquisição, pois um dos pilares para se obter uma aquisição qualificada depende do cumprimento de aspectos financeiros (e.g., realização do orçamento, avaliação de mercado e controle do banco de preços), para que se consiga equipar de medicamentos em quantidade e qualidade com despesas dentro dos parâmetros do município, não colocando em risco sua economia.

Observou-se que 13 (46.4%) municípios possuem uma Comissão Permanente de Licitação para aquisição de medicamentos. Faleiros e colaboradores (2017) encontraram percentuais próximos aos nossos, quando observaram a existência de uma Comissão Permanente de Licitação exclusiva para a aquisição de medicamentos em 37.7% dos municípios, com destaque para a região Centro-Oeste, que alcançou o índice de 49.0%¹⁸. Por fim, observa-se que boa parte dos municípios procuram estar de acordo as normas que regulamentam o processo de aquisição de medicamentos (i.e., monitoramento do processo licitatório, lista ou cadastro de fornecedores, cronograma para compras). Não obstante do âmbito de gestão do SUS, todas as aquisições devem ser realizadas de acordo às diretrizes que regulamentam compras, licitações e contratos da Administração Pública²⁰. Através da Atenção Básica à Saúde, os recursos de Incentivo à Assistência Farmacêutica Básica são destinados à aquisição de medicamentos essenciais, contribuindo para a ampliação do acesso da população e uso correto dos medicamentos. Os recursos existentes devem ser utilizados na compra de medicamentos necessários e comprovadamente seguros e eficazes²¹. A ineficiência dos processos de aquisição desperdiça enormes somas de recursos no país¹⁷.

Algumas limitações merecem destaque. Primeiro, apenas 28 municípios fizeram parte deste estudo, não abrangendo todo o estado do Rio Grande do Sul, que possui um total de 497 municípios²². Além disso, limitamos a análise para um gestor de cada município. Assim, tivemos um número limitado de entrevistados, o que não permite uma análise mais robusta dos dados relacionados à cada município. Por fim, é importante ressaltar o caráter descritivo do presente estudo, não sendo determinada relação causal. Ainda que os resultados apresentados possam ser um bom ponto de partida para caracterização dos processos de AF, futuros estudos com um maior número de municípios, e gestores de farmácias de Atenção Básica entrevistados são necessários.

Conclusão

Na perspectiva dos 28 municípios do estado do Rio Grande do Sul analisados, observa-se uma gestão de programação estruturada, há necessidade de aprimoramento nos processos de seleção e aquisição. Os resultados parecem indicar melhorias e semelhanças quando comparado as etapas de gestão em outras regiões do país observadas em estudos recentes, mas ainda assim são necessários avanços diante as necessidades da Atenção Básica. Ainda, nota-se que o farmacêutico é o principal responsável pelas etapas de seleção, programação e aquisição. Neste sentido, investir em qualificação contínua para farmacêuticos, e também outros profissionais da saúde é uma estratégia fundamental para facilitação e sistematização dos processos de gestão. Sendo assim, a qualificação dos profissionais da saúde pode ser determinante no processo de gestão da AF, na perspectiva de obter estratégias racionais nos processos de recuperação da saúde, estruturando o serviço farmacêutico objetivando não só disponibilizar os medicamentos, mas também adquiri-los de uma maneira mais estruturada e efetiva (e.g., disponibilidade de medicamentos de acordo com a demanda da população).

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 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. 1990.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
3. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 25). Brasília (DF); 2001.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Diretrizes para

- estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília (DF); 2009.
5. Gerlack, L. F., Karnikowski, M. G. de O., Arede, C. A., et al. Management of pharmaceutical services in the Brazilian primary health care. *Revista de Saude Publica*. 2017, 51, 1s-10s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007063>
 6. Lopes Medeiros, Adriane. Assistência farmacêutica no Sistema Único de Saúde: responsabilidade compartilhada por União, Estado e Municípios (Tese de doutorado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.
 7. de Oliveira, L., Bisognin Ceretta, L., Bosse, et al. Diagnóstico e planejamento da gestão da assistência farmacêutica de um município do sul de santa catarina. *Rev. Saúde Públ. Santa Cat*. 2013, v. 6, n. 4, p. 43-54.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência Farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica - Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
 9. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2007.
 10. E. B. da Silva Júnior, L. M. N. Nunes, Avaliação da Assistência Farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE). *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*. 2012, doi:10.7322/abcs.v37i2.34.
 11. Bruns, S. de F., Luiza, V. L., & de Oliveira, E. A. Gestão da assistência farmacêutica em municípios do estado da Paraíba (PB): Olhando a aplicação de recursos públicos. *Revista de Administracao Publica*. 2014, 48(3), 745-765. <https://doi.org/10.1590/0034-76121502>
 12. Mestriner, Darlene Caprari Pires. O farmacêutico no serviço público de saúde: a experiência do Município de Ribeirão Preto (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.
 13. Nair Leite, S. et al. Gestão da Assistência Farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal: a experiência em Santa Catarina 2015. Florianópolis : Editora da UFSC, 2015.
 14. Roque, Ediney da Silva. Assistência Farmacêutica: um perfil da gestão municipal (Trabalho de Conclusão de Curso). Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2017.

