

ELTON DA SILVA CHAVES

**ANÁLISE DE EIXOS ESTRATÉGICOS DA POLITICA NACIONAL DE
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM REGIÕES DE SAÚDE NO SUS**

Brasília – DF

Julho – 2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ELTON DA SILVA CHAVES

**ANÁLISE DE EIXOS ESTRATÉGICOS DA POLÍTICA NACIONAL DE
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM REGIÕES DE SAÚDE NO SUS.**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Noemia Urruth Leão Tavares

Brasília – DF

Julho – 2019

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

ELTON DA SILVA CHAVES

**ANÁLISE DE EIXOS ESTRATÉGICOS DA POLITICA NACIONAL DE
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM REGIÕES DE SAÚDE NO SUS.**

Aprovada em: 29/07/2019

BANCA EXAMINADORA NA QUALIFICAÇÃO

Profa. Dra. Noemia Urruth Leão Tavares [Presidente]
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Vera Lucia Luiza [Membro Externo]
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP

Prof. Dr. Orenzio Soler [Membro Externo]
Universidade Federal do Pará – UFPA

Profa. Dra. Magda dos Anjos Scherer [Membro Interno]
Universidade de Brasília – UnB

Prof. Dr. Everton Nunes da Silva [Suplente]
Universidade de Brasília – UnB

Dedico este trabalho à minha família, em especial a minha esposa Pricila Serrão Fortuna Chaves e aos meus filhos Ton Fortuna Chaves e Eva Fortuna Chaves, convivendo seus primeiros anos em paralelo com o curso de doutorado. Sem a compreensão deles e a participação ativa como mãe e seus incentivos aliados ao carinho de filho, eu não teria conseguido finalizar e honrar os compromissos exigidos.

AGRADECIMENTOS

À Deus que é minha Fortaleza e meu Sustento.

À minha família que sempre me incentivou a estudar e vencer qualquer cansaço e adversidade para finalizar o curso de doutorado, em especial: meus pais Eni Naura Teixeira da Silva e Edilson Amora Chaves, minha esposa Pricila Serrão Fortuna Chaves, meu filho Ton Fortuna Chaves, e a pequena Eva Fortuna Chaves que chega em breve, mas já trouxe mais amor na família.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, pela oportunidade de realização do curso de doutoramento, e aos professores, pela oportunidade de aprendizado.

A minha orientadora Professora Noêmia Tavares, que me acolheu e foi determinante durante os 5 anos de parceria, amizade, apoio e conhecimentos compartilhados.

Aos professores Maria Fatima Sousa e Ana Valeria Mendonça pela motivação.

Aos parceiros de curso que me proporcionaram além de conhecimentos, muitos momentos agradáveis na convivência.

Ao Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), para além de local de trabalho, uma fonte de inspiração na construção e defesa do SUS.

À Secretaria Executiva do Conasems, em nome do nosso *mestre* José Ênio Servilha Duarte, que sempre será nossa referência de sabedoria e humanidade, deixo os meus agradecimentos pelo convívio e apoio diário a todos e todas sem exceção.

Aos parceiros da Assessoria Técnica do Conasems que não permitiram prejuízos com meus afastamentos, mas por compartilharem comigo seus conhecimentos, o meu respeito e agradecimento pelo apoio dispensado em nome do meu coordenador Nilo Bretas, o primeiro incentivador para o meu doutoramento.

A amiga Karen Sarmiento Costa, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa no QualiSUS-Rede, a qual cedeu a base de dados para a realização deste trabalho.

Aos professores Profa. Dra. Vera Lucia Luiza, Prof. Dr. Orenzio Soler, Profa. Dra. Magda dos Anjos Scherer e Prof. Dr. Everton Nunes da Silva, por terem aceitado em participar e colaborar no processo de qualificação e defesa deste produto, o meu agradecimento e honra de receber suas valiosas contribuições.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente colaboraram para a realização deste estudo.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Matriz das variáveis de interesse do estudo	58
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo das políticas de saúde no Brasil e o SUS	27
Figura 2 - Linha do tempo das políticas farmacêuticas no contexto do SUS	38
Figura 3 - Modelo teórico do acesso a medicamentos	44
Figura 4 - Modelo lógico-conceitual da assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde	47

Artigo 2

Figura 1 - Distribuição percentual dos municípios por região do país (n=417).	92
Figura 2 - Distribuição percentual dos municípios por porte populacional (n=417).	92

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Table 1 - Characterization of medicines selection in municipalities of the health regions (n = 417).	74
Table 2 - Criteria used for the creation of the standardized list of medicines in municipalities of the health regions (n = 417).	74
Table 3 - Distribution of the main groups of medicines acquired according to the ATC* classification in municipalities of the Health Regions (n = 10,611).	75
Table 4 - Characterization of the acquisition of medicines in the Health Regions regarding the number of medicines and the compatibility of the list according to the number of municipalities and population of the region.	76

Artigo 2

Tabela 1 – Caracterização da pactuação da política de assistência farmacêutica em municípios das regiões de saúde.	93
Tabela 2 – Caracterização da destinação e utilização dos recursos da política de assistência farmacêutica em municípios das regiões de saúde.	94
Tabela 3 – Vantagens para o município em relação à Assistência Farmacêutica com a participação no consórcio em municípios das regiões de saúde (n=417).	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF Assistência Farmacêutica

APS Atenção Primária em Saúde

ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ATC Anatomical Therapeutic Chemical [ATC] classification system

ATFP Aqui Tem Farmácia Popular

BIRD Banco Mundial

CAF Centrais de Abastecimento Farmacêutico

CBAF Componente Básico da Assistência Farmacêutica

CEME Central de Medicamentos

CFT - Comissão de Farmácia e Terapêutica

CIB Comissão Intergestores Bipartite

CIM Centro de Informações sobre Medicamentos

CIR Comissão Intergestores Regional

CIT Comissão Intergestores Tripartite

CNS Conselho Nacional de Saúde

COAP Contrato Organizativo de Ação Pública

CONEP Comitê Nacional de Ética em Pesquisa

CONITEC Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS

COSEMS Conselho estadual de Secretarias Municipais de Saúde

EC Emenda Constitucional

FTN Formulário Terapêutico Nacional

FPRP Farmácia Popular Rede Própria

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LOA Lei Orçamentária Anual

MS Ministério da Saúde
NASF Núcleo de Apoio a Saúde da família
NATS Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde
NAT JUS Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário
NOAS Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS Organização Mundial da Saúde
OPAS Organização Pan-Americana de Saúde
PCDT Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica
PFPPB Programa Farmácia Popular do Brasil
PIB Produto Interno Bruto
PMAQ Programa Nacional de Acesso e Qualidade
PMS Plano Municipal de Saúde
PNAB Política Nacional de Atenção Básica
PNAF Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM Política Nacional de Medicamentos
PNS Política nacional de saúde
PRI Planejamento Regional Integrado
RAS Rede de Atenção à Saúde
RRAS Redes Regionalizadas de Atenção a Saúde
RENAME Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
REBRACIM Rede Brasileira de Centros e Serviços de Informação sobre Medicamentos
REBRATS Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologias em Saúde
REMUME Relação Municipal de Medicamentos Essenciais
RESME Relação Estadual de Medicamentos Essenciais
SNTP Saúde Não tem Preço
SUS Sistema Único de Saúde
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
URM Uso Racional de Medicamentos

Observação:

Pacto pela Saúde: Conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão; ou seja, união, estados e municípios.

QualiSUS-Rede: Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Atenção à Saúde.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1 Política de saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde	22
2.2 Rede de atenção à saúde e regionalização	27
2.3 A Assistência Farmacêutica no SUS	37
2.4 Assistência farmacêutica: uma política social	38
2.5 O acesso aos medicamentos	43
2.6 Modelo lógico-conceitual de assistência farmacêutica	46
2.7 Financiamento da assistência farmacêutica	48
2.8 Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde	50
3 OBJETIVOS	55
3.1 Objetivo geral	55
3.2 Objetivos específicos	55
4 MÉTODO	56
4.1 Período e Cenário do estudo	56
4.2 Coleta de dados	56
4.2.1 Instrumentos e técnicas	56
4.3 Análise e interpretação dos dados	57
4.4 Aspectos éticos	59
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.1 Artigo 1 - Seleção de medicamentos no SUS: uma análise em regiões de saúde do Brasil	60
5.2 Artigo 2 - Pactuação Interfederativa da Assistência Farmacêutica em Regiões de Saúde no SUS	77
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
7 REFERÊNCIAS	99
ANEXO 1 - Aprovação no Comitê de Ética	108
ANEXO 2 - Instrumento de Coleta de Dados	109

APRESENTAÇÃO

O meu primeiro contato com a Saúde Pública, sendo também o meu primeiro emprego, deu-se há 19 anos ao ingressar na Prefeitura Municipal de Belém, Pará, no ano de 2000, para trabalhar na Secretaria Municipal de Saúde de Belém (SESMA) como farmacêutico do Polo de Atenção à Saúde do Idoso. Como a realidade farmacêutica impõe determinação, em paralelo também exerci atividades em uma rede de farmácias no setor privado em Belém.

Naquela época tive a oportunidade de conviver com o contraste da organização e estruturação de serviços farmacêuticos no setor público e privado, e me encantei com o contato direto com as pessoas, famílias e comunidades. Ali sacramentei “minha paixão” e minha “missão” em atuar e defender o Sistema Único de Saúde (SUS).

Não demorou para interromper minhas atividades na rede privada, e optar por atuar apenas no SUS. Assim, sendo em 2001 assumi a Gerência do Polo do idoso Aldeia Cabana, ampliando sua estrutura em 2002 ao receber a descentralização de um dos estabelecimentos do INAMPS, o PAM da Almirante Barroso, oportunizando o atendimento de mais de 9000 idosos no agora Centro de Atenção à Saúde (CASA) do Idoso, tornando-se referência para atenção secundária aos idosos na capital, onde lá exerci a função de Gerente até o fim de 2004.

Na Casa do Idoso, além de gerenciar o estabelecimento, participar da microgestão do cuidado junto as equipes tanto na Atenção Básica, quanto especialidades médicas (Ginecologia, Dermatologia, Urologia, Fisiatria, Geriatria), pude estruturar e experimentar, da atuação clínica dos serviços farmacêuticos, exatamente no período em que cursava a especialização em Atenção Farmacêutica, concluída em 2005.

No ano de 2005 fui convidado para a gestão municipal de saúde em Moju, Pará, um município de um pouco mais de 60 mil habitantes. Ali vivenciei em “modo relâmpago” as disputas políticas, a transição de cargos no âmbito da gestão da AB e Hospitalar, as distintas realidades entre a capital e o interior, as mais variadas demandas e necessidades em saúde com população urbana e rural, as angústias do subfinanciamento do SUS, e a imensa fragilidade na estrutura, na gestão e na força de trabalho presente no município. Lá atuei até o fim de 2006 quando fui aprovado no Mestrado em Ciências Farmacêuticas na Universidade Federal do Ceará (UFC).

Após solicitar meu desligamento da Secretaria Municipal de saúde de Moju, Pará, onde havia trabalhado entre 2005 a 2007, mudei-me para Fortaleza, Ceará, onde

curvei o Mestrado Acadêmico em Ciências Farmacêuticas. Defendi minha dissertação de mestrado com o título “Gastos com medicamentos distribuídos em atenção primária a saúde em Fortaleza, Ceará e cofatores influentes no ano de 2007”. O *locus* da minha pesquisa abriu as portas para o convite para trabalhar na Célula de Assistência Farmacêutica (CELAF) e coordenar a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza, onde atuei até julho ano de 2012. Em paralelo, após concluir o mestrado em 2009, pude exercer a docência em cursos na Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), e universidades e faculdades do setor privado até julho de 2012.

Nota-se que minha trajetória profissional e experiência vivida até aí coincidiu com a evolução dos principais marcos normativos na Assistência Farmacêutica (AF) no SUS. Recordo que em 2000 estava recente a reorientação da AF com a publicação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998 e, a ANVISA, tinha sido recém-criada em 1999. A conferência nacional de medicamentos que culminou com a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e seus eixos estratégicos (objeto desta tese) vieram no ano de 2004 propondo transformações para AF no SUS. Em adição, neste período a gestão do SUS também avançava com atos normativos importantes; tais como, o Pacto pela Saúde em 2006, a Lei nº 12401, a Lei nº 12466, e o Decreto nº 7508 em 2011 apontavam para uma nova regulamentação do SUS com aprimoramentos importantes para a gestão.

Em agosto de 2012 fui convidado a trabalhar no Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), tendo como atribuição coordenar o Núcleo de Ciência e Tecnologia e Assistência Farmacêutica, compondo o quadro da assessoria técnica na Secretaria Executiva do Conselho. Me senti “coroadado” pela minha trajetória municipal, principalmente na gestão da AF no SUS.

Já no Conasems, a minha primeira inquietação foi a de como melhor apoiar a gestão municipal de saúde e subsidiar os dirigentes do Conasems na formulação e monitoramento da execução das Políticas Farmacêuticas no Brasil. As agendas da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), congressos de Cosems e os fóruns locais me alertaram para uma realidade que precisava ser estudada.

Em 2014 ingressei no Programa de Doutorado em Saúde Coletiva da UNB, e lá construímos o objeto desta Tese, tendo como propósito de analisar 3 dos 13 eixos estratégicos da PNAF, visando compreender melhor a execução desta política. Utilizamos os dados provenientes da pesquisa “Assistência Farmacêutica nas Redes de

Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do QualiSUS-Rede”. Optamos aqui pela elaboração de dois artigos científicos. O primeiro artigo “Seleção de Medicamentos no SUS: uma análise em regiões de saúde do Brasil”, o qual se baseia no Eixo IV da PNAF: Utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica. O segundo artigo “Pactuação Interfederativa da Assistência Farmacêutica em Regiões de Saúde no SUS”, o qual trabalha o Eixo II da PNAF: Manutenção de Serviços de Assistência Farmacêutica na Rede Pública de Saúde, aplicados aos diferentes níveis de atenção e, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS e o Eixo III da PNAF: Descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados.

1 INTRODUÇÃO

O Brasil vem experimentando, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 com seu conjunto de medidas de reordenamento institucional, mudanças importantes no seu sistema público de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A mesma constituição também assegurou a saúde e o acesso a medicamentos como direito (BRASIL 1990, BRASIL 2002, BRASIL 2003, COSTA et al 2017). Neste contexto, princípios doutrinários vêm norteando a política de saúde do país, tais como universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade.

Importante destacar que no ano de 2019, a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8080/1990), ou seja o SUS, faz 29 anos (BRASIL, 1990), a Política Nacional de Medicamentos faz 21 anos (Portaria GM/MS nº 3916/1998) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) (Resolução CNS nº 338/2004) faz 15 anos (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004).

A ampliação do acesso da população ao sistema de saúde público exigiu, ao longo dos últimos anos, mudanças na organização da Assistência Farmacêutica (AF) dentro do SUS, de maneira a aumentar a cobertura da distribuição gratuita de medicamentos e, ao mesmo tempo, minimizar custos. Além disso, foi necessária a construção de um arcabouço legal para sustentar o processo de descentralização da gestão das ações da AF e, assim, garantir o acesso da população a medicamentos considerados essenciais (eficazes, seguros, custo-efetivos e que satisfazem as necessidades prioritárias de cuidados de saúde da população) (COSTA et al 2017; SOUZA et al 2017; GERLACK et al 2017; BERMUDEZ et al 2018).

Desde Alma Ata em 1978, tem-se reafirmado a importância da aplicação do conceito de medicamentos essenciais no âmbito das políticas de extensão da cobertura de saúde e uso racional de recursos. Entretanto, apesar dos esforços e das recomendações e discussões feitas pelos países junto a Organização Mundial da Saúde (OMS), o acesso da população a medicamentos continua sendo um dos desafios sociais mais importantes, envolvendo não somente assegurar a disponibilidade de medicamentos, mas também garantir que eles sejam utilizados de forma racional e, a um custo acessível e suportável pelos governos (FEFER et al, 1995; TOBAR, 2007; MEDINA, 2010; TOBAR et al, 2012; GOMEZ, 2016).

A Organização das Nações Unidas (ONU) aponta as políticas de medicamentos essenciais como cruciais para promover a saúde e alcançar o desenvolvimento

sustentável, incluindo a importância do acesso seguro, eficaz, medicamentos essenciais e de qualidade e vacinas para todos, e a necessidade de desenvolver medicamentos para lidar com lacunas de tratamento, como componentes centrais na cobertura universal de saúde e como um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (UNITED NATIONS 2015).

Em todos os continentes, diversos países têm adotado as políticas de medicamentos essenciais conforme os objetivos preconizados pela OMS, ONU e etc. Nas políticas nacionais de medicamentos de países da América Latina e do Caribe, como Brasil (1998), Bolívia (1996 e 2005), Colômbia (2003), Chile (2004), República Dominicana (2005) e no México (2005); Na Oceania como Papua-Nova Guiné (2003), Na África como África do Sul (1995), Na Ásia, como Índia e Palestina (2000) a China (2009), os registros públicos de implementação de políticas associam uma melhor qualidade de produtos e sua utilização, no entanto, todos esses países continuam experimentando alguma escassez ou desabastecimento regional e/ou local de medicamentos, principalmente pela dificuldade na elaboração e manutenção das suas listas de medicamentos essenciais (FEFER et al, 1995; TOBAR, 2007; MEDINA, 2010; TOBAR et al, 2012; GOMEZ, 2016; JOSHUA et al 2016; EOM et al, 2016).

As políticas farmacêuticas no Brasil (PNM e PNAF) estabelecem que os medicamentos essenciais devem ser selecionados em âmbito local a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), como um dos eixos estratégicos para a garantia do acesso da população, a medicamentos essenciais com qualidade e segurança, a promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo, e, a utilização da RENAME (BRASIL 1998; BRASIL 2004).

Alguns estudos nacionais apontam avanços nos processos de seleção de medicamentos e revisões da RENAME, mostrando acúmulo de experiência e amadurecimento em nível federal. No entanto, apesar de ter sido um dos primeiros países a adotar a estratégia de seleção de medicamentos com a definição de listas de medicamentos essenciais, os estudos evidenciam lacunas importantes nas atividades e desafios, apontando que a experiência nacional não tem subsidiado suficientemente no nível local em atender às demandas necessárias a um completo e adequado processo de seleção de medicamentos (MARQUES e ZUCCHI, 2006; OLIVEIRA et al, 2007; MAGARINOS-TORRES et al, 2011; BRASIL, 2012; MAGARINOS-TORRES et al, 2013; SANTANA et al, 2014; FIGUEIREDO et al, 2014) .

A preocupação com o aumento da cobertura na distribuição de medicamentos é perceptível, especialmente em relação aos medicamentos essenciais distribuídos na Atenção Primária à Saúde (APS). Tal fato pode ser constatado através da aprovação de leis que regulamentam o financiamento para aquisição de tais medicamentos pelos municípios (BERMUDEZ, 1995; BRASIL 1999b). Apesar disso, a análise da legislação sobre AF no SUS mostra que as questões do financiamento e de utilização racional dos recursos são predominantes em detrimento da qualidade dos medicamentos adquiridos e dos processos envolvidos na dispensação; entre eles aspectos importantes como a orientação e educação do usuário.

A Assistência Farmacêutica representa hoje um dos setores de maior impacto financeiro, sendo que a tendência de demanda por medicamentos é crescente, e considerado recurso crucial (FALEIROS et al, 2017; BERMUDEZ et al, 2018). O gasto do Sistema Único de Saúde (SUS) com medicamentos nas três esferas de governo passou, em termos reais, de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para quase R\$ 20 bilhões em 2015 (crescimento de 40%), caindo para R\$ 18,6 bilhões em 2016), registrando um crescimento de 30% entre 2010 e 2016 (VIEIRA et al, 2018). A ausência de um gerenciamento eficiente pode acarretar grandes desperdícios (BRASIL, 2007b; FALEIROS et al, 2017; BERMUDEZ et al, 2018).

Outrossim, em 2006 o Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS nº 399/2006) promoveu mudanças significativas em relação ao processo de gestão e de financiamento do SUS, englobando o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006a). O Pacto pela Vida define os principais compromissos dos gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. O Pacto em Defesa do SUS busca reforçar o fortalecimento do SUS como política pública e a defesa de seus princípios constitucionais. O Pacto de Gestão envolve o estabelecimento de diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação na saúde (MACHADO 2009; LIMA et al, 2012; VIANA et al, 2017; REIS et al, 2017).

O Brasil é um país que se organiza em um sistema político federativo constituído por três níveis de governo – União, estados e municípios –, todos consideradas pela Constituição da República de 1988 como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica (BRASIL, 1990; BRASIL, 2002; BRASIL, 2003).

O federalismo brasileiro se destaca por suas implicações na área da saúde, seja por ainda se encontrar de certa forma “em construção” ter uma história relativamente recente; o peso dos municípios, considerados como entes federativos com muitas responsabilidades na implementação de políticas públicas, tendo uma enorme diversidade em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social; e principalmente pelas diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, face à complexidade de enfrentamento dos desafios inerente a essa área, como: múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado no setor (BRASIL, 1990; BRASIL, 2002; BRASIL, 2003).

As normativas que regulamentam a organização do SUS em Redes de Atenção à Saúde – RAS, direcionam o foco na regionalização com a instituição das Regiões de Saúde, na Hierarquização e no Planejamento da Saúde (BRASIL, 1990; BRASIL 2011c).

Entende-se RAS como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e pontos de apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integradas através de sistemas logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (LAVRAS, 2011).

A Região de Saúde é definida como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL 2011c).

Mediante a adoção desta nova organização do sistema de saúde, a RENAME passou a compreender a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS, sendo acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional – FTN, protocolos clínicos e terapêuticos que subsidia a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos e representa a diretriz principal para a Assistência Farmacêutica – AF e para a promoção do Uso Racional de Medicamentos – URM (BRASIL 2011c).

Assim sendo, a política estabelece as responsabilidades, inclusive de financiamento, para cada nível de gestão, sendo considerado o marco inicial de

discussões na sociedade sobre a necessidade de uma Política de Assistência Farmacêutica de *caráter sistêmico, multidisciplinar* e compreendida como um *grupo de atividades relacionadas com o medicamento*, destinadas a apoiar as *ações de saúde demandadas por uma comunidade* (BRASIL, 2006b). A equidade no acesso aos medicamentos no SUS tem sido discutida a partir da premissa de que o direito à assistência farmacêutica integral implica a partilha entre os entes federativos das responsabilidades legais do Estado, de propiciar o acesso igualitário e universal aos medicamentos e procedimentos terapêuticos para a assistência integral à saúde dos cidadãos (BRASIL, 2011d).

Em tempo, a Lei nº 12.401 (BRASIL, 2011b) regulamenta a Assistência Terapêutica e a Incorporação de Tecnologia em Saúde no âmbito do SUS (CONITEC), reforçando a adoção dos Protocolos Clínicos e Formulários Terapêuticos (PCDT) – por meio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS do Ministério da Saúde – levando em consideração, necessariamente, as evidências científicas sobre a eficácia, a acurácia, a efetividade, a segurança do medicamento, além do fator econômico.

É importante destacar que os estados, o distrito federal e os municípios poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, em consonância com a RENAME, respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, onde os entes federativos poderão ampliar o acesso do usuário à AF, desde que questões de saúde pública o justifiquem (BRASIL, 2011b).

As normativas que regulamentam a organização do SUS corroboram com os dispositivos da Política Nacional de Medicamentos (PNM): “[...] adquirir, além dos produtos destinados a Atenção Básica, outros medicamentos que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde (PMS) como responsabilidade concorrente do município”, e “[...] com o eixo estratégico da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), ou seja: “[...] utilização da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica”.

A problemática que hora se apresenta é que o desenvolvimento das ações e serviços de AF centrado nas necessidades dos serviços, dos municípios e do estado, sem a devida articulação regional e com o atual desenho da Rede de Atenção à Saúde (RAS), parece não ser suficiente para atender as demandas e necessidades das regiões de saúde.

Também, ainda, não foi feita uma avaliação da efetividade e da eficiência da Assistência Farmacêutica frente aos novos marcos regulatórios da Política Nacional de Saúde (PNS); havendo incertezas sobre os eixos estratégicos da PNAF estarem sendo implementados em consonância com as exigências do SUS no campo das diversidades e especificidades regionais.

Em síntese, questiona-se a capacidade da gestão estadual e/ou municipal de estruturar, organizar, integrar, qualificar e assegurar a Assistência Farmacêutica (AF), dentro de uma concepção sistêmica, de modo a assegurar o acesso e o uso racional aos medicamentos sobre suas respectivas responsabilidades.

Neste sentido, a presente tese analisa a execução de eixos estratégicos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) em municípios e regiões de saúde do SUS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O processo da Reforma Sanitária, desmontou o antigo seguro social brasileiro de características centralizadas, e se refletiu no desenho institucional do Sistema Único de Saúde (SUS), descrevendo sua história em meio a diversos impasses, tendo na falta de recursos e na escassez de profissionais capacitados para atuar no sistema, seus dilemas a serem enfrentados pela sociedade brasileira (SILVA, ROTTA, 2012; RIBEIRO et al, 2017).

2.1 Política de saúde no Brasil e o Sistema Único de Saúde

Oliveira e colaboradores (2018) assinalam que o gasto em saúde por habitante no Brasil é baixo quando comparado a outros países, correspondendo aproximadamente a um gasto público diário de R\$ 2,60/dia per capita para cobrir as ações e serviços públicos de saúde da população brasileira. Os autores registram que o gasto público em saúde como percentual do PIB, indicador que expressa a dimensão do gasto público com saúde no valor total da economia, em 2014, o Brasil destinou apenas 3,8%, este valor fica aquém do necessário para manter a demanda do setor público de saúde, quando comparado a países com sistemas universais, que aplicam em média 8% do PIB. Este subfinanciamento vem dificultando a gestão, a humanização e ampliação da justiça social no campo do SUS (OLIVEIRA et al, 2018).

O SUS é um sistema de saúde, uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Carta Magna de 1988 (BRASIL, 2005a). Importante registrar que não é um serviço ou uma instituição, mas um sistema que se caracteriza por um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum, e se referem às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2015a). Este sistema deve ser entendido como uma “Política de Estado”, materialização de uma decisão adotada pelo Congresso Nacional, em 1988, de considerar a Saúde como um “Direito de Cidadania e um Dever do Estado” (BRASIL, 2005a).

A Lei nº 8.080/90 em seu 4º artigo define o SUS como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração Direta e Indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (BRASIL, 1990). Outrossim, regulamenta os princípios e diretrizes do SUS em seus incisos de I a XII e, faz referência, de um modo geral, a universalidade de acesso

aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; a integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas; igualdade da assistência à saúde; direito à informação; divulgação de informações dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades; participação da comunidade; descentralização político-administrativa dos serviços; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos nas três esferas do governo; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

Em adição, pode se afirmar que é uma estratégia que assume e consagra os princípios da *universalidade*, *equidade* e *integralidade* da atenção à saúde da população brasileira, o que implica conceber como imagem-objetivo de um processo de reforma do sistema de saúde herdado do período anterior, ou seja, um sistema de saúde, capaz de garantir o acesso universal da população a bens e serviços que garantam sua saúde e bem-estar, de forma equitativa e integral (BRASIL, 2015a). Os chamados *princípios estratégicos*, que dizem respeito à diretrizes políticas, organizativas e operacionais, apontam como deve vir a ser construído o *sistema* que se quer conformar, institucionalizar. Tais princípios, são, a Descentralização, a Regionalização, a Hierarquização e a Participação social (BRASIL, 2015a).

A *universalidade* é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão, entendendo a saúde como direito de cidadania e dever dos governos municipal, estadual e federal (BRASIL, 1990). Mas para que o SUS venha a ser universal foi preciso desencadear um processo de *universalização*, isto é, um processo de extensão de cobertura dos serviços, de modo que viesse, paulatinamente, a se tornar acessíveis a toda a população (BRASIL, 2015b). A problemática que este princípio enfrenta, de um lado se argumenta a favor da garantia do acesso a qualquer das ações e serviços produzidos pelo SUS, o que tem gerado iniquidades devido aos diferenciais de informação e de consciência do direito assegurado entre os vários segmentos da população e, por outro, defende-se a necessidade de se estabelecer certa *priorização*, devido às dificuldades financeiras, gerenciais e operacionais do sistema.

O princípio da *equidade* assegura ações e serviços de todos os níveis de acordo com a complexidade que cada caso requeira, visto que todo cidadão é igual perante o SUS, sendo atendido conforme suas necessidades até o limite do que o sistema puder

oferecer para todos (BRASIL, 1990; 2015a). Este princípio é o tema central em todos os debates sobre as reformas dos sistemas de saúde no mundo ocidental. A noção de *equidade* diz respeito à necessidade de se *tratar desigualmente os desiguais* de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade. O objetivo da equidade é então, diminuir desigualdades, destacando que não significa que a equidade seja sinônimo de igualdade, pois apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes (BRASIL, 2015a; 2015b). A *equidade* é uma forma de expressão de direitos.

O princípio da *integralidade* é reconhecer que *o homem é um ser integral, biopsicossocial*, e deverá ser atendido com esta visão holística por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde” (BRASIL, 2015a; 2015b). Reconhece-se, que a integralidade é um atributo do modelo de atenção, entendendo-se que um *modelo de atenção integral à saúde* contempla o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação. Outrossim, este princípio pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2015a; 2015b). A *integralidade* proporciona uma multiplicidade de concepções com respeito à reorganização das práticas, dos serviços e do próprio sistema de saúde.

Quanto as diretrizes do SUS é importante destacar aquelas que regem a sua estrutura e a sua organização, ou seja: *hierarquização, descentralização, regionalização, resolubilidade, controle social e complementariedade* do setor privado (BRASIL, 2011c; 2015a; 2015b; 2015c).

A *regionalização* e *hierarquização* definem que os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com a definição da população a ser atendida. E a rede de serviços, organizada de forma *hierarquizada* e *regionalizada*, permite um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada, favorecendo ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores, educação em saúde, entre outras (BRASIL, 2011c; 2015a; 2015b; 2015c).

A *regionalização* dos serviços implica a delimitação de uma base territorial para o sistema de saúde, que leva em conta a divisão político-administrativa do país, mas,

também, contempla a delimitação de espaços territoriais específicos para a organização das ações de saúde, subdivisões ou agregações do espaço político-administrativo. Já a *hierarquização* diz respeito ao estabelecimento de uma rede que articula as unidades mais simples às unidades mais complexas, através de um sistema de referência e contra referência de usuários e de informações (BRASIL, 2011c; 2015a; 2015b; 2015c).

A *resolubilidade* é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência (BRASIL, 2011c; 2015a; 2015b; 2015c).

Já a *descentralização* é entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os vários níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. A *descentralização* da gestão do sistema implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal para os estados e municípios (BRASIL, 2011c; 2015a; 2015b; 2015c).

O *controle social* ou *participação social* é a garantia constitucional de que a população, por meio de suas entidades representativas, participará do processo de formulação das políticas de saúde e do controle da sua execução, em todos os níveis, desde o federal até o local. Dentre os princípios do SUS, este se destaca com grande relevância social e política, pois é a garantia de que a população participará do processo de controle das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2015d; ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Outro elemento relevante é a *complementariedade do setor privado*, que se refere à quando por insuficiência do setor público, for necessária a contratação de serviços privados, a Constituição Federal apoia e afirma que devem ter preferência os *serviços não lucrativos* (BRASIL, 2005). O setor de planos de saúde é definido como suplementar, no Brasil, devido à opção de se pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito ao acesso ao serviço público. Por outro lado, poderia ser classificado de complementar, e por vezes o é, quando supõe a existência e a limitação do sistema de saúde público – neste caso, o sistema privado complementa a cobertura de determinados serviços.