15. Marin, N., Luiza, V.L., Osorio-de-Castro, C., Santos, S. et al. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.
16. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2009a.
17. Bernardi, Carmen Lucia Bystronski de et al. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Saude E Sociedade 15 (2006): 73-83.
18. Faleiros, D. R., Acurcio, F. de A., Álvares, J., do Nascimento, R. C. R. M., Costa, E. A., Guibu, I. A., Soeiro, O. M., Leite, S. N., Karnikowski, M. G. de O., Costa, K. S., & Guerra Junior, A. A. Financing of pharmaceutical services in the municipal management of the Brazilian unified health system. Revista de Saude Publica. 2017, 51, 1s-10s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007060>
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Aquisição de medicamentos para assistência farmacêutica no SUS : orientações básicas/ Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
20. Brasil. Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial Uniao. 22 jun 1993; Seção 1:8269. Publicação retificada em 6 de julho de 1994.
21. Pontes MA, Tavares NUL, Francisco PMSB, Naves JOS. Investment of financial resources for the procurement of medicines for primary care in Brazilian municipalities. Ciencia & Saude Coletiva. 2017 Aug;22(8):2453-2462. DOI: 10.1590/1413-81232017228.18282016. PMID: 28793063.
22. IBGE, Brasil/Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/historico>. Acesso em: 17 abr 2022.

Apêndices

Tabela 1. Profissionais responsáveis pela gestão das farmácias municipais

	Municípios n (%)
Farmacêutico	19 (64.3)
Coordenador da AF	6 (21.4)
Gestor de AF	1 (3.6)
Diretor de gestão	1 (3.6)
Superintendente da AF e análises clínicas	1 (3.6)
Total	28 (100.0)

AF = Assistência Farmacêutica

Tabela 2. Caracterização dos processos de seleção

	Sim n (%)	Não n (%)	Não sabe n (%)	Total n (%)
O município possui REMUME?	24 (85.7)	4 (14.3)	0 (-)	28 (100.0)
A REMUME está disponível para acesso público?	24 (100.0)	0 (-)	0 (-)	24 (100.0)
Na REMUME, estão contemplados medicamentos fitoterápicos?	19 (79.1)	5 (20.8)	0 (-)	24 (100.0)
Na REMUME, estão contemplados medicamentos homeopáticos?	9 (37.5)	15 (65.5)	0 (-)	24 (100.0)
Há lista com a relação de medicamentos em falta ou disponíveis nas farmácias?	15 (53.5)	13 (46.4)	0 (-)	28 (100.0)
Há critérios de inclusão e exclusão de medicamentos definidos para a REMUME?	0 (-)	28 (100.0)	0 (-)	28 (100.0)
Há avaliação pela gestão da AF se a lista de medicamentos adotados pelo município atende as demandas da população?	23 (82.1)	4 (14.3)	1 (3.6)	28 (100.0)
Existe CFT ou de seleção de medicamentos no município?	20 (71.4)	8 (28.6)	0 (-)	28 (100.0)
A CFT está formalmente constituída?	20 (86.9)	3 (13.0)	0 (-)	23 (100.0)
A CFT possui regimento interno?	16 (69.6)	6 (26.1)	1 (4.3)	23 (100.0)
A CFT faz registro de suas reuniões?	20 (86.9)	2 (8.7)	1 (4.3)	23 (100.0)

REMUME = Relação Municipal de Medicamentos Essenciais; AF = Assistência Farmacêutica; CFT = Comissão de Farmácia e Terapêutica