Embora haja um aumento significativo dos recursos destinados as ações e serviços públicos de saúde nas três esferas de governo – municipal, estadual, federal – como determinava a Emenda Constitucional (EC) nº 29/2000, pouco tem auxiliado no déficit social da saúde como política universal e equânime, ampliando a participação crescente do setor privado em relação ao público com os cuidados da saúde.

Para agravar tal situação, no Brasil, foram adotadas as políticas de austeridade fiscal. Dentre as ações mais recentes adotadas para a limitação de despesas, destaca-se a Emenda Constitucional nº 95, de 2016 (EC 95/16), criando o Regime Fiscal que estipulou um teto para a despesa primária da União e o congelamento do gasto com saúde em valores reais de 2016, por 20 anos. Tal medida reduziria o valor do PIB, do governo federal, destinado à saúde, à medida que a economia crescesse, bem como diminuiria o gasto per capita, desconsiderando que a população de idosos no Brasil dobrará nesse mesmo período (OLIVEIRA et al, 2018).

Atualmente, o País vivencia um período de crise econômica e o foco das discussões, mais uma vez, se concentra no corte e/ou contenção de gastos públicos, especialmente dos gastos sociais, vistos por alguns como descontrolados e causadores do déficit público. Na prática, o ajuste fiscal implementado no Brasil pode gerar a redução da participação do Estado na oferta de bens e serviços à população, com a redução dos gastos públicos, o que poderá conduzir a um cenário de redução na participação das despesas primárias no PIB de cerca de 20%, em 2016, para 16% a 12% do PIB, até 2026 (OLIVEIRA et al, 2018).

Em adição, os indicadores ainda demonstram que o gasto com a saúde privada é relevante no orçamento familiar e crescente a partir da década de 1970. Em 2007, o setor público representava 41,6% do total nacional gasto em saúde, contra 67% em 1975 (SILVA, ROTTA, 2012). Ou seja, apesar da política de universalização da saúde, há um gasto crescente no setor privado, comparativamente com o público, justificando parte das dificuldades de alcance dos resultados do Sistema Único de Saúde (SUS).

A questão da justiça social e a sustentabilidade na área da saúde só podem ser equacionadas assegurando a efetiva priorização do SUS no gasto público, o combate às desigualdades no acesso aos serviços de saúde, a melhoria da qualidade dos serviços e a satisfação dos usuários do SUS público e complementar.

Por fim, o SUS ainda tem muito o que melhorar em sua prática, e estudar e compreender o sistema, seus princípios e diretrizes, é fundamental para que se tenha

transformações. O SUS se constrói no cotidiano de todos aqueles interessados na mudança da saúde no Brasil e, compreendê-lo é uma estratégia de fortalecer a luta pela sua eficiência.



Figura 1 – Linha do tempo das políticas de saúde no Brasil e o SUS

Fonte: Elaboração própria

2.2 Rede de atenção à saúde e regionalização

A consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2005), além de estabelecer a *universalização* do acesso, promoveu a *descentralização*, *regionalização* e *integração* com formação de redes assistenciais como diretrizes fundamentais, portanto, por conceituação constitucional (art. 198, caput), o SUS se constitui como o resultado da integração das ações e serviços públicos em rede regionalizada e hierarquizada. Esse tema esteve presente, de forma explícita ou implícita, na agenda da reforma sanitária desde o seu início (BRASIL, 2011c; 2015a; 2015b; 2015c; SANTOS e CAMPOS, 2015).

Para o ente municipal, a descentralização da gestão em saúde pode ser entendida como uma estratégia de democratização e de incorporação de novos atores no sentido de garantir maior protagonismo dos municípios, destacando-se neste processo o alcance de avanços: como a ampliação do acesso da população aos serviços, principalmente da Atenção Básica, e as melhoras consideráveis nos indicadores de saúde nacionais; mas

também dificuldades: como a desigualdade de condições políticas, técnicas, financeiras e de saúde nos municípios brasileiros tornou o processo extremamente complexo. Outro destaque é a competição entre os entes federados, que por vezes, não possibilitou a necessária autonomia municipal nem na gestão dos equipamentos existentes nos seus limites territoriais nem nos recursos financeiros disponibilizados (DUARTE et al, 2015; PINAFO e CARVALHO, 2016; SHIMIZU et al, 2017). A implementação do SUS contribuiu pouco, no entanto, para a integração da saúde nas regiões que agregam diversos municípios, possivelmente pela pouca ênfase dada à regionalização.

Os ciclos políticos de organização do SUS compreenderam dois períodos nos quais prevaleceram a descentralização para os entes subnacionais de governo, com protagonismo da esfera municipal no primeiro ciclo (1988 a 2000), e o início do processo de construção de Regiões de Saúde ou da regionalização e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no segundo ciclo (2000 até os dias atuais). São diferentes os contextos políticos, econômicos e sociais de um período e de outro; o modelo de atenção à saúde definido, o perfil de financiamento, o tipo de descentralização, os atores-chave, a base de sustentação da política, a territorialização proposta e os modelos de gestão e regulação (VIANA *et al*, 2018).

A regionalização dos serviços de saúde tem ocupado o centro do debate da reorganização do SUS na última década, caminho bem representado no principal arcabouço normativo do período, com as Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), Pacto pela Saúde e, mais recentemente, Decreto 7.508 e seus contratos organizativos. Essa visão regional tem sido fortalecida pela crescente constatação dos limites de acesso e equidade em um sistema exclusivamente de base municipal (MELLO GA et al, 2017).

A publicação da NOAS em 2001, teve como um dos seus principais objetivos suprir essa lacuna, dando proeminência à necessidade de formação de redes integradas (BRASIL, 2001). A NOAS teve muitas dificuldades de implementação e isso se deveu à proposição de regras rígidas, excessivamente parametrizadas, na reorganização dos serviços regionais, que se mostrou incoerente com as condições existentes (BRASIL, 2015b) e à não consolidação de uma governança regional e intermunicipal, fator indispensável para a articulação da interdependência entre municípios e destes com o governo estadual (BRASIL, 2015d).

A regionalização retornou com mais força à agenda do SUS com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006 (BRASIL, 2006a; 2006b). Esse pacto se propõe a substituir o formato rígido da NOAS por pactuação mais flexível, que resulte em construção de arranjos que contribuam para a regionalização e o aperfeiçoamento de redes.

Em adição, o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a; 2006b) teve a integração regional como um de seus principais objetivos. Estudos que avaliam sua implementação têm mostrado que nos aspectos formais – tais como rever e adequar os marcos geográficos da regionalização, constituir os colegiados regionais previstos, programar oferta de serviços etc. – ocorreram avanços. Mudanças mais substantivas que promovessem integração regional decorrentes de pactuações entre gestores induzidas pelo Pacto pela Saúde, no entanto, foram pouco observadas. Entre os motivos, pode-se destacar a desarticulação no planejamento nas regiões de saúde.

Seja através de contratos ou de outros instrumentos legais, o fato é que a consolidação da regionalização da saúde no SUS depende da potencialização de esforços das três esferas de governo – e isso só ocorrerá em um país federativo de dimensões continentais como o Brasil – com o fortalecimento dos mecanismos político-institucionais em vigor (BRASIL, 2011c).

O Decreto nº 7.508 (BRASIL, 2011c), publicado em 2011, regulamenta alguns aspectos da Lei nº 8.080/1990, entre eles: a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. É o dispositivo legal que está sendo observado pelos gestores na organização do SUS, em um processo que dá continuidade ao que foi conquistado em termos de organização, com a implantação do Pacto pela Saúde editado em 2006.

O capítulo II do Decreto, que trata da organização do SUS, dispõe sobre: 1) a instituição das Regiões de Saúde, 2) as Redes de Atenção à Saúde na região e 3) o acesso universal às ações e aos serviços de saúde. São introduzidos na regulamentação os requisitos mínimos para a instituição de Região de Saúde. A Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: (1) atenção primária; (2) urgência e emergência; (3) atenção psicossocial; (4) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e (5) vigilância em saúde (BRASIL, 2011c).

Outrossim, os Entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde: (1) seus limites geográficos; (2) população usuária das ações e dos

serviços; (3) rol de ações e serviços que serão ofertados; (4) respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços. Estes elementos deverão fazer parte do Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAP) (BRASIL, 2011c).

Assim sendo, os objetivos para a organização das Regiões de Saúde consistem em: (1) garantir o acesso resolutivo da população, em tempo oportuno e com qualidade, a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação, organizados em Redes de Atenção à Saúde, assegurando-se um padrão de integralidade; (2) efetivar o processo de descentralização de ações e serviços de saúde entre os Entes federados, com responsabilização compartilhada, favorecendo a ação solidária e cooperativa entre os gestores, impedindo a duplicação de meios para atingir as mesmas finalidades; (3) buscar a racionalidade dos gastos, a otimização de recursos e a eficiência na Rede de Atenção à Saúde, por meio da conjugação interfederativa de recursos financeiros entre outros, a fim de reduzir as desigualdades locais e regionais (BRASIL, 2011c).

Preconiza-se para a organização das Regiões de Saúde as seguintes diretrizes: (1) a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, a fim de imprimir unicidade ao território regional; (2) observância das políticas de saúde na organização e na execução das ações e dos serviços de saúde de atenção básica, vigilância em saúde, atenção psicossocial, urgência e emergência, atenção ambulatorial especializada e hospitalar, além de outros que venham a ser pactuados, que garantam o acesso resolutivo e em tempo oportuno; (3) reconhecimento de necessidades econômicas, sociais e de saúde da população da região para o processo de pactuação dos fluxos assistenciais; entre outras (BRASIL, 2011c).

Ainda que não se trate de uma novidade, o debate sobre a região de saúde tem ganhado profundidade em razão da necessidade de se integrar o que a descentralização, por si, supostamente, fracionou sob o ponto de vista técnico, operativo e organizacional. Integrar serviços – regionalizar a descentralização, qualificando-a – tem sido ponto de reflexão entre gestores, estudiosos e pesquisadores por ser inconcebível um sistema único que se fraciona em 5.570 sistemas municipais e 27 sistemas estaduais; ao lado desse fracionamento não se pode esquecer que há uma centralização federal em torno das políticas de saúde, que se fragmentam em inúmeros programas federais, os mais diversos possíveis, e nem sempre compatíveis com as necessidades de saúde de

determinadas regiões de saúde. Todos esses elementos evidenciam a complexidade do SUS (SANTOS, CAMPOS, 2015).

A região de saúde é essencial para se sair desse impasse do *fracionamento* das ações e serviços de saúde, do isolamento, do centralismo federal programático e sem visão de planejamento regional. Será pela região que se promoverá a integração dos serviços ora fracionados, em rede, unindo os municípios de forma sistêmica com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde sem perder o princípio constitucional da descentralização (SANTOS, CAMPOS, 2015).

A importância da regionalização para que as redes de atenção à saúde sejam sistêmicas e resolutivas, com a região de saúde sendo o centro integrador das referências entre os serviços dos mais diversos entes federativos, é fato indiscutível.

O Brasil definiu que a organização da assistência dentro dos sistemas de saúde seria operada pelas redes, visando à construção de sistemas integrados de saúde – conhecidos nos diferentes países e pelas diferentes organizações internacionais como: redes integradas de serviços, redes regionalizadas, serviços integrados, cuidado integrado etc. (VIANA et al, 2018).

O Ministério da Saúde, nesse contexto, divulgou documento “Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para implementação” (BRASIL, 2008) em que ressaltou a importância da organização de redes regionalizadas de atenção à saúde no SUS, definindo-as como estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos.

As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos. De acordo com Mendes (2011), há três aspectos relevantes: O primeiro é o da integralidade no seu sentido vertical, que pressupõe a busca das necessidades dos usuários a partir de um olhar integral, ampliado, procurando captar holisticamente o que pode beneficiar sua saúde nos seus contatos com os diferentes pontos do sistema. O segundo é o da integralidade horizontal, no qual se evidencia que as respostas às

necessidades dos usuários geralmente não são obtidas a partir de um primeiro ou único contato com o sistema de saúde, havendo necessidade de contatos sequenciais, com diferentes serviços e unidades, e monitorização do trajeto de uns aos outros. O terceiro diz respeito à interação entre políticas públicas e, portanto, à intersectorialidade.

Ou seja, as redes de atenção à saúde não devem ser restritas ao setor saúde, devendo incluir políticas de outros setores relacionados às determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2015b; 2015d). Esses diferentes sentidos, que se somam para uma definição mais completa do significado de integralidade em saúde, tornam-se ainda mais relevantes quando se considera o progressivo crescimento das doenças crônicas em decorrência do envelhecimento da população mundial e de mudanças no estilo de vida contemporâneo.

Para atender a essas necessidades, os serviços precisam estabelecer vínculos mais estáveis e duradouros com os usuários e instituir mecanismos que assegurem longitudinalidade, através de linhas de cuidado que abranjam prevenção e promoção e orientem os usuários no seu caminhar nas redes de atenção à saúde. Quanto à otimização dos recursos, as redes de atenção à saúde têm sido consideradas um importante fator de racionalização de gastos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível (BRASIL, 2015d).

Para Lavras (2011), entendem-se redes de atenção à saúde como arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e pontos de apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integradas através de sistemas logísticos e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

De acordo com Silva (2008) e Mendes (2011), em sistemas com essa organização, os recursos podem ser mais bem aproveitados desde que sejam aperfeiçoados os mecanismos de incorporação tecnológica e de acesso dos usuários aos diferentes serviços, e de obtenção de economias de escala e escopo na composição e organização deles. Economia de escala é obtida quando o custo médio dos procedimentos diminui pelo bom aproveitamento da capacidade instalada, com distribuição dos custos fixos para o maior número possível de procedimentos, eliminando ociosidades e desperdícios. Economia de escopo se obtém ampliando a gama de serviços oferecidos pela unidade assistencial, com isso reduzindo também os custos fixos pelo fato de eles se diluírem em tipos diferentes de procedimentos como

ocorre, por exemplo, com unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) de maior porte, que agregam alguns serviços ambulatoriais especializados e de diagnose-terapia.

Os serviços de saúde devem interagir, entre si, em diferentes fluxos em uma relação horizontalizada com elevado grau de interdependência, de forma tal que os clássicos instrumentos de referência e contra-referência entre níveis de atenção em um modelo piramidal não se mostram adequados (MENDES, 2011). Um princípio importante a ser adotado é o do sistema em redes usuário-centrado, no qual devem estar instituídas linhas de cuidado levando em conta a singularidade de suas demandas e necessidades.

Ainda de acordo com Mendes (2011), os principais componentes das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde são: (1) os espaços territoriais e suas respectivas populações com necessidades e demandas por ações e serviços de saúde; (2) os serviços de saúde ou *pontos da rede* devidamente caracterizados quanto a suas funções e objetivos; (3) a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários; e (4) o sistema de governança.

Embora as redes não precisem necessariamente de territórios definidos, isso representa uma evidente vantagem. Essa condição favorece uma definição mais clara das responsabilidades que cabem a cada serviço situado no território e também melhor articulação intersetorial para intervenção em determinantes de saúde através de integração com outras políticas públicas (BRASIL, 2008; 2015b; 2015d). Tem sido uma condição considerada imprescindível quando se pretendem cooperação e solidariedade entre os atores e organizações de saúde da região para o atendimento das demandas e necessidades em saúde de uma dada população. Além disso, oferece melhores condições para construção de vínculos e corresponsabilização entre profissionais e usuários para melhoria das condições de saúde.

No âmbito das redes, deve-se enfatizar a importância primordial da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos de atenção, sendo um dos pilares para a sua efetivação da RAS (VIANA *et al*, 2018).

O papel-chave da APS para o adequado funcionamento das redes de atenção à saúde tem sido enfatizado, e seu fortalecimento depende de um conjunto de condições entre as quais se destacam (BRASIL, 2008; SILVA, 2008; MENDES, 2011; VIANA *et al*, 2018): (1) disponibilidade de médicos generalistas com boa formação para cuidar da

saúde da comunidade, com utilização das melhores evidências científicas na terapêutica dos problemas mais prevalentes; (2) ações de saúde abrangentes e articuladas, que contemplem vigilância, prevenção de enfermidades e promoção de saúde; (3) gerenciamento do cuidado visando garantir sua continuidade, através da regulação do acesso e integração com os demais níveis de atenção; (4) escopo assistencial amplo, se necessário incluindo outras especialidades médicas para que atuem de forma articulada com os médicos generalistas nas situações de maior prevalência, tais como cardiologia, ortopedia, entre outras; e (5) integração matricial com os especialistas.

Os demais serviços que compõem as redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde têm como objetivos suprir as necessidades de oferta ambulatorial especializada, hospitalar, de suporte diagnóstico, de assistência farmacêutica e de transporte (BRASIL, 2008; 2015b; 2015d). A distribuição desses pontos nas regiões de saúde deve atender critérios de economias de escala, escopo e acessibilidade.

A logística para orientar o acesso e o fluxo dos usuários nas malhas das redes pressupõe meios de identificação individual das pessoas, melhor conhecimento das famílias e das condições clínicas dos usuários e cadastramento dos profissionais e prestadores de serviço (BRASIL, 2008; 2015b; 2015d). Além disso, define as normas para regular o acesso e o fluxo dos usuários, com destaque para a utilização de protocolos técnico-assistenciais.

A implementação de linhas de cuidado para as doenças mais prevalentes e de projetos terapêuticos que atendam necessidades mais singulares da população da área são indispensáveis para a qualificação do cuidado. As *linhas de cuidado* são estratégias habitualmente utilizadas para organizar a atenção de enfermidades crônicas, e são basicamente as normas que orientam os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer e condutas a serem adotadas para terem suas necessidades adequadamente atendidas. Normalmente se aplicam a doenças como diabetes, asma, dor lombar, transtorno depressivo, entre outras (BRASIL, 2008; SILVA, 2008; MENDES, 2011). *Projetos terapêuticos singulares* também utilizam linhas de cuidado, mas são mais específicos e visam planejar e monitorar a atenção individual de pessoas portadoras de doenças ou condições graves, tais como crianças prematuras, transplantados, portadores de lesões de medula espinhal, Aids, por exemplo.

Ou seja, é necessária uma APS robusta, capaz de coordenar a navegação do usuário pelos diferentes pontos de cuidado, facilitando a prestação de serviços e ações

de saúde em local e tempo oportunos. Dado o perfil econômico e de porte populacional da maioria dos municípios brasileiros, é impossível que serviços de base municipal sem escala regional consigam oferecer esse cuidado (VIANA *et al*, 2018).

No Brasil, em 2017 as discussões em torno de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) que aproximasse as necessidades dos gestores, as diversidades locorregionais com a responsabilidade de realizar o cuidado integral, apontou novamente para a Atenção Básica na sua dinâmica abrangente e responsável no contexto da gestão, culminando com a publicação da portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que estabeleceu a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2019).

A PNAB considera os termos Atenção Básica - AB e Atenção Primária à Saúde - APS, como termos equivalentes, e as define como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

A mesma política ainda aponta que a APS será a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede; será ofertada integralmente e gratuitamente a todas as pessoas, de acordo com suas necessidades e demandas do território, considerando os determinantes e condicionantes de saúde.

A organização das RAS tem sido apontada como uma forma de articulação de ações e serviços, com potencialidades para diminuir a fragmentação do cuidado, se destacando avanços como: a coordenação do cuidado foi potencializada pela expansão da cobertura da APS e de serviços de especialidades médicas; dos sistemas de regulação e contratação de serviços, além do desenvolvimento de instrumentos para a coordenação clínica e informacional. Todavia, há constatações de que os percursos dos usuários não respeitam as pactuações e normatizações estabelecidas no planejamento das ações e serviços de saúde, somando-se a isso que, nas regiões de saúde, as trajetórias assistenciais dos usuários acabam por ramificar-se pelos serviços, ficando cada vez mais pulverizados à medida que os serviços são fragmentados (DUARTE *et al*, 2015;

SANTOS e CAMPOS, 2015; PINAFO e CARVALHO, 2016; MELLO GA et al, 2017; SHIMIZU et al, 2017; VIANA *et al*, 2018).

Em síntese, os usuários buscam e criam maneiras de acessar os serviços de saúde que desafiam a racionalidade destes mesmos, ou seja, articulam fluxos para sobrevivência ou que respondam a suas demandas reais ou simbólicas, muitas vezes, os usuários não reconhecem os serviços de APS como lugar de cuidado regular e porta de entrada para acessar os demais recursos em saúde (VIANA *et al*, 2018).

Por fim, na perspectiva de avançar na organização da RAS e fortalecer as Regiões de Saúde, foi publicado em 2018 a Resolução CIT nº 37, que dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado (PRI) e a organização de macrorregiões de saúde. De acordo com a normativa, O PRI expressará as responsabilidades dos gestores de saúde em relação à população do território quanto à integração da constituição sistêmica do SUS, as diretrizes, objetivos, metas e ações e serviços para a garantia do acesso e da resolubilidade da atenção, observando os Planos de Saúde dos três entes federados (BRASIL, 2018).

A normativa também estabelece que a RAS deve ser definida a partir das regiões de saúde e para garantir a resolubilidade da atenção à saúde deve ser organizada num espaço regional ampliado, com base em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável, sendo o Plano Regional, o produto desse processo de planejamento devendo expressar (BRASIL , 2018):

- a. A identificação do espaço regional ampliado;
- b. A identificação da situação de saúde no território, das necessidades de saúde da população e da capacidade instalada;
- c. As prioridades sanitárias e respectivas diretrizes, objetivos, metas, indicadores e prazos de execução;
- d. As responsabilidades dos entes federados no espaço regional;
- e. A organização dos pontos de atenção da RAS para garantir a integralidade da atenção à saúde para a população do espaço regional;
- f. A programação geral das ações e serviços de saúde;

- g. A identificação dos vazios assistenciais e eventual sobreposição de serviços orientando a alocação dos recursos de investimento e custeio da União, estados, municípios, bem como de emendas parlamentares.

A Assistência Farmacêutica (AF) é descrita como um dos elementos constituintes das RAS, enquanto sistema de apoio na estrutura operacional onde presta os serviços farmacêuticos por meio das atividades técnico-gerenciais (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos e insumos); e também, nos diferentes pontos de atenção da rede, por meio das atividades do cuidado farmacêutico, sob a dimensão clínico assistencial e técnico-pedagógica do trabalho em saúde, voltados ao indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde (BRASIL, 2019).

A oferta de medicamentos com a definição de elencos é um dos principais objetivos da AF no SUS, alerta-se que estes elencos não devem se restringir apenas às necessidades prioritárias da população, mas também ser um instrumento de gestão com a clara definição de responsabilidade e financiamento, entre os três entes federados (União, Estados e Municípios) dos medicamentos ofertados, sendo fundamental integrar este processo no Planejamento Regional Integrado (PRI) (BRASIL, 2019).

2.3 A Assistência Farmacêutica no SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é complexo. Sua governança foi estabelecida por um conjunto de distintas estratégias que perpassa pela definição e condução política e pela execução técnico-assistencial da atenção à saúde integral por meio do acesso universal e equânime (BRASIL, 1990; COSTA et al, 2017; BERMUDEZ et al, 2018).

No processo de efetivação do SUS, tendo como orientação os princípios constitucionais, os medicamentos e outras tecnologias em saúde constituíram e ainda são peça central do sistema, contribuindo para a prevenção de doenças e o cuidado em saúde. A Lei Orgânica de Saúde No 8.080/90 assegurou entre os campos de atuação do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, incluindo a farmacêutica e a formulação da política de medicamentos (VASCONCELOS et al, 2017; COSTA e TAVARES, 2019).

No campo da Assistência Farmacêutica, houve avanços com a regulamentação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) em 1998 (BRASIL, 1998), a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 1999 (BRASIL, 1999a) e a

aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) em 2004 (BRASIL, 2004), assegurando novos marcos para o acesso, a qualidade e o uso racional de medicamentos (COSTA et al, 2017; VASCONCELOS et al, 2017; BERMUDEZ et al, 2018).

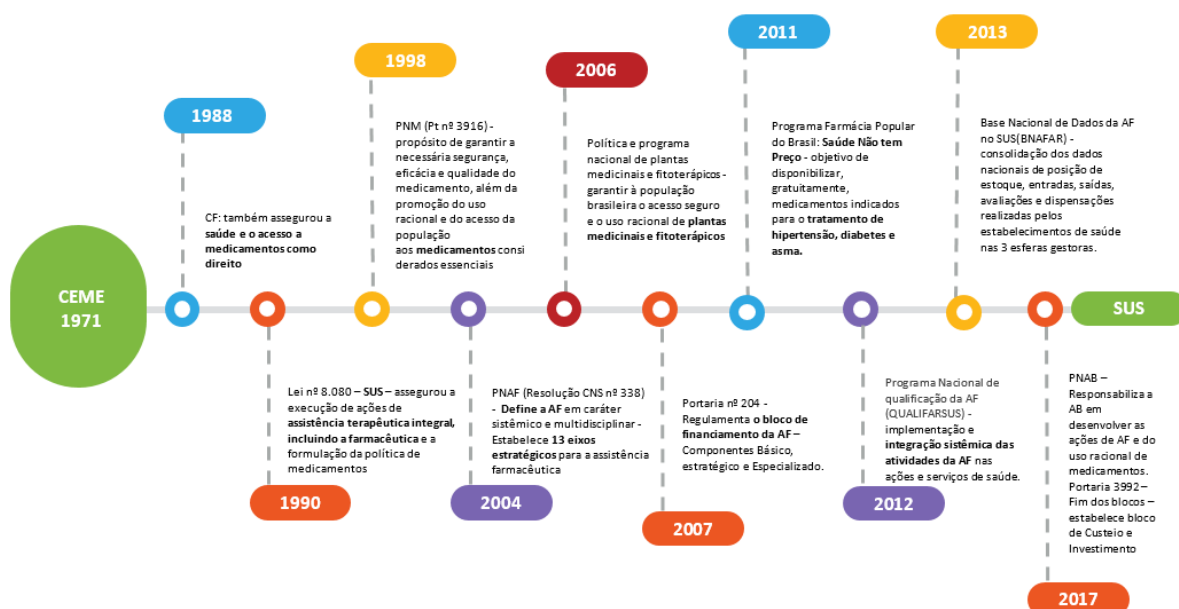


Figura 2 – Linha do tempo das políticas farmacêuticas no contexto do SUS

Fonte: Elaboração Própria

2.4 Assistência farmacêutica: uma política social

A expressão “assistência farmacêutica” cunhou-se em um contexto focal para o abastecimento de medicamentos, passando a estabelecer-se enquanto política pública de medicamentos, a partir de 1971, com a criação da Central de Medicamentos (CEME), instituída por meio do Decreto nº. 68.806, representando um marco para a cultura da gestão centralizada dos medicamentos. (PORTELA, 2010; VASCONCELOS et al, 2017; BERMUDEZ et al, 2018; COSTA e TAVARES, 2019)

O principal objetivo da CEME era fornecer medicamentos a população que não possuía condições para obtê-los. Atuou além da questão da distribuição de medicamentos, também em torno da produção e desenvolvimento da pesquisa científica dos laboratórios oficiais e das indústrias privadas (BERMUDEZ, 1995; COSENDEY et al, 2000; VASCONCELOS et al, 2017).

A partir da promulgação da Constituição Federal (CF), em 1998, a saúde foi instituída como direito social (art 6º) extensível a todo cidadão brasileiro e a sua gestão e cuidado como competência comum a união, estados e municípios (art. 23º). Ainda no art 196 é definido:

“[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2005a)

A Lei 8080/90, denominada Lei Orgânica da Saúde, regulamentou a Constituição Federal no setor saúde. A citada lei prevê em seu artigo 6º além de outras ações correlatas:

“[...] assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica; [...] a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção” (BRASIL, 1990).

No início da década de 90, o Ministério da Saúde identificou sérios problemas na atuação da CEME: denúncias de corrupção, descompromisso da direção com as finalidades do órgão, desmantelamento da estrutura técnico-organizacional, desarticulação com as estruturas estaduais e municipais do sistema, perdas estimadas em 40% por deficiência da rede de distribuição e demanda superestimada para compensar discontinuidades no abastecimento (BERMUDEZ, 1995). Diante de todo o exposto, aliado a regulamentação do SUS, a partir da Lei nº 8080/90, reforçando a necessidade de uma política nacional de medicamentos que atendesse as demandas do novo sistema tencionaram para a extinção da CEME em 1997 (VASCONCELOS et al, 2017; BERMUDEZ et al, 2018).

A necessidade de apontar aos gestores um rumo para o campo farmacêutico resultou na atual Política Nacional de Medicamentos (PNM); regulamentada pela Portaria GM/MS nº 3916 em 1998 (BRASIL, 1998). Esta Política estabelece as diretrizes e prioridades que resultaram em importantes avanços na regulamentação

sanitária, no gerenciamento de medicamentos e na organização e gestão da Assistência Farmacêutica no SUS, tendo como finalidades principais:

- 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.

A PNM apresenta, ainda, um conjunto de diretrizes para alcançar os objetivos propostos, quais sejam: 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 (MARIN, 2003; VASCONCELOS et al, 2017).

Um aspecto importante a ser mencionado em relação à PNM é a explicitação do caráter sistêmico e multidisciplinar da Assistência Farmacêutica, definindo-a como:

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

Para alcançar um dos objetivos prioritários estabelecidos pela PNM, relacionado à reorientação da Assistência Farmacêutica, se tomou por base o tripé formado pela descentralização, financiamento e ações logísticas, ou seja, faz-se necessário promover a descentralização da sua gestão, o desenvolvimento de atividades para assegurar o uso racional dos medicamentos e ações que aperfeiçoem e tornem eficaz o sistema de

distribuição no setor público e iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos.

O acesso igualitário e universal aos medicamentos e procedimentos terapêuticos no SUS tem sido discutido a partir da premissa de que o direito à assistência integral farmacêutica exige a divisão de responsabilidades legais do Estado entre os entes federativos (BRASIL, 2007b).

A garantia destes direitos vem sendo desenvolvidos no Brasil mediante políticas públicas. Define-se como Política pública conjunto de ações do governo que irão produzir efeitos específicos (SOUZA, 2006; GIOVANELLA, 2009). No campo da saúde, as políticas públicas devem atender a necessidade de saúde da população, visando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em nível individual e coletivo (GIOVANELLA, 2009, FERRAZ et al, 2010).

A partir da luta social, como resultado de um amplo debate do estado com a sociedade, resultou, na I Conferência Nacional de Medicamentos, O Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou e publicou a Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, que estabelece a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). A PNAF é definida como:

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

De acordo com a PNAF, a Assistência Farmacêutica no SUS deve ser entendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, tendo como ideais estabelecidos em seus eixos estratégicos o seguinte (BRASIL, 2004):

✓ Garantir o acesso da população com equidade a medicamentos essenciais com qualidade e segurança;

- ✓ Promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo;
- ✓ Manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS;
- ✓ Qualificação dos serviços de assistência farmacêutica dos níveis de atenção;
- ✓ Descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada;
- ✓ Desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos;
- ✓ Modernização e ampliação da capacidade instalada e de produção dos laboratórios farmacêuticos oficiais;
- ✓ Instituição da utilização da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME);
- ✓ Pactuação de ações intersetoriais que visem à internalização e ao desenvolvimento de tecnologias que atendam às necessidades de produtos e serviços do SUS, nos diferentes níveis de atenção;
- ✓ Definição e pactuação de ações intersetoriais que visem à utilização das plantas medicinais e medicamentos fitoterápicos no processo de atenção à saúde;
- ✓ Construção de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade.