Tabela 3. Caracterização dos processos de programação

	Sim n (%)	Não n (%)	Não sabe n (%)	Total n (%)
Calcula o consumo mensal de medicamentos?	26 (92.6)	2 (7.1)	0 (-)	28 (100.0)
Realiza levantamento do consumo histórico de cada produto?	26 (92.6)	2 (7.1)	0 (-)	28 (100.0)
Realiza levantamento da demanda atendida?	21 (75.0)	7 (25.0)	0 (-)	28 (100.0)
Realiza levantamento da demanda não atendida?	5 (17.9)	23 (82.1)	0 (-)	28 (100.0)
Há levantamento de custo unitário de cada medicamento?	27 (96.4)	1 (3.6)	0 (-)	28 (100.0)
A AF utiliza critérios técnicos para a programação de medicamentos e insumos farmacêuticos?	25 (95.6)	2 (7.4)	0 (-)	27 (100.0)
A AF possui sistema informatizado conectado à(s) farmácia(s) para controle de estoque?	28 (100.0)	0 (-)	0 (-)	28 (100.0)
Utiliza a Denominação Comum Brasileira no processo de programação e aquisição de medicamentos?	27 (96.4)	0 (-)	1 (3.6)	28 (100.0)
Existe um registro de medicamentos adquiridos fora da programação?	9 (32.1)	18 (64.3)	1 (3.6)	28 (100.0)
Conhece a Portaria 2365/2012 e 01/2017 que trata sobre Kit Calamidade e seus recursos?	6 (21.4)	21 (75.0)	1 (3.6)	28 (100.0)
Existe registro da relação de medicamentos programados e efetivamente comprados?	25 (89.3)	3 (10.7)	0 (-)	28 (100.0)
Realiza levantamento da disponibilidade orçamentária e financeira do município para a aquisição dos medicamentos?	24 (85.7)	4 (14.3)	0 (-)	28 (100.0)
A AF possui um cronograma de aquisição e recebimento de medicamentos e insumos farmacêuticos?	25 (89.3)	3 (10.7)	0 (-)	28 (100.0)

AF = Assistência Farmacêutica; negrito indica que 1 dos 26 municípios referiu realizar o levantamento do consumo histórico somente de alguns produtos

Tabela 4. Caracterização dos processos de aquisição

	Sim n (%)	Não n (%)	Não sabe n (%)	Total n (%)
O município realiza aquisição via consórcio?	16 (57.1)	12 (42.9)	0 (-)	28 (100)
Realiza compras de medicamentos e insumos farmacêuticos em farmácias locais?	12 (42.9)	16 (57.1)	0 (-)	28 (100.0)
Adquire medicamentos manipulados em farmácias locais?	12 (42.9)	16 (57.1)	0 (-)	28 (100.0)
Possui critérios para aquisição de itens não contemplados na REMUME?	9 (32.4)	19 (67.9)	0 (-)	28 (100.0)
Consulta banco de preços para orientar o processo de aquisição de medicamentos e insumos farmacêuticos?	22 (78.6)	5 (17.9)	1 (3.6)	28 (100.0)
Alimenta o banco de preços?	7 (25.0)	14 (50.0)	7 (25.0)	28 (100.0)
Farmacêutico é o profissional responsável pela especificação técnica dos medicamentos e insumos farmacêuticos que serão adquiridos?	26 (92.8)	1 (3.6)	1 (3.6)	28 (100.0)
Existe Comissão Permanente de Licitação para aquisição de medicamentos?	13 (46.4)	15 (53.6)	0 (-)	28 (100.0)
A AF realiza monitorização do processo licitatório?	23 (82.1)	5 (17.9)	0 (-)	28 (100.0)
Possui lista/cadastro dos fornecedores?	21 (75.0)	6 (21.4)	1 (3.6)	28 (100.0)
Avalia se fornecedores seguem ou são impedidos de participar?	19 (67.9)	9 (32.1)	0 (-)	28 (100.0)
Possui cronograma para compras?	25 (89.3)	3 (10.7)	0 (-)	28 (100.0)
Há no momento licitação/registro de preços vigentes para a aquisição de medicamentos do componente básico?	24 (85.7)	4 (14.3)	0 (-)	28 (100.0)

REMUME = Relação Municipal de Medicamentos Essenciais; AF = Assistência Farmacêutica

Anexo

Anexo I

Parecer consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Organização da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária nos Municípios do Rio Grande do Sul: Estrutura, Processo e Resultados

Pesquisador: Isabela Heineck

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69968017.9.3002.5317

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pelotas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.664.198

Apresentação do Projeto:

A Assistência Farmacêutica (AF) é parte integrante de um conjunto de práticas voltadas para a promoção, prevenção e recuperação de saúde. A Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a de Assistência Farmacêutica (PNAF) trouxeram perspectivas relacionadas à eficácia, segurança, qualidade dos medicamentos e, também aspectos fundamentais para a efetiva implantação de ações de promoção à saúde que vão além da simples distribuição de medicamentos. A PNAF está organizada em componentes de acordo com as competências de cada ente federado no que concerne à aquisição, distribuição e dispensação dos medicamentos que constam na Relação Nacional de Medicamentos. O Componente Básico da AF atende aos agravos prevalentes e prioritários da Atenção Básica. O Componente Estratégico da AF destina-se à garantia do acesso a medicamentos contemplados em programas estratégicos de saúde do Sistema Único de Saúde. Com a descentralização da gestão da AF os municípios assumem uma parcela de ações e responsabilidades, exigindo capacitação técnica, gerencial, científica e política na área. Entretanto, as condições da assistência farmacêutica nos municípios brasileiros ainda estão bem distantes daquelas necessárias para que estes assumam suas funções de executores desta política com eficiência para gerar impacto significativo ao sistema de saúde. O objetivo geral deste projeto é descrever os aspectos da estrutura, do processo e de resultados da política e organização da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária em municípios do estado do Rio Grande do Sul. O projeto se caracteriza por um estudo transversal e descritivo para avaliar os 18 municípios sede

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.664.198

das coordenadorias regionais de saúde da Secretaria de Saúde do estado do Rio Grande do Sul e outros municípios com mais de 100mil habitantes. No total serão 29 municípios contemplando mais de 50% da população do estado. O estudo será dividido em 7 etapas. Os resultados esperados compreendem: conhecer a capacidade instalada dos municípios pesquisados; elaboração de indicadores de acompanhamento do desempenho dos municípios; pareceres técnicos para qualificar a assistência farmacêutica na atenção primária; elaboração de estratégias de educação continuada para os profissionais dos municípios; identificação de fragilidades na política de assistência farmacêutica do município e elaboração de pareceres técnicos com sugestões sobre a aplicação dos recursos da AF para contribuir com a eficiência da política pública.

Objetivo da Pesquisa:

Gerais

Descrever os aspectos da estrutura, do processo e de resultados da política e organização da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária nos municípios do estado do Rio Grande do Sul.

Específicos

- Selecionar os indicadores de avaliação de estrutura, processo e de resultados em saúde relacionados a Assistência Farmacêutica,
- Elaborar instrumentos para a coleta dos indicadores da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária,
- Descrever a gestão e política pública da Assistência Farmacêutica do Sistema Único de Saúde dos municípios do estado do Rio Grande do Sul,
- Descrever os processos de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação de medicamentos no Sistema Único de Saúde, em nível de Atenção Primária, dos municípios do estado do Rio Grande do Sul.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os autores apontam como principal benefícios a possibilidade de conhecimento dos serviço de assistência farmacêutica municipal, este mapeamento poderá ser usado para busca de qualificação e melhorias no citado sistema.

O autores apontam, igualmente, que os riscos inerentes ao projeto são mínimos, podendo gerar constrangimento durante a entrevista. Desta forma os autores se comprometem a esclarecer os objetivos da pesquisa, em garantir o anonimato e a possibilidade de o participante se retirar a qualquer momento do estudo.

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

Continuação do Parecer: 2.664.198

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo de suma importância e de impacto muito importante para o RS, pois permitirá avaliar pontos primordiais dos serviços de assistências farmacêuticas das principais cidades gaúchas. Estes dados, além da sua importância científica, serão igualmente importantes para, talvez, girar novas políticas públicas em saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os autores tiveram o cuidado de formular um TCLE para cada público, com características diferentes, que participará do estudo. Isto permitirá enriquecer as pessoas de informações levando em conta seu papel dentro do estudo e suas características interesse e compreensão dos diversos objetivos e ações previstas.

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	cartaCEPUFPEL.pdf	20/05/2018 19:28:06	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	cartaCEPUFPEL.pdf	20/05/2018 19:28:06	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	SMS_Pelotas.pdf	20/05/2018 19:25:57	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	SMS_Pelotas.pdf	20/05/2018 19:25:57	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	FAPERGS_PPSUS_AVALIACAO_AF_V ersao_final.pdf	20/11/2017 11:46:30	Isabela Heineck	Aceito
Outros	Termo_Utilizacao_Dados.pdf	20/11/2017 11:18:52	Isabela Heineck	Aceito
Outros	Carta_revisor.pdf	20/11/2017 10:57:33	Isabela Heineck	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_responsavel_disp.pdf	20/11/2017 10:51:42	Isabela Heineck	Aceito

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 2.664.198

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_responsavel_armaz.pdf	20/11/2017 10:51:04	Isabela Heineck	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_responsavel_AF.pdf	20/11/2017 10:03:08	Isabela Heineck	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PELOTAS, 20 de Maio de 2018

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

Anexo II

Brazilian Journal of Hospital Pharmacy and Health Services – Submissions

[Home](#) / [Submissions](#)

Submissions

[Login](#) or [Register](#) to make a submission.

Submission Preparation Checklist

As part of the submission process, authors are required to check off their submission's compliance with all of the following items, and submissions may be returned to authors that do not adhere to these guidelines.

✓	All authors have authorized the publication of this article and agree to assign the copyright to the journal.
✓	All authors are registered as "author" on the journal's website and were included in the submission.
✓	The text follows the style standards and bibliographic requirements described in Guidelines for Authors , on the About the Journal page.
✓	The text is in 1.5 space with 12 points to mark the transition of paragraphs. Tables and figures have 1.0 point space. Uses letter 12 points for text and 10 points for tables and figures. The bold are used only for titles (only the first letter in uppercase), uses italics only for scientific names in Latin and the uppercase words are used only for acronyms and abbreviations.
✓	Title page as the first page of the paper.
✓	If required, submit the approval of the Human Research Ethics Committee.
✓	doi for referrals were informed when possible.

Author Guidelines

1. Scope and ethics in publishing

RBFHSS publishes articles on issues related to hospital pharmacy and other health services. Among these are the management and evaluation of services in the pharmaceutical care assistance, clinical pharmacy and pharmaceutical care, home care, waste management, risk management and patient safety, pharmacotherapy, clinical pharmacogenetics, use of integrative and complementary practices in health services, health technology assessment, innovation in health care, hospital pharmaco-technics, applied legislation, drug stability and compatibility studies, quality control, pharmaco-economics, pharmaco-epidemiology, pharmacovigilance and techno-security. **RBFHSS does not charge any submission or publication fee or article processing charges.**

The studies must follow all the national and international standards for research with human beings or animals and report their approval numbers to the ethics committee, if applicable. In these cases, when approved, attach a copy of the research's approval by the Ethics Committee for Research with Human Beings or by the Ethics Committee on the Use of Animals.

Controlled clinical trials should present documentation regarding the research's registration in a clinical trial database, considering the orientation of the International Clinical Trial Registry Platform (ICTRP) of the World Health Organization (WHO), and of the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) and Systematic Reviews, PROSPERO.

The authors are responsible for the opinions expressed, which do not necessarily reflect the RBFHSS. The mention of certain companies or commercial products does not imply that they are to be approved or recommended rather than others of a similar nature. The authors should declare potential and actual conflicts of interest regarding the article, when they exist.

RBFHSS follows the Code of Conduct for Journal Editors of the Committee on Ethics in Publishing (COPE) to prevent plagiarism, citation manipulation, and data fabrication. All manuscripts submitted to RBFHSS are assessed by plagiarism detection program — Similarity Check.

2. Types of articles published

Considering the strength of evidence from publications and the national and international policies of journals evaluation, "Original" articles have a high priority for publication in the RBFHSS. Our publication priority is the lower for articles such as "Expert Opinion", "Perspectives" and "Reviews" that are not "Systematic reviews" with or without meta-analysis.

Editorials: concerning a topic of interest or the articles published in the journal; they reflect the author's opinion, an expert in the field, who may be an editorial team member or an independent author invited by the editor, see Table 1.

Original papers: original research reports on topics of interest in the field. Papers presented at meetings and conferences are not necessarily qualified as scientific papers, see Table 1. Original papers should follow the international recommendations for writing and standardization, especially in the Methods section, as recommended by the international guidelines, such as the *STROBE Statement (Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology)*, *CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials)* and the *CHEERS Statement (Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards)*. More details can be found on the Equator Network about which quality instrument is suitable for your type of study (<http://www.equator-network.org/>).

Case reports, experience reports, and evaluation of health services: The communication of cases or of **rare or unusual** outcomes, with **pioneering treatments**, is relevant, see Table 1. They must be approved by the Research Ethics Committee as well as have the patient's consent, if applicable. Case studies and evaluations of programs or services may also be submitted for peer review if they involve innovation. Articles related to experience reports, however, besides presenting description and analysis of innovative practices in pharmaceutical assistance, care or education, should only be submitted for evaluation upon invitation of the RBFHSS editorial board.

Narrative and integrative reviews: these types of reviews will only be accepted for peer review if the authors are invited by the editorial board, see Table 1. Alternatively, you may consult the Editor-in-Chief for publication interest (rbfhss@sbrafh.org.br). In this case, include a list of publications indexed on PubMed that demonstrate the authors' experience with the topic.

Other types of review: Systematic reviews with or without meta-analysis should follow the recommendations of the PRISMA Statement (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) and will be considered as original articles, see Table 1.

Perspective Articles: original contributions, which always occur by invitation of the editors, on themes, techniques, and methods relevant and of interest in the national or international panorama for the field of pharmaceutical assistance, see Table 1.