A partir de sua publicação, as normas e diretrizes da PNAF, além da PNM, constituem os elementos da agenda política setorial brasileira, e seus princípios e diretrizes estão intimamente relacionados (COSTA e TAVARES, 2019).

Posteriormente, em 2011, foram publicados a Lei nº 12.401 e o Decreto nº 7.508 que trouxeram um novo marco regulatório sobre a Assistência Terapêutica e a Incorporação de Tecnologia em Saúde no âmbito do SUS, com instrumentos e dispositivos importantes para a organização e gestão do SUS, fortalecendo o papel das redes de atenção e a necessidade de maior articulação entre as áreas de incorporação, regulação e assistência à saúde.

A PNAF se coloca na fronteira de diversas formas de relação social, como a relação entre gestores e atores políticos de unidades governamentais e empresas, entre indivíduos e grupos sociais (famílias, grupos ocupacionais, religiosos, entre outros), entre cidadãos e os poderes públicos, entre consumidores e provedores de bens e

serviços etc. A ação da política de saúde sobre essas formas de relação é diferente em cada caso e envolve estratégias, planos, instrumentos e processos mediados por instituições e significados culturais. A política de saúde se encontra na interface entre Estado, sociedade e mercado.

Ainda, no âmbito da assistência farmacêutica, a adoção da RENAME enquanto estratégia para promoção e o acesso a medicamentos deve ser considerada como uma condição inerente ao direito à saúde. Portanto, a PNM e a PNAF contribuem para o fortalecimento destes direitos e devem ser consideradas como políticas sociais, promovendo um conjunto de benefícios aos usuários do Sistema único de Saúde.

2.5 O acesso aos medicamentos

O acesso aos medicamentos envolve uma complexa rede de atores, públicos e privados, que desempenham diferentes papéis em função do contexto econômico, político e social dos diversos países (BRASIL, 2005b). Entende-se por acesso a medicamento, a obtenção com ou sem pagamento direto, pelo usuário, do medicamento prescrito (LEYVA-FLORES, 1998). O *acesso* é um fator mediador entre a capacidade de produzir e oferecer serviços (ou produtos) e a produção e consumo real de tais serviços (BRASIL, 2005b).

Além do acesso aos serviços de saúde para consulta médica, diagnóstico e prescrição, a efetivação do acesso aos medicamentos depende de sua disponibilidade física na farmácia; da acessibilidade geográfica dos usuários aos serviços de farmácia; da aceitabilidade dos usuários em relação aos serviços de farmácia; e da capacidade aquisitiva de provedores ou indivíduos e famílias (WHO, 2003; OLIVEIRA et al, 2016).

De acordo com Luiza (2003), as dimensões do acesso são disponibilidade física; capacidade aquisitiva; acessibilidade geográfica e aceitabilidade, conforme representado na Figura 1:

- ✓ Disponibilidade física, definida pelo relacionamento entre o tipo e a quantidade de produtos e serviços necessários e o tipo e quantidade de serviços oferecidos.
- ✓ Capacidade aquisitiva, definida pelo relacionamento entre preços de produtos ou serviços e a capacidade do usuário de pagar por eles.
- ✓ Acessibilidade geográfica, definida pelo relacionamento entre a localização dos produtos e serviços e a localização do usuário eventual destes produtos e serviços.

✓ Aceitabilidade, que se refere ao ajuste entre as características dos produtos e serviços e as expectativas e necessidades dos usuários, bem como às normas técnicas e legais de funcionamento.

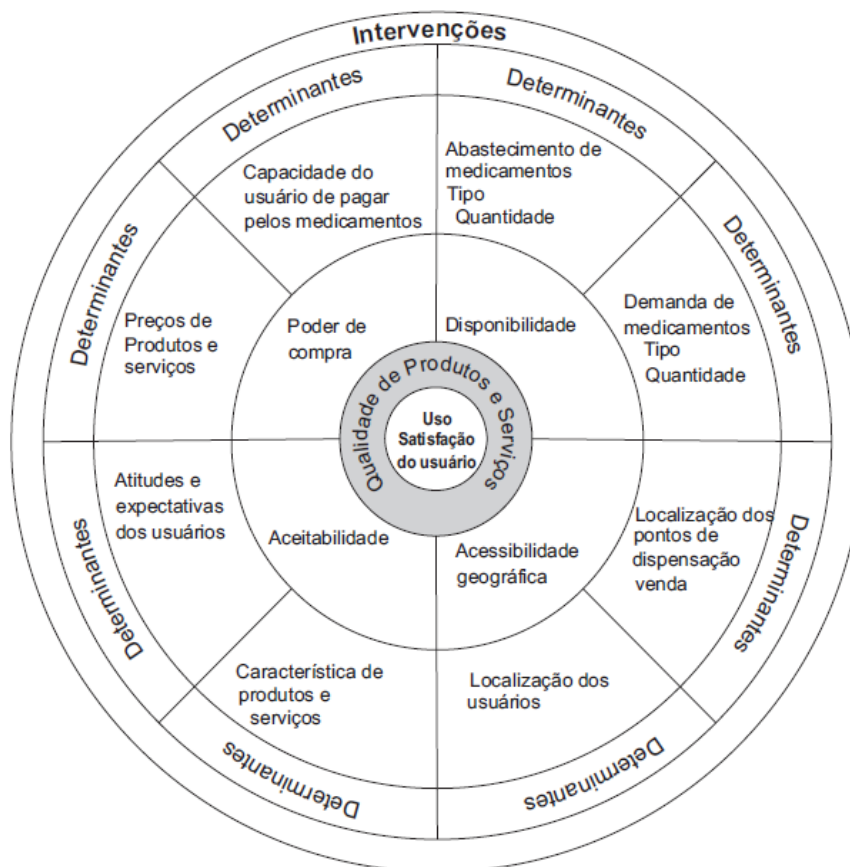


Figura 3 - Modelo teórico do acesso a medicamentos

Fonte: Adaptado de MSH/WHO (2001); *Apud*: Luiza, Bermudez (2004)

A complexidade do acesso a medicamentos conforme demonstrado no modelo aponta a necessária articulação de eventos, atores e seus interesses, incluindo instituições de pesquisa e desenvolvimento, indústrias química e farmoquímica, agências reguladoras, sistemas e serviços de saúde, e do próprio usuário do medicamento (OLIVEIRA et al, 2016)

A população convive com padrões distintos de problemas relacionados aos medicamentos, próprios dos países desenvolvidos, bem como daqueles países em desenvolvimento. De acordo com entendimento de Correr, Otuki e Soler (2011), tais problemas podem ser assim discriminados: consumo excessivo de medicamentos por automedicação induzida pela mídia; o uso de produtos ineficazes ou de medicamentos supérfluos, mal indicados, subutilizados; sobreposição de princípios ativos semelhantes

comercializados como especialidades farmacêuticas diferentes; sobreposição de princípios ativos que atuam pelo mesmo mecanismo de ação; e o uso incorreto de medicamentos ineficientes para o controle de doenças.

As questões atuais relevantes quando se trata do uso inadequado de medicamentos incluem a polifarmácia, erros de medicação, não seguimento de diretrizes clínicas, discrepâncias terapêuticas na transição do usuário entre os níveis assistenciais, baixa efetividade dos tratamentos, ocorrência de eventos adversos, automedicação irresponsável e baixa adesão aos tratamentos. Em todo o mundo, crescem as evidências do impacto desses problemas sobre a população e sobre os sistemas de saúde. E tecnologias novas são incorporadas a fim de promover o uso racional dos medicamentos e melhorar os resultados terapêuticos (GOMES et al., 2010; SOLER et al., 2010).

Diante dos investimentos e estratégias interfederativas, tornou-se imperativo identificar de que modo está sendo praticada a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica no SUS. Considerando essa necessidade, o Ministério da Saúde realizou a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) com o objetivo de avaliar o acesso, a utilização e o uso racional de medicamentos, por parte da população brasileira, além de avaliar as políticas públicas farmacêuticas e sua efetivação na Atenção Básica do SUS (COSTA e TAVARES, 2019).

A PNAUM analisou o acesso aos medicamentos pela população, num modelo adaptado ao já demonstrado (LUIZA, 2003), nas dimensões da disponibilidade, capacidade aquisitiva, acessibilidade geográfica, adequação e aceitabilidade. A maioria dos usuários obteve os medicamentos necessários nas farmácias do SUS, tendo na dimensão disponibilidade, 59,8% dos usuários declarado ter acesso total aos medicamentos; 35,9% acesso parcial e 4,3% não ter acesso aos medicamentos. Quanto à acessibilidade geográfica, 60% dos usuários informaram que a unidade básica de saúde não ficava longe de sua residência, 83% afirmaram ser muito fácil / fácil chegar até a unidade e a maioria dos usuários relatou caminhar (64,5%). Para adequação, a unidade foi avaliada como muito bom / bom para os itens conforto (74,2%) e limpeza (90,9%), e 70,8% dos usuários relataram não ter de esperar para retirar seus medicamentos. Sobre a aceitabilidade, para 93,1% dos usuários os atendimentos nas unidades dispensadoras de medicamentos são com respeito e cortesia pelos funcionários, e 90,5% declararam ser muito bom / bom o atendimento das unidades (COSTA e TAVARES, 2019).

Verifica-se que o acesso a medicamentos de forma universal, equânime e resolutiva para a população é um dos desafios no campo da Assistência Farmacêutica no SUS. No Brasil o acesso a medicamentos pode ser estudado por meio de diferentes recortes analíticos, que possibilitam avaliar a importância da AF do SUS. Um desses recortes é o gasto das famílias com medicamentos (LUIZA et al, 2016; VIEIRA et al, 2018).

São alarmantes as evidências de que os gastos com medicamentos são os principais responsáveis pelo gasto em saúde, ficando em torno de 45,0% da despesa em saúde das famílias e onerando, sobretudo, os mais pobres. Quanto à capacidade aquisitiva, 13% dos usuários deixaram de comprar algo importante para cobrir gastos com problemas de saúde e 41,8% apontaram a despesa com medicamentos (ÁLVAREZ et al, 2017).

As necessidades da população extrapolam a questão do acesso e da qualidade dos produtos farmacêuticos. Estas necessidades requerem ações articuladas ao processo de atenção à saúde, garantindo a continuidade do cuidado, bem como a prevenção e resolução de problemas ligados à farmacoterapia. Uma AF nova e integrada de maneira singular ao processo de cuidado em saúde se faz necessária para responder ao novo cenário farmacoepidemiológico que ora se apresenta.

2.6 Modelo lógico-conceitual de assistência farmacêutica

O processo de utilização de medicamentos nos serviços de saúde ocorre por meio de etapas bem definidas e integradas ao processo do cuidado no contexto das Redes de Atenção à Saúde (MENDES, 2011; GOMES et al., 2010; SOLER et al., 2010). O primeiro momento da abordagem clínica consiste na coleta e organização de dados e informações sobre o usuário. Em seguida, um diagnóstico é formulado, sendo este o produto do raciocínio clínico empregado pelo profissional, geralmente o médico. Na terceira etapa do processo é definido um plano terapêutico, idealmente em conjunto com o usuário, traduzido na prescrição de um ou mais medicamentos e de medidas terapêuticas não farmacológicas. A dispensação e orientação consistem na última etapa realizada antes da administração ou utilização do medicamento pelo usuário. A Figura 4 abaixo mostra as etapas deste processo, bem como as ações da gestão técnica da AF e a gestão clínica do medicamento.

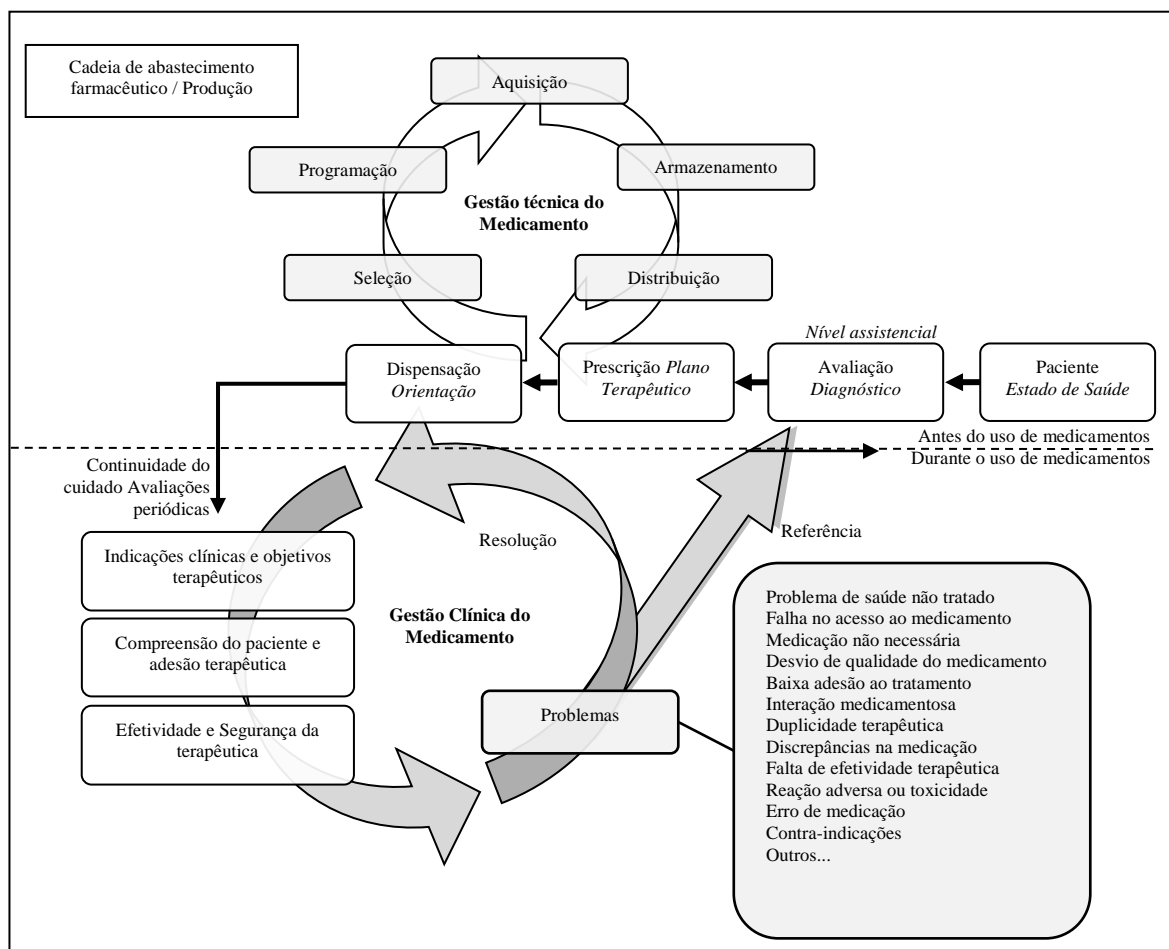


Figura 4 - Modelo lógico-conceitual da assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde.

Fonte: Correr, Otuki, Soler (2011).