Book reviews: this section offers brief summaries of recently published books on various aspects of hospital pharmacy and health services, see Table 1. Each book review should describe the content, objectively, when addressing the following essential points as well as the work's contribution to teaching and research in the field. The relevance, type of information found, gender, style of narrative, ease of reading, illustrations and general format must be pointed out. If possible, compare the work with others published in the same area. The author's background and the type of reader to whom the book is directed should also be briefly described.

Letters to the Editor: letters on hospital pharmacy or health services topics to clarify, discuss or comment constructively on articles published in RBFHSS, see Table 1. The letters must be signed by the author and specify their professional affiliation and address.

The details of formatting, title, authorship, abstract, body text, references, tables, and figures of each type of publication can be found in Table 1.

Table 1. Recommendations for writing and submitting manuscripts to RBFHSS.

Type of publication/ Aspects	Editorial	Original article	Case reports, experience reports, and evaluation of health services	Narrative and integrative review	Perspective papers	Book reviews
Authorship	No limit of authors or collective authorship (specify the names of the authors)	No limit of authors or collective authorship (specify the names of the authors)	Up to 3, except special situations (indicated by the editors)	No limit of authors or collective authorship (specify the names of the authors)	Up to 3, except special situations (indicated by the editors)	One
Title	100	150	100	100	80	80
(Characters, including space)						
Abstract (in Portuguese) and Abstract (in English)	None	Structured in plain text with no recoil, containing: objectives, methods, results, and conclusions; between 250 and 350 words.	With no previous structure and up to 250 words.	With no previous structure and up to 150 words.	With no previous structure and up to 100 words.	None
Text body	Around 1,500 words.	Up to 4,000 words without the	Up to 1500 words	Up to 4000 words without	1500	Up to

		references and the abstract.	without the references and the abstract.	the references and the abstract. The narrative reviews do not need a defined structure, but they do need to be written in a logical sequence of information or ideas.		1, w re
		It must have introduction, methods, results, discussion, conclusion and references. Aggregated topics will not be accepted				
Maximum of references	10	No limit	15	No limit	10	10
Maximum of tables and figures*	Does not apply	5	5	5	4	3

* Supplementary material: Large tables or tables exceeding the limit may be published as supplementary material.

We emphasize that SBRAFH pays for the free translation of up to 3500 words in the body of the text and the proofreading of up to 300 words in the Abstract section. The Title, the Abstract and the Supplementary material must come in Portuguese and in English. The authors are responsible for the review and quality of the translated text.

3. General criteria for acceptance of the article

The selection of manuscripts for publication is based, above all, on the suitability of the subject for the journal; its scientific rigor, originality, contribution to the advancement of knowledge, and current information. The journal may refuse to publish any manuscript whose authors are unable to answer editorial questions satisfactorily or within the stipulated deadline.

Articles that have been previously published, in print or electronically (e.g., on the Internet), in the same or similar format, should not be submitted and will not be accepted for publication. Any instance of prior publication must be disclosed when the article is submitted, and the authors must provide a copy of the published document.

Manuscripts that do not comply with the submission rules will not be accepted. We recommend that, to make sure they are following the standard RBFHSS format, the authors review all these criteria (checklist available on the website), as well as review one or two articles published in this journal, before submitting their articles for evaluation.

4. Instructions for article submission

Submission occurs via a platform (www.rbfhss.org.br) in a single file with the .docx or other compatible extension containing all the parts indicated below:

FIRST PAGE

Cover sheet or Title page: it comes with this sequence

Title in English: only the first letter of the title and first names should be capitalized and without an endpoint

Title in Portuguese: only the first letter of the title and first names should be capitalized and without an endpoint

Authorship:

a) Full names (**ONE** name, **ONE** middle name and **ONE** surname)

b) Short names [Name **ONE LETTER** for the middle name **ONE LETTER** for the first name (no space between them)], institution (one affiliation and state) and e-mail

Follow *International standards for authors' names and abbreviations*. Example: **Maria José Caetano Flores Silva** will be abbreviated as **Silva MJ, or Flores-Silva MJ or Silva MC, or another possible option (ONE surname, ONE middle name and ONE name)**.

c) Inform the author ORCID database registration (<https://orcid.org/>)

Corresponding author: short name and e-mail

Wordcount (except for figures, tables and references):

Abstract wordcount (Portuguese):

Abstract wordcount (English):

Number of tables:

Number of figures:

SECOND PAGE

Title in English: only the first letter of the title and first names should be capitalized. It is recommended that the title be brief and include only the essential data. Ambiguous words, jargon, and abbreviations should be avoided. A good title makes it easy to understand what the manuscript is about and helps to accurately catalog and classify it.

Abstract: see Table 1 to verify structure and limits.

Keywords: 3 to 6 descriptors that will help in the indexation of the articles (lowercase letters, separated by commas and with a period). See the MESH - Medical Subject Headings: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>.

THIRD PAGE

Title in Portuguese (second): only the first letter of the title and first names should be capitalized. It is recommended that the title be brief and include only the essential data. Ambiguous words, jargon, and abbreviations should be avoided. A good title makes it easy to understand what the manuscript is about and helps to accurately catalog and classify it.

Abstract (in Portuguese): see Table 1 to verify structure and limits.

Keywords (in Portuguese): 3 to 6 descriptors that will help in the indexation of the articles (lowercase letters, separated by commas and with a period). See <http://decs.bvs.br/>.

FOURTH PAGE ONWARDS

Introduction: if applicable, see Table 1.

Methods: if applicable, see Table 1.

Results: if applicable, see Table 1.

Discussion: if applicable, see Table 1.

Conclusion: if applicable, see Table 1.

Funding sources

Any source of funding or support, both institutional and private, for the studies should be declared. Suppliers of materials and equipment, for free or with discounts, should also be described as financing sources, including the origin (city, state, and country). Provide the approval number and the favored person. In the case of studies carried out without institutional or private financial resources, the authors must declare that the research did not receive funding for its completion.

Collaborators (if more than one author)

At the end of the text, the collaboration of the authors (indicating only their name's initials) in the development of the study and the elaboration of the article should be described, considering the following aspects as criteria of substantial contribution for authors: 1. Project conception or analysis and interpretation of data; 2. Article writing or critical review relevant to the intellectual content. These conditions must be fully met. All the authors must approve the final version to be published and be responsible for all information in the paper, ensuring the accuracy and integrity of any part of it.

Acknowledgments (if any)

Possible mentions in the acknowledgments include institutions that somehow made the research possible or people who collaborated with the study but did not meet the co-authorship criteria.

Conflict of interests statement

The authors should disclose any potential conflict of interest, including political or financial interests associated with patents or ownership, provision of materials or inputs and equipment used in the study by the manufacturers. If there is no conflict of interest, inform the following in the article: "The authors declare that there are no conflicts of interest regarding this article."

References

It is suggested to include the references that are strictly relevant to the problem addressed and to avoid the inclusion of too many references in the same citation. The accuracy of the references is the authors' responsibility. In order to avoid duplicate publications, special emphasis in the search of articles in Hospital Pharmacy journals is recommended. Number the references consecutively according to the order in which they are first mentioned in the text (*The NLM Style Guide for Authors, Editors, and Publishers* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7256/>). Identify them in the text with Arabic-superscripted

numerals, without space, after the last word of sentence (before the full stop and without space of it). Do not mentioning the authors and years between parentheses after the period. When it comes to sequential citation, separate the numbers by a dash (Example: 1-7); when non-sequential, use commas without space (Example: 1,5,7). Only the first three authors should be listed and the others indicated by the term "*et al*". The format of the references, using abbreviations according to the Medicus Index, is the following:

Journals: Last name(s), followed by the initials for the first three *et al* authors. The authors should be separated by a comma. Title of the article. Abbreviated name of the journal. Year;Volume(Issue or number): Number of pages or e-location.

- Example of a printed journal: Silva LC, Paludetti LA, Cirilo O. Erro de Medicamentos em Hospitais da Grande São Paulo. Rev Bras Farm Hosp Serv Saude. 2003;1(1):303-309.
- Example of an online journal: Resende KA, Cardoso BM, Queiroz NS, *et al*. Dear author: is your intervention's description in clinical pharmacy research clear enough? Rev Bras Farm Hosp Serv Saude. 2020;11(4):0538. DOI: 10.30968/rbfhss.2020.114.0538.

Internet: Author of the page. Title of the page. Available in: full URL address. Accessed on: date.

Example: Washington, D.C. Reproducibility and Replicability in Science. Nat Acad Press; 2019. Available in: <http://nap.edu/25303>. Accessed on: 1st Nov 2020.

Books: Last name(s), initials of the first three *et al* authors. Book title, edition. City: publisher; year.

Book Chapter: Last name(s), initials of the first three *et al* authors. Name of the chapter. "In": Name of the Editor (ed). Book title, edition. City: publisher, year: pages.

Abstracts published in journal annals: Last name(s), followed by the initials for the first three *et al* authors. The authors should be separated by a comma. Title of the abstract. Abbreviated name of the journal. Year;Volume(Issue or number): Number of pages or e-location.

Abstracts published in other media: Last name(s), followed by the initials for the first three *et al* authors. The authors should be separated by a comma. Title of the abstract. Title and subtitle (if any) of the event. City, month (optional) year. (Optional) page number.