As ações ligadas à gestão técnica da AF (ações gerenciais) dão suporte à prescrição e dispensação dos medicamentos, não se envolvendo diretamente com a continuidade do cuidado e a avaliação dos resultados terapêuticos dos usuários. Essas ações, ainda que devam se retroalimentar e reavaliar a partir de dados sobre a efetividade dos serviços, farmacovigilância e estudos de utilização de medicamentos, caracterizam-se pela ausência de enfoque clínico. A gestão clínica do medicamento (ações assistenciais), por outro lado, visa garantir que os cuidados envolvendo o uso do medicamento não se encerrem no ato da entrega dos produtos. Consiste em um conjunto de ações assistenciais, vinculadas à AF, que visa garantir o uso adequado dos medicamentos e a obtenção de resultados terapêuticos positivos (CORRER, OTUKI, SOLER, 2011).

A gestão da clínica enquanto subárea do planejamento em saúde trata da reorganização dos processos produtivos da rede de atenção a saúde, baseado em

diretrizes como: Acolhimento, vínculo, responsabilização, direito a saúde, centralidade no usuário, valorização do trabalho e do trabalhador e gestão democrática. A adoção dos conhecimentos e práticas da gestão da clínica nos processos de trabalho podem potencializar os processos produtivos utilizando os dispositivos preconizados, aqui destacamos: Acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação de ofertas, a coordenação do cuidado (apoio matricial, integração entre níveis assistenciais, projeto terapêutico singular), Equipes de referência, colegiados de gestão, clínica ampliada, cuidado em saúde, etc. (FURLAN; AMARAL, 2008).

2.7 Financiamento da assistência farmacêutica

No Brasil, tradicionalmente, o financiamento da Assistência Farmacêutica esteve atrelado à definição de elencos de medicamentos de uso ambulatorial. No entanto, em 2007 (Portaria MS nº 204, de 29 de janeiro de 2007), foram regulamentados o financiamento e a transferência de recursos federais para ações e serviços de saúde, seu monitoramento e controle, na forma de blocos de financiamentos, um dos quais destinado à assistência farmacêutica. A partir dessa regulamentação, o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica foi constituído por três componentes: o componente básico, o componente estratégico e o componente especializado. As responsabilidades dos entes federados na execução e financiamento dos componentes estão regulamentadas em Portarias específicas atualizadas periodicamente.

✓ Componente Básico da Assistência Farmacêutica: destina-se à aquisição de medicamentos e insumos no âmbito da Atenção Básica em saúde e àqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados deste nível de atenção, incluindo os fitoterápicos e as insulinas NPH e R – ações orçamentárias 20AE e 20K5.

✓ Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: financiamento para o custeio dos medicamentos destinados ao tratamento de patologias que, por sua natureza, possuem abordagem terapêutica estabelecida, entre elas a tuberculose; hanseníase; malária; leishmaniose; doença de Chagas; e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais dos Programas de DST/AIDS; hemoderivados; e dos imunobiológicos medicamentos para tratamento da influenza (inclusive vacinas). Com a publicação da Portaria GM/MS nº. 3237/2007, relacionada à regulamentação do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, a partir de janeiro

de 2008, passam a integrar este componente os medicamentos para os programas de combate ao tabagismo e de alimentação e nutrição. Este componente é financiado pelo Ministério da Saúde – ações orçamentárias 4295, 20BA, 20YE, 4368, 4370 e 6031.

✓ Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: este componente aprimora e substitui o Componente Medicamentos de Dispensação Excepcional, e tem como principal característica a busca da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, de agravos cujas abordagens terapêuticas estão estabelecidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo Ministério da Saúde. Estes PCDT estabelecem quais são os medicamentos disponibilizados para o tratamento das patologias contempladas e a instância gestora responsável pelo seu financiamento – ação orçamentária 4705 (VIERA et al, 2018).

Ainda se tem o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPPB), criado em 2004 pelo Governo Federal como nova modalidade de promoção do acesso a medicamentos, especialmente para pessoas com baixa renda e usuárias de planos privados de saúde, portanto, visando camadas da população não usuárias do SUS.

O PFPPB disponibiliza um rol de produtos subsidiados pelo governo, utilizando sistema de copagamento. O programa passou por mudanças ao longo do tempo, e foi implementado por meio de três modelos institucionais apoiados pelo governo, não excludentes (VIERA et al, 2018; COSTA e TAVARES, 2019):

- Farmácias estatais, da chamada Farmácia Popular Rede Própria (FPRP), finalizado em 2017 - inclui apenas as despesas com medicamentos dispensados tanto na rede própria de farmácias – Finalizado em 2017 - (vinculadas a estados, municípios, órgão ou entidade pública, ou também a instituições privadas sem fins lucrativos, mantenedores de estabelecimento hospitalar ou de ensino superior de farmácia)
- Expansão em 2006, em parceria com o comércio farmacêutico, denominado posteriormente Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP) – inclui despesa na rede privada com fins lucrativos;
- Isenção de copagamento, em 2011, em todas as farmácias no âmbito do Programa, para anti-hipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos, conhecido como Saúde Não tem Preço (SNTP) - São dispensados medicamentos para

tratamento de hipertensão, diabetes, dislipidemia, asma, rinite, doença de Parkinson, osteoporose, glaucoma, além de anticoncepcionais e fraldas geriátricas – ações orçamentárias 7660, 8415, 20YR e 20YS.

Recentemente, a Portaria nº 3.992, de 28/12/2017 alterou a Portaria de Consolidação nº6/GM/MS de 28/09/2017, a qual contemplava, por sua vez, o conteúdo da Portaria nº 204/2007 acerca do financiamento e da transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde. Os recursos federais para as ações e serviços de saúde na modalidade fundo a fundo passaram a ser realizados em apenas um bloco, em conta única para recursos de custeio, mantendo-se grupos de ações dentro do bloco, incluindo a Assistência Farmacêutica.

O Título V, Capítulo I da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (Anteriormente Portaria MS/GM nº 1.555, de 30 de julho de 2013), define as responsabilidades e o financiamento da gestão do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, constantes dos Anexos I da RENAME vigente e de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com aplicação, no mínimo, dos seguintes valores de seus orçamentos próprios (BRASIL, 2019):

- União: R\$ 5,58 por habitante/ano;
- Estados e Municípios: no mínimo R\$ 2,36 por habitante/ano cada ente, incluído neste valor a aquisição de insumos para os usuários insulíndependentes estabelecidos no Título III, Capítulo X da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017, (Anteriormente Portaria MS/GM nº 2.583, de 10 de outubro de 2007) constantes no anexo IV da RENAME vigente;
- Distrito Federal: aplicar no mínimo o somatório dos valores definidos para os estados e municípios na mesma perspectiva de atendimento destes.

O repasse dos recursos financeiros para os municípios, oriundos do orçamento do MS para a aquisição dos medicamentos deste componente, é repassado por meio de parcelas mensais correspondentes a 1/12 do valor anual. Importante destacar, que nada impede que as Comissões Intergestores Bipartite (CIB) estaduais pactuem valores acima daqueles pactuados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), e citados anteriormente, que cabem ao estado de sua jurisdição e aos municípios (BRASIL, 2019).

2.8 Assistência Farmacêutica na Rede de Atenção à Saúde

Atualmente as mudanças demográficas observadas no país, que apontam para o envelhecimento de nossa população, e também pelo significativo aumento das condições crônicas em seu perfil de morbimortalidade vem alterando as necessidades de saúde da população brasileira (BRASIL, 2015b).

Esse aumento de condições crônicas, ocasionado não só pela maior presença das doenças crônico-degenerativas, mas também pelo aumento da sobrevivência de pacientes portadores de outras patologias, cujo controle foi viabilizado pelo próprio desenvolvimento científico e tecnológico incorporado ao setor saúde, coexistindo com doenças infectocontagiosas e também com um aumento expressivo da morbimortalidade por causas externas, caracterizam um quadro epidemiológico bastante complexo cujo enfrentamento exige profundas mudanças no Sistema Único de Saúde (SUS) (LAVRAS, 2011; MENDES, 2011).

O SUS em seu processo de estruturação se organizou para o manejo clínico das condições agudas presentes nesse quadro de necessidades do que para o manejo clínico das condições crônicas, já que isso se constitui em processo que envolve o desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e garantia de continuidade assistencial, o que só pode ser obtido através de sistemas integrados (BRASIL, 2015b; 2015c; 2015d).

A fragmentação do SUS vem sendo um dos principais desafios a serem superados, dificultando o acesso, gerando descontinuidade assistencial e comprometendo a integralidade da atenção ofertada, o que fortalece os questionamentos emblemáticos da capacidade do SUS em responder adequadamente às exigências colocadas por esse quadro de necessidades de saúde (LAVRAS, 2011; BRASIL, 2015b; 2015c; 2015d).

O desafio que se configura, está na construção de um sistema integrado, que, numa dimensão macro e respeitando a autonomia federativa dos entes, consiga articular suas práticas em âmbito regional, na perspectiva de estruturação de redes de atenção à saúde, a exemplo do que vem sendo tentado em vários países, visando favorecer o acesso com continuidade assistencial, integralidade da atenção e utilização racional dos recursos existentes (BRASIL, 2015b; 2015c; 2015d).

O conceito de Redes de Atenção à Saúde (RAS), se encontra expresso nos vários documentos oficiais que vêm orientando o processo de estruturação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Em documento recentemente editado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Rede de Atenção à Saúde é considerada:

“[...] uma rede de organizações que presta, ou faz esforços para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida, e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve” (OPAS, 2010; *Apud*: OPAS, 2011, p. 15).

Em adição, a Portaria nº 4279/2010 (BRASIL, 2010) define 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”.

Alguns autores, reconhecem a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) como organizadora das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS) e coordenadora do cuidado. Assim, no processo de reordenamento de sistemas na perspectiva de estruturação das RRAS, o fortalecimento da APS configura-se como a principal estratégia, entendendo que para o bom funcionamento de qualquer sistema de saúde é imprescindível que as ações e as atividades de APS sejam resolutivas, visando assegurar a redução das iniquidades e garantir um cuidado em saúde de qualidade. (LAVRAS, 2011; MENDES, 2011; SANTOS e CAMPOS, 2015; PINAFO e CARVALHO, 2016; MELLO GA et al, 2017; SHIMIZU et al, 2017; VIANA *et al*, 2018).

Mas o processo de integração sistêmica que vem sendo perseguido no SUS, exige também, a integração tanto na dimensão dos serviços de saúde como das práticas profissionais. Nessa perspectiva, é necessário definir um conjunto de iniciativas direcionadas a qualificação, organização e integração de estruturas ou processos relacionados a esses serviços e às práticas profissionais que neles se desenvolvem (LAVRAS, 2011).

Ainda que se identifiquem avanços da AF no âmbito do SUS, reconhece -se que ainda persistem desafios a serem enfrentados na perspectiva de garantir qualidade, acesso e estímulo ao uso racional de medicamentos.

A efetiva estruturação da Assistência Farmacêutica na RAS é fundamental não só para ampliar e qualificar o acesso da população aos medicamentos, mas também para qualificar o cuidado em saúde ofertado diretamente aos usuários do sistema. Nesse sentido, há que se superar uma visão restritiva das atividades de assistência farmacêutica, que valoriza quase que exclusivamente seu componente logístico em detrimento da clínica farmacêutica e/ou do cuidado farmacêutico

O cuidado farmacêutico consiste em um conjunto de ações e serviços realizados pelo profissional farmacêutico, levando em consideração as concepções do indivíduo, família, comunidade e equipe de saúde com foco na prevenção e resolução de problemas de saúde, além da sua promoção, proteção, prevenção de danos e recuperação incluindo não só a dimensão clínico assistencial, mas também a técnico-pedagógicas do trabalho em saúde (COSTA e TAVARES, 2019).

Na Portaria nº 4.279/2010 (BRASIL, 2010), a Assistência Farmacêutica é descrita como um dos elementos constituintes das Redes de Atenção à Saúde (RAS), enquanto sistema de apoio na estrutura operacional.

Deve-se entender a assistência farmacêutica como um conjunto de atividades tanto de apoio, relacionadas ao abastecimento e ao apoio terapêutico – seleção, programação, compra, armazenamento, distribuição e entrega de medicamentos, como de cuidado farmacêutico, relacionadas a educação em saúde e a clínica farmacêutica propriamente dita, entre as quais se destacam as atividades realizadas através de consultas individuais ou compartilhadas, essenciais no processo de enfrentamento das condições crônicas (ARAÚJO et al, 2017).

Para que se tenha um adequado manejo clínico dessas condições, deve-se ter uma atuação diferenciada de cada profissional, preservando a continuidade assistencial e da integração do trabalho multiprofissional, o que no caso do farmacêutico deve se voltar prioritariamente aos portadores de co-morbidades; aos pacientes polimedicados e/ou àqueles que apresentem baixa adesão ao uso de medicamento (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; BRASIL, 2014; COSTA e TAVARES, 2019).

É necessário que o paciente seja visto de forma transversal nos Sistemas de Saúde, e, para isso, o medicamento deve ter sua gestão integrada entre os diferentes serviços e profissionais. A existência de diferentes visões terapêuticas, a falta de comunicação entre os profissionais ou as distintas perspectivas assistenciais resultam

em decisões heterogêneas que afetam a utilização dos recursos terapêuticos farmacológicos a nível individual e populacional. Portanto, um nível de coordenação das decisões e a gestão do cuidado farmacêutico, capazes de integrar coerentemente as ações de diferentes profissionais para garantir a máxima eficácia e o risco mínimo nas terapias, constitui o fator facilitador da coordenação assistencial. Desde essa perspectiva, no processo de coordenação de cuidado se integração clínica, os serviços farmacêuticos podem e devem agir como catalisadores para todos os elementos de apoio a atividades e critérios clínicos entre profissionais, e também entre profissionais e pacientes (COSTA e TAVARES, 2019).

Dessa maneira, a implementação das políticas de saúde, em especial às políticas farmacêuticas no Brasil, continua sendo perseguida, com a necessidade de identificarmos quais os seus impactos locais nos municípios brasileiros e, ainda, a fim de analisarmos quais as perspectivas de aprimoramento na oferta dos serviços farmacêuticos aos usuários do sistema.

Os Serviços farmacêuticos: constituem-se no conjunto de atividades e processos de trabalho relacionados ao medicamento, protagonizados pelo farmacêutico (em especial nas ações finalísticas), e desenvolvidos no âmbito da atenção em saúde com vistas a potencializar sua resolubilidade. Esse conjunto de atividades compreendem tanto atividades técnico-gerenciais (atividades de apoio) quanto clínicas (atividades finalísticas) dirigidas a indivíduos, família e comunidade (COSTA e TAVARES, 2019).

Como já abordado, a APS deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde; coordenando o cuidado e ordenando a RAS. Cabe destacar que, a PNAB 2017, trouxe essa nova perspectiva regulamentando as ações que os municípios devem exercer na Assistência Farmacêutica:

“Desenvolver as ações de assistência farmacêutica e do uso racional de medicamentos, garantindo a disponibilidade e acesso a medicamentos e insumos em conformidade com a RENAME, os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, e com a relação específica complementar estadual, municipal, da união, ou do distrito federal de medicamentos nos pontos de atenção, visando a integralidade do cuidado”.

No Brasil, o modelo vigente da assistência farmacêutica não atende os princípios e diretrizes propostos pela RAS em sua totalidade, sendo necessário que as ações e serviços da assistência farmacêutica, avancem conjuntamente na perspectiva da rede, devendo, enquanto parte integrante do sistema, se reorganizar para responder aos atuais desafios relacionados à integração sistêmica que vem sendo perseguida no marco das Redes Regionais de Atenção à Saúde e de qualificação do cuidado ofertado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral: Analisar a execução de três Eixos Estratégicos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica em Regiões de Saúde do Sistema Único de Saúde.

3.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar o processo de seleção de medicamentos nas regiões de saúde (Eixo IV da PNAF: Utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais);
- Analisar a compatibilização entre os elencos ofertados pelos municípios nas regiões de saúde analisadas (Eixo IV da PNAF: Utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais);
- Identificar a descentralização das ações referentes a execução da Assistência Farmacêutica e seu financiamento, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada pelos municípios nas regiões de saúde analisadas (Eixo II da PNAF: Manutenção de Serviços de Assistência Farmacêutica na Rede Pública de Saúde, e Eixo III da PNAF: Descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras)

4 MÉTODO

Trata-se de uma análise de dados provenientes da pesquisa ‘Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do QualiSUS-Rede’, que teve como objetivo a identificação da situação dos serviços farmacêuticos, técnicos gerenciais e assistenciais nas 15 Regiões Prioritárias do QualiSUS-Rede, de acordo com as diretrizes propostas para o funcionamento das Redes Regionais de Atenção à Saúde (RRAS).

4.1 Período e Cenário do estudo

A Pesquisa teve delineamento transversal, com coleta de dados de dezembro de 2013 a julho de 2015 em todos os estabelecimentos públicos de saúde que realizavam armazenamento local de medicamentos em 485 municípios de 43 regiões de saúde e o Distrito Federal, que faziam parte das Regiões QualiSUS-Rede em setembro de 2013.

4.2 Coleta de dados

4.2.1 Instrumentos e técnicas

Para coleta de dados primários para a pesquisa, foram utilizados formulários estruturados aplicados aos responsáveis pela Assistência Farmacêutica nos municípios das Regiões de Saúde selecionadas (Anexo 2). De forma complementar foram obtidos dados por meio de instrumento eletrônico disponibilizado via <http://formsus.datasus.gov.br>, contendo o elenco dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) referentes a última aquisição de medicamentos nos municípios das regiões de saúde investigadas.

Para a análise, foi estruturada uma base de dados secundária utilizando um recorte dos dados primários da pesquisa. Para analisar a compatibilização entre os elencos de medicamentos ofertados nas Regiões de Saúde foram incluídos na base de dados secundária dados da coleta primária do elenco dos medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) referentes a última aquisição de medicamentos nos municípios das regiões de saúde investigadas.

Foram incluídos na análise todos os municípios que possuíam responsáveis pela assistência farmacêutica, sendo que para a análise da compatibilização de elenco nas Regiões de Saúde, foi utilizado o envio de dados referentes ao elenco de medicamentos da última aquisição com pelo menos 60% do número total de municípios de cada região.

4.3 Análise e interpretação dos dados

Foram analisados indicadores sobre as categorias de interesse de três eixos estratégicos da PNAF, ilustradas conforme a Matriz das Variáveis do Estudo (Quadro 1), a saber:

II - Manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS;

III - Descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados;

IV - Utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica;

Para a análise dos Eixos II e III foram utilizados os dados do instrumento estruturado que foi aplicado aos responsáveis pela Assistência Farmacêutica dos municípios investigados (Anexo 2). Foram excluídos os municípios que não possuíam profissional responsável pela Assistência Farmacêutica municipal.

As questões analisadas foram: a) Conhecimento sobre a norma Federal (portaria do Ministério da Saúde) vigente de execução do Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, e/ou sobre a norma Estadual (Resolução CIB) vigente de execução do Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; b) Organização na forma de consórcio para aquisição de medicamentos; c) Existência de algum programa de co-financiamento da Assistência Farmacêutica instituído; d) Destinação de recursos financeiros da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no valor total previsto em portaria, no ano anterior pelo Município e/ou pelo Estado; e) Destinação de recursos financeiros nos últimos seis meses da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica previsto em portaria pelo Município e/ou pelo Estado; f) Os recursos orçados para aquisição de medicamentos foram utilizados em sua totalidade, no ano anterior; g) Identificação de vantagens para o município em relação à Assistência Farmacêutica com a participação no consórcio.

Quadro 1 - Matriz das variáveis de interesse do estudo

EIXO DA PNAF	VARIÁVEL	PERGUNTA	OBJETIVO	
II - Manutenção de serviços de assistência farmacêutica na rede pública de saúde, nos diferentes níveis de atenção, considerando a necessária articulação e a observância das prioridades regionais definidas nas instâncias gestoras do SUS;	Pactuação Comissão Intergestores Bipartite (CIB).	Tem conhecimento da Portaria do Ministério da Saúde, em vigência, a qual define as normas e execução do Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica?	Identificar se os RAF conhecem a norma Federal (portaria do Ministério da Saúde) vigente de execução do Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica,	
		Tem conhecimento da Resolução CIB, em vigência, a qual define normas para a execução do Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Estado?	Identificar se os RAF conhecem a norma Estadual (Resolução CIB) vigente de execução do Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica;	
		Qual a forma de pactuação vigente realizada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para o Repasse da Contrapartida Estadual do Componente Básico da Assistência Farmacêutica?	Identificar se há e como se dá a pactuação na CIB para este recurso	
	Co-financiamento Estadual ou Municipal.	Existe algum programa de co-financiamento da Assistência Farmacêutica instituído?	Identificar a existência de cooperação e complementação financeira	
		Houve emenda parlamentar, no último ano, destinada a Assistência Farmacêutica?	Identificar a existência de receitas oriundas de emendas parlamentares	
	Consórcio.	O Município está organizado na forma de consórcio para aquisição de medicamentos?	Identificar a existência de consórcio e cooperação federativa	
		Qual a vantagem para o município em relação à Assistência Farmacêutica com a participação no consórcio?	Identificar vantagens com a participação em consórcio	
	III - descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em programas desarticulados	Receita do Componente Básico da Assistência Farmacêutica.	O Município destinou recursos financeiros da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no valor total previsto em portaria, no ano anterior?	Conhecer a destinação de recursos financeiros do CBAF
			O Estado destinou recursos financeiros da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no valor total previsto em portaria, no ano anterior?	Conhecer a destinação de recursos financeiros do CBAF
			Nos últimos seis meses, o Município destinou recursos financeiros da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica previsto em portaria?	Conhecer a destinação de recursos financeiros do CBAF
Nos últimos seis meses, o Estado destinou recursos financeiros da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica previsto em portaria?			Conhecer a destinação de recursos financeiros do CBAF	
Os recursos orçados para aquisição de medicamentos foram utilizados em sua totalidade, no ano anterior?			Conhecer a execução financeira de recursos do CBAF	
IV - utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da	Seleção de medicamentos.	Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) formalmente constituída na Secretaria Municipal de Saúde?	Identificar e quantificar as CFT	
		A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é composta por:	Caracterizar as CFT	
		A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) se reuniu no último ano?	Conhecer o funcionamento da CFT	
		Existe uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) ou uma Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) instituída?	Identificar a existência de Listas de medicamentos essenciais e sua institucionalização	

assistência farmacêutica;	Há uma Relação Estadual de Medicamentos Básicos pactuada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB)?	Identificar a pactuação dos elencos de medicamentos
	Qual(is) o(s) critério(s) utilizado(s) para a composição da lista padronizada de medicamentos do Município?	Conhecer e Caracterizar a seleção de medicamentos
	A lista de medicamentos padronizados possui algum medicamento que não está na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)?	Identificar medicamentos não incorporados ao SUS que estão em uso
	Há um formulário disponível para a solicitação de inclusão/exclusão de medicamentos na lista padronizada do Município?	Conhecer e Caracterizar a seleção de medicamentos

Fonte: Análise de eixos estratégicos da política nacional de assistência farmacêutica em regiões de saúde no SUS.

A análise dos resultados foi realizada pela inferência estatística descritiva, onde foram calculadas as frequências absolutas simples e relativas, com suporte do sistema para análises estatísticas do programa Epi Info™ 7.1.5.

Para a análise do Eixo IV, no que se refere a caracterização dos elencos de medicamentos do CBAF adquiridos pelos municípios das Regiões de Saúde, os medicamentos foram classificados segundo Nível 1, 3 e 5 da ATC (Anatomical Therapeutic Chemical [ATC] Classification System) (WHO, 2013) e sua presença na RENAME; vigente no período de estudo (BRASIL, 2012c).

Para análise da compatibilização dos elencos dos medicamentos, foi realizada uma análise item a item e verificado o percentual de compatibilização entre os municípios nas regiões de saúde (número de medicamentos adquiridos em todos os municípios da região de saúde/número total de medicamentos adquiridos na região de saúde). Também foram analisados o número, a média e número máximo e mínimo de medicamentos adquiridos por região de saúde. Para esta análise foram incluídos os medicamentos adquiridos, independente da apresentação (dose e forma farmacêutica) do mesmo.

A análise descritiva das variáveis de interesse foi realizada através do Programa Estatístico SPSS 18.0. As variáveis foram analisadas por meio de estatística descritiva com cálculo de frequências, médias e desvios padrão.

4.4 Aspectos éticos:

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), por meio do Parecer nº 399.423 de 18 de setembro de 2013 (Anexo 1). Todas as entrevistas foram precedidas de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Artigo 1 - Seleção de medicamentos no SUS: uma análise em regiões de saúde do Brasil

Submetido a Revista Cadernos de Saúde Pública.

SELECTION OF MEDICINES IN SUS: AN ANALYSIS IN HEALTH REGIONS OF BRAZIL

Introduction

The selection of essential medicines with definition of lists has advanced in several countries as the main recommendation of the World Health Organization (WHO) to reach rationality in the use of medicines, that is, to select medicines with quality and reasonable cost. To this end, WHO also recommends institutionalizing Pharmacy and Therapeutics Committees (PTC) at institutional, regional and national levels^{1, 2, 3, 4}.

Since Alma Ata, the importance of applying the concept of essential medicines, such as those that meet the population's priority health care needs, has been reaffirmed, especially in the context of health coverage and rational use of resources. Despite the efforts and the recommendations and discussions held by numerous countries along with WHO, the population's access to medicines continues to be a social challenge, involving not only the need to ensure the availability of medicines, but also their rational use^{5, 6, 7, 8, 9}.

The United Nations (UN) identifies policies on essential medicines as crucial to promote health and achieve sustainable development, including the importance of safe and effective access, essential and quality medicines and vaccines for all, and the need to develop medicines to handle treatment gaps such as central components in universal health coverage and as one of the Sustainable Development Goals¹⁰.

In all continents, several countries have adopted essential medicines policies in accordance with the objectives recommended by WHO, UN, and so on. In the national medicines policies of Latin American and Caribbean countries such as Brazil (1998), Bolivia (1996 and 2005), Colombia (2003), Chile (2004), Dominican Republic (2005) and Mexico (2005), of countries in Oceania such as Papua New Guinea (2003), African countries such as South Africa (1995), and Asia countries such as India, Palestine

(2000), and China (2009), public records of policy implementation have associated a better quality of products and their use. However, all these countries continue to experience some regional or local shortages of medicines, mainly because of the difficulty of maintaining these lists.^{5, 6, 7, 8, 9, 11, 12}.

Some countries, generally the richest, adopt mechanisms of medicines selection and list-making methods similar to those recommended by WHO, such as Norway, Australia, Sweden, New Zealand. Drug lists are established using the criteria of effectiveness, safety, quality, and cost-effectiveness analysis, and these medicines are subsidized or reimbursed, or the patients are invited to participate in the payment¹².

In contrast to this process, Nicaragua (1998) and Venezuela (2000) did not adopt WHO's objectives in their medicines policies, and also presented difficulties in promoting access to medicines for their populations. Unlike WHO member countries, Canada does not have a list of essential medicines; however, despite being a rich country, it faced a crisis of medicines shortages in the year 2012, and several health authorities recommended the establishment of an Essential Medicines List (EML)^{5, 6, 7, 8, 9, 11, 12}.

The challenges for the implementation of these policies are similar across the world, with partial and short-term measures that for various reasons have not had the desired result. This is the case of the creation of lists of compulsory medicines lists that regulate the use of generic names in the prescription, and the attempt to joint procurement on a continent, such as that made by Central American countries^{5, 6, 7, 8, 9}.

Recently, The Lancet's Commission on Essential Medicines Policies¹³ identified five crucial points for essential medicines policies, namely, financing strategies, access, quality and safety, rational use, market, and lack of essential medicines. The committee recommended: (i) payment of a basket of essential medicines to promote sustainable access for all; (ii) making essential medicines accessible to achieve equity; (iii) ensuring the quality and safety of medicines to avoid harm to users; (iv) promoting the use high quality essential medicines leading to better therapeutic results and achieving health efficiency; (v) establishing a comprehensive research and development (R&D) policy which is structured to address the lack of medicines and make them accessible to all¹³.

Pharmaceutical policies in Brazil^{14,15} state that essential medicines should be selected at the local level based on the National List of Essential Medicines (RENAME), as one of the strategic axes for ensuring population access to essential medicines with quality and safety and the promotion of the rational use of medicines

through actions that restrict prescription, distribution and consumption and the use of RENAME.

Some national studies^{2, 4, 16, 17, 18, 19, 20} indicate advances in drug selection processes and revisions of the national essential medicines list in Brazil, showing the accumulation of experience and increased maturity at the federal level. However, despite being one of the first countries to adopt the medicines selection strategy with definition of essential medicines lists, studies have shown important gaps in activities as well as challenges, pointing out that the national experience has not provided sufficient support at the local level to meet the demands in line with a complete and adequate process of medicines selection.

Brazil is a country that is organized in a federative political system constituted by three levels of government – Union, states and municipalities -, all considered by the 1988 Constitution of the Federal Republic of Brazil as entities with administrative autonomy and without hierarchical linkage. This Constitution also ensured health and access to medicines as a right. From the starting point of legal definitions established by the Constitution and by the Health Organic Law, the process of implementation of the Unified Health System (SUS) was initiated^{21, 22, 23}.

Brazilian federalism stands out for its implications in the health area. This happens because it is still somewhat "under construction" and has a relatively recent history. Also, the municipalities have a weighty role because they are considered federative entities with many responsibilities in the implementation of public policies, presenting a huge diversity in terms of size and political, economic and social development. Brazilian federalism also stands out for the different possibilities of implementing public health policies, in view of the complexity of facing the challenges inherent in this area, such as multiple determinations on the health status of the population and individuals; diverse health needs in a population; different types of actions and services to meet these needs; training of personnel and technological resources required to provide care for the population; and interests and pressures of the market in the sector^{21, 22, 23}.

The legislative provisions that regulate the organization of SUS^{22, 24} in Health Care Networks (HCN) direct the focus towards regionalization with the institution of Health Regions, Prioritization and Health Planning.

HCN are understood as organizational arrangements of functional health units, points of attention, and points of diagnostic and therapeutic support where procedures of

different technological densities are developed. When such procedures are integrated through logistical and management systems, they seek to guarantee the comprehensiveness of care²⁵.

A Health Region is defined as a continuous geographic space made up of groups of neighboring municipalities, delimited by cultural, economic and social identities, communication networks, and shared transport infrastructure, in order to integrate the organization, planning and implementation of health actions and services²⁴.

Through the adoption of this new organization of the health system, the RENAME started to encompass the selection and standardization of medicines indicated for the treatment of diseases within the scope of the SUS, being accompanied by the National Therapeutic Form - NTF, clinical and therapeutic protocols that subsidize the prescription, distribution and use of medicines, and represents the main guideline for Pharmaceutical Services - PS and for the promotion of Rational Use of Medicines²⁴.

The problem is that the selection of medicines focused on the needs of municipal health services, without proper regional articulation and the design of HCN, does not seem enough to meet the demands and needs of the health regions.

In this sense, the present study aims to characterize the process of medicines selection in Brazilian health regions and analyze the compatibility among the lists offered by the corresponding municipalities.

METHODS

This is an analysis of data from the research entitled 'Pharmaceutical Services in Health Care Networks: an excerpt in QualiSUS-Network regions', whose objective was to identify the situation of pharmaceutical, technical management and care services in the 15 priority QualiSUS-Network Regions, according to the guidelines proposed for the functioning of the Regional Health Care Networks (RHCN).