Dissertation, Thesis, and Course Completion Work: Author. Title [Type of document]. Unit where it was defended, City, year.

ADDITIONAL INSTRUCTIONS

Tables and figures: they must be inserted after the references, one per page, numbered consecutively with Arabic numerals, in the order in which they were cited in the text and no horizontal or vertical inside lines shall be used. The titles and footnotes of the tables must not be inserted as lines in them. There are no "charts", they are presented as Figures. When accepted for publication, the submission of an editable version of the article will be requested, in the .docx, .xls; .pptx or similar extensions, of tables and figures to proceed with the translation.

- **Tables:** title as text (not as table line) at the top with only Table and its number in bold, place on the first line an upper border that is thicker than the lower border and on the last line a lower border of the same thickness as the lower border of the first line. Do not introduce lines in the body of the table. Each line of information must appear as a table line. Never use "enter" to generate new lines. The body of the tables must have simple spacing without indentations, font size 10, centralized and left alignment.
- **Figures** (they include the designs, graphics, and photos, among others), title as text (not as table line) after it with just Figure your number in bold. They will be accepted as long as they do not repeat data contained in tables. They must be designed, elaborated or photographed. Figures adapted from other works must have authorization from the original author of the publication. In case photos are used, the subjects cannot be identified. Otherwise, the authors shall attach the permission upon submission, for scientific dissemination purposes. They must be clear enough to allow them to be reproduced in 7.2 cm (width of the text column) or 15 cm (width of the page). For illustrations extracted from previously published papers, the authors must attach a written permission to reproduce them. In the keys to the figures, the symbols, arrows, numbers, letters and other signs shall be identified and their meaning clarified. After acceptance of the article, the files of graphics and figures originated, as well as their databases, must be attached in order to allow for their translation into English and accurate diagramming.
- **Footnotes to tables and figures:** must be indicated by superscript numbers in the body of the same (do not use symbols or asterisks for this purpose) and below them with simple spacing and font size 10.

Abbreviations: Use only standardized and internationally accepted abbreviations, also indicating them unabbreviated in their first mention. In the Tables, non-standardized abbreviations can be used and they must be explained in main text and in Tables or Figures footnotes.

Participants' testimonials: The participants' testimonials should be presented in between quotation marks in the text. Example: "society is increasingly violent" (subject 1).

Explanatory notes: they must be put only as a footer for tables and charts. See how to indicate them in Tables and Figures.

Financial values: The official language of this journal is English. If there are financial values to be expressed, convert them to dollars or euros (in both versions: Portuguese and English). Additionally, If there is a comparison of values at different times, update the values converting them to US dollars and using purchasing power parity (OECD, 2020) and the American Consumer Price Index (US Bureau of Labor Statistics, 2020). Indicate these updates in the Methods section.

Organisation for Economic Co-operation and Development. National Accounts. PPPs and exchange rates. Avaluable at <<http://stats.oecd.org/>>.

U.S. Bureau of Labor Statistics. CPI Inflation Calculator. Avaluable at: <<https://data.bls.gov/cgi-bin/cpicalc.pl>>.

Doubts: rbfhss@sbrafh.org.br

Copyright Notice

The authors hereby transfer, assign, or otherwise convey to RBFHSS: (1) the right to grant permission to republish or reprint the stated material, in whole or in part, without a fee; (2) the right to print republish copies for free distribution or sale; and (3) the right to republish the stated material in any format (electronic or printed). In addition, the undersigned affirms that the article described above has not previously been published, in whole or part, is not subject to copyright or other rights except by the author(s), and has not been submitted for publication elsewhere, except as communicated in writing to RBFHSS with this document.

Authors retain copyright and grant the journal right of first publication with the work simultaneously licensed under a [Creative Commons Attribution License](#) (CC-BY-NC-ND) that allows others to share the work with an acknowledgement of the work's authorship and initial publication in this journal.

Self-archiving policy

This journal permits and encourages authors to post and **archive the final pdf** of the articles submitted to the journal on personal websites or institutional repositories after publication, while providing bibliographic details that credit its publication in this journal.

Privacy Statement

The names and addresses informed in this journal will be used exclusively for the services provided by this publication and are not available for other purposes or to third parties.

[Make a Submission](#)

Language

[Português \(Brasil\)](#)

[English](#)

Information

[For Readers](#)

[For Authors](#)

[For Librarians](#)

Articles are licensed under a [Creative Commons License Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License](#).

Street Vergueiro, 1855 - 11th floor - Vila Mariana - CEP 04101-000 - São Paulo/SP (Brazil)

@2021 - SBRAFH - Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde.

pISSN: 2179-5924 eISSN: 2316-7750

Platform &
workflow by
OJS / PKP