The study had a cross-sectional design, with data collection from December 2013 to July 2015 in all public health establishments that performed local storage of medicines from 485 municipalities and the Federal District, from 43 health regions (<http://sage.saude.gov.br/>) that were part of the QualiSUS-Network Regions in September 2013.

To characterize the medicines selection process, we analyzed data collected through the structured instrument applied to people responsible for the Pharmaceutical

Services of the municipalities investigated. The municipalities that did not have a professional who was responsible for the Municipal Pharmaceutical Services were excluded.

The analyzed variables were: a) existence of a standardized List of medicines of the Municipality or a standardized List of medicines of the State formally instituted (yes/no); b) existence of a Pharmacy and Therapeutics Committee (PTC) formally constituted (yes/no/under implantation); c) which criteria (s) are used for the elaboration of the standardized list of medicines in the Municipality; d) whether the list of standardized medicines has any medicine that is not included in the National Essential Medicines List (RENAME) (yes/no); e) existence of a form available for the request of inclusion/exclusion of medicines in the standardized list of the Municipality (yes/no); and f) List of standardized medicines (and its updates) printed in prescribers' offices (yes/no).

In order to analyze the lists offered in the health regions, data of the electronic instrument sent through the electronic address <http://formsus.datasus.gov.br> containing the list of medicines offered in Primary Health Care (PHC), regarding the last acquisition of medicines of the municipalities, were analyzed.

All the medicines offered in the context of PHC acquired by the municipalities between the health regions informed in the electronic instrument of collection were classified according to level 1 and 2 of the ATC (Anatomical Therapeutic Chemical [ATC] classification system)²⁶ and according to presence in the RENAME in force in the period of study²⁷.

To analyze the compatibility of the lists of medicines, an item-by-item analysis was performed and the percentage of compatibility between the municipalities in the health regions was checked (number of medicines purchased in all municipalities in the health region/total number of medicines purchased in the region of health). We also analyzed the number, the mean, and the maximum and minimum number of medicines purchased per health region. The purchased medicines were included in this analysis regardless of presentation (dosage and pharmaceutical form).

All regions with provision of data on the list of medicines of the last purchase with at least 60% of the total number of municipalities in the region were included in the analysis.

The study was approved by the National Research Ethics Committee (CONEP), under Opinion 399.423 of September 18, 2013. All interviews occurred after the

participants signed the Informed Consent Term (ICT).

RESULTS

Of the total number of municipalities investigated (n = 485), 14% were excluded from the analysis due to absence of a person responsible for pharmaceutical services. Thus, data from 417 municipalities belonging to 42 Health Regions were analyzed. About one third (28.5%) were located in the Southeast Region, 26.1% in the Northeast Region, 20.1% in the North Region, 17.3% in the South Region, and 7.9% in the Central-West Region of the country.

Table 1 describes the characterization of medicines selection, as reported by the responsible for Pharmaceutical Services of the municipalities. It was observed that only about half of the municipalities (54.9%) have standardized medicines lists formally instituted, and in about half of the municipalities, the list of standardized medicines presents some items that are not in the RENAME.

Formalization of Pharmacy and Therapeutics Committees (PTC) was found in only 11.5% of municipalities, and in a small part (19.0%), it was mentioned the existence of a form available for requesting the inclusion/exclusion of medicines in the standardized list of the Municipality. Most of the municipalities (73.0%) stated that the printed list of standardized medicines is available in the prescribers' offices.

Among the criteria used for creation of the standardized list of medicines in the municipalities, the demand in municipal health services and the use of the list of the State or the Union were the most frequent, being reported by about half of the municipalities (Table 2).

Table 3 presents the characterization of the four main groups of medicines purchased according to the anatomical and therapeutic level of the ATC, with the most frequent being the medicines that act on the Nervous System (22.2%), followed by those that act on the Cardiovascular System (17.5%), as well as anti-infectious medicines for systemic use (15.9%), and medicines for the Digestive apparatus and metabolism (10.2%). Virtually all medicines of the Basic Component of Pharmaceutical Services (99.8%) purchased by the municipalities were in the RENAME in force at the time of the study.

Table 4 describes the acquisition of medicines in the health regions in relation to the number of municipalities, population, and mean, maximum and minimum number of medicines acquired and the percentage of compatibility of the lists per municipality

and health region. It was observed that 58.3% of the regions were constituted by up to 06 municipalities, with an average of medicines obtained in the last purchase that ranged from 52 to 104 among the analyzed regions. As for the percentage of compatibility of the list of medicines acquired among municipalities, there was a low compatibility in most of the regions, with the highest percentage observed in two health regions, corresponding to 50-60% of the medicines purchased by all municipalities.

DISCUSSION

The present study shows some shortcomings in the medicines selection process in the municipalities; a small part presented formalization of PTC and only half of the municipalities had standardized lists of medicines formally instituted, presenting some medicines that were not in the RENAME.

In Brazil, many studies^{2, 4, 16, 17, 18, 19, 20, 28, 29} have indicated that the adoption of essential medicines lists at the three federative levels in Brazil has sought to meet the health needs demanded in the territories, municipalities, health regions and states. However, there is still evidence of weaknesses in the national experience in exercising its guiding role for other entities.

The results in the present study are similar to those found in a national study³⁰ with data from 954 municipalities in Brazil, based on an electronic questionnaire filled out by Coordinators or the Responsible professionals for Pharmaceutical Services, where the existence of a proper relationship of medicines was of 58.9%. Similarly, another study²⁹ analyzed data from municipalities belonging to a health region in one of the Brazilian states and found that, of the seventeen municipalities surveyed, twelve were found to present municipal lists of medicines, with an average of 36.1% of medicines not listed in the RENAME. The results of another national study²⁸ showed that in the period 2009-2010, few Brazilian municipalities had created their lists of essential medicines and few managers had a clear idea of their usefulness.

In the present study and in the aforementioned ones, the results indicate that a slight maturation has taken place in recent years with respect to the adoption of medicines lists. This can be seen in a recent study³¹ that analyzed the evolution of Pharmaceutical Services from 2008 to 2014 in a capital of the country. The study detected important changes in the PA of this capital such as periodic revisions of the municipal medicines list and qualitative increase of the supply, expanding the scope of covered conditions.

In a national study²⁸, the RENAME was recognized by state and municipal managers, but they understand its usefulness as an instrument for receiving federal funding and not as a guiding list of national scope, in clear disagreement with the Brazilian Medicines Policy.

It is important that Brazilian federations (municipalities and states) adopt national lists as reference and avoid including new medicines or products in their lists without due analysis and evaluation. They should assess and minimize risks, without negative effects to the consolidated actions, since a poorly planned incorporation can consume resources and impact on treatments and procedures already consolidated in clinical practice mainly at the local and regional level.

In a study that analyzed the advances and perspectives of the RENAME, the authors emphasized that the priority needs described in the concept of essential medicines should not be restrictive or dependent on a possible quantitative relevance of the disease or population under analysis. These studies indicate that the list of medicines is also a management tool in Brazil, with a clear definition of responsibility and financing, among the federative levels (Union, state and municipal), of the medicines offered, becoming an integrated process of health care planning and organization in SUS³².

The definition of responsibilities for provision and actions of health services, including the definition of standardized lists of medicines and their financing, is fundamental to guarantee access to users, but it is important to emphasize the need for other actions that favor and potentiate this process.

Dialogue, covenants, and cooperation between the municipalities that make up a Health Region and the state can be considered as powerful and strategic actions, especially if we consider that when the aim is to discuss and identify health needs, situations and problems faced at the local and regional level, these can be shared by their similarity and complexity, and characterize an interdependent action.

In the absence of a process of selection and definition of standardized medicines lists at the local and regional level, based on the actions abovementioned, the challenges faced in the scope of PA due to differences in the provision of services and medicines can lead the user to resort to other municipalities, seeking access to medicines and procedures not made available in a timely manner, either due to lack of coverage/standardization in the list or due to eventual shortages.

At the Selection stage, the choice of medicines should be based on epidemiological, technical and economic criteria. Furthermore, it is recommended that they be established by a Pharmacy and Therapeutics Committee (PTC) created in the scope of PA management, providing therapeutic gains, ensuring the provision of safe, effective and cost-effective medicines to the population, aiming to rationalize the use, harmonize therapeutic conducts, guide the purchase process, the production, and pharmaceutical policies³³.

WHO recommends the implementation of PTC at institutional, regional and national levels. In Brazil, there is not yet comprehensive policy on the institutionalization of PTC². The results found in the present study on PTC (11.5%) confirm the findings of other national studies^{29, 30}.

A similar result was found in a cross-sectional study that involved the collection of information in a sample of municipalities in the five regions of Brazil. Few pharmacy coordinators reported the existence of a PTC (12.5%), and there were no significant regional differences³⁴.

In a review study² comparing the few existing PTCs in Brazil (10%) with committees from developed countries identified that the institutionalization of PTC in health services is deficient and besides the lack of specific regulation, there is also a deficiency of mechanisms of evaluation and monitoring of the work and of the clinical and economic impacts that the implementation of these committees can generate.

The Brazilian reality regarding the existence of PTC and its functioning, verified both in the present study and in the others previously mentioned, calls for a reflection on the feasibility of its institutionalization and functioning at the municipal level, both in municipalities of smaller or larger size.

In a study carried out in a Brazilian capital³¹, it was observed that there was no formal multidisciplinary committee responsible for medicines selection, but there was another organizational arrangement established, resulting in a standardized list of medicines with 90% of items converging with the RENAME.

Besides the difficulty of the Brazilian municipalities to provide professionals, in the composition of the health teams, especially of forming multidisciplinary teams, it is also necessary that these teams and their professionals have knowledge and expertise compatible with the attributions of a PTC²⁹.

The result found in the present study where the demand of the health services is the main criterion for the creation of the list of medicines in the municipalities to the

detriment of the use of scientific evidences alerts to the necessity of implanting and qualifying these committees and their members. This result diverges from other national studies that found the presence of medicines in the RENAME, their cost, and the request by prescribers as main criteria for medicines selection^{28,29}.

In spite of the heterogeneity and low compatibility of the lists in the analyzed health regions, it should be emphasized that almost all medicines were listed in the RENAME in force during the period studied, which may point to its use as a guiding instrument for selection of medicines in the regions.

The adoption of new arrangements for the team or committee for the preparation of medicines lists, focusing on regionalization, cooperation between entities and interfederal articulation, can be effective and contribute to an adequate process of drug selection, benefiting all member municipalities, considering that the epidemiological profiles of these municipalities are very similar²⁹. It is therefore recommended that the processes of elaboration and the requests for inclusion or exclusion of medicines be supported by a regional PTC or Committee minimizing irrational lawsuits, and optimizing the available resources.

The findings of the present study about the average of medicines acquired in the last purchase among the analyzed regions and the percentage of compatible medicines in the analyzed health regions may likely confirm the previously mentioned concern.

Most of the municipalities mentioned the availability of the printed list of standardized medicines in prescribers' offices, which facilitates access to and dissemination of essential medicines lists, different from the observed in previous studies^{2, 4, 16, 17, 18, 19, 20, 28, 29}. The dissemination of the municipal list of medicines is important to provide access and knowledge of the population about which medicines the municipality provides, propitiating better adherence to prescribed treatments because it facilitates the access to medicines.

In the study about regional coverage in a Brazilian state²⁹, the author argues that facts such as these may lead to judicial processes (drug solicitation by judicial decision), because even when medicines are effectively selected, if the selection is not disseminated and used in a rational manner, judicial processes for the requisition of essential medicines will persist.

As a limitation, we point out that the data of the last purchase of medicines may not reflect the comprehensiveness of the medicines list of the municipalities. They rather point to the low compatibility of the list of medicines available in the primary

health care network acquired by the municipalities in the health regions studied, which may hinder access to medicines as well as favor the legal demand for medicines.

The results in the present study that only two health regions presented a percentage of compatible lists of medicines between 50-60% as well as the fact that the average number of purchased medicines ranged from 52 to 104 suggest weaknesses in the process of selection of medicines in these municipalities, and point to a disarticulation of management in these health regions.

For this reason, the importance of a HCN with articulated health services and with collective and integrated actions at all levels of government is emphasized. To this end, it is recommended that managers analyze the health situation and make decisions collectively and consensually towards a process of regional planning of health actions, and it is fundamental to guarantee and strengthen decision-making spaces for health managers.

In the context of a Health Region, the cultural, economic and epidemiological similarities of the municipalities are expected to be reported in the preferences, customs and demands for services and products, including medicines.

In only one study found in Brazil that analyzed the selection of medicines from a regional perspective in a health region with 17 municipalities²⁹, it was found that the elaboration of standardized medicines lists was quite different, and because the epidemiological profile of the municipalities of the region was similar, this disagreement should be less evident.

The quantitative and qualitative variation of medicines offered in the studied regions points to the need to explore other possibilities and carry out new studies. For example, in the region with the lowest average of number of purchased medicines (52), it would be important to analyze whether the supply of highly essential items for PHC is low. At the other extreme, in the region with the highest average number of medicines offered (104), the municipalities may not be able to sustain this offer, and it is important to know the causes and the possible increase in expenses with medicines.

Another possibility for deeper analysis is that the verification of low compatibility of the lists associated with the other results such as the low use of scientific evidence and adaptation to clinical protocols as criteria used for the preparation and creation of medicines lists, and also to the deficiency of technical capacity due to the absence of PTC in most municipalities, may point to a supply of

products with questionable evidence and/or problems of effectiveness and safety, which would also generate the need to evaluate their exclusion or alteration.

Complementary studies could broaden the analysis and understanding of this scenario, such as the study of prescribing habits and the evaluation of the capacity of the many HCN related to the diagnosis of diseases and provision of health services and actions.

CONCLUSION

In conclusion, the health regions have heterogeneous lists and with a low level of compatibility between the medicines acquired by the municipalities. This finding may be related to the insufficiency of standardized lists in municipalities and the deficiencies in the selection process, mainly due to the absence of PTC in most municipalities.

In this perspective of better results and comprehensive care to the health needs of users, it is noteworthy that strengthening regional cooperation as a priority action in the drug selection process can be translated into a regionalized essential medicines list and the implementation of PTC in various instances attending the priorities of the health regions.

REFERENCES

- 1 - World Health Organization. WHO medicines strategy: countries at the core. http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.5.pdf. Acessado em junho de 2015.
- 2 - Santana RS, Jesus EMS, Santos DG, Lyra Júnior DP, Leite SN, Silva WB. Indicadores da seleção de medicamentos em sistemas de saúde: uma revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(3):228–34.
- 3 - Wannmacher L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. *Boletim OPAS: Uso Racional de Medicamentos - Temas Seleccionados*. 2006;3(2):1-6. http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=482&Itemid=. Acessado em junho de 2016.
- 4 - Marques DC, Zucchi P. Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(1):58–68.
- 5 - Fefer E, Velasques G, organizadores. *Medicamentos Esenciales en el Nuevo Contexto Socioeconómico de América Latina y el Caribe*. Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud; 1995. (*OPS. Serie HSP/SILOS, 42*).
- 6 - Tobar F. *Política de medicamentos en América Latina*. Buenos Aires: Fundación Salud y Fármacos; 2007.

- 7 - Medina C. Política farmacéutica nacional: Impacto en el Uso Racional de Medicamentos en el Perú. Trujillo: UCV-Scientia;2(2):82-90, 2010.
- 8 - Tobar F, Drake I, Martich, E. Alternativas para la adopción de políticas centradas en el acceso a medicamentos. Rev Panam Salud Publica [online]. 2012, vol.32, n.6, pp.457-463.
- 9 - Gomez MO. El derecho de acceso a los medicamentos y el derecho de patente en países en desarrollo. Barcelona: Rev Bio y Der. 2016; 37: 23-36.
- 10 - UNITED NATIONS (UN). Sustainable development goals. 2015. The Millennium Development Goals Report 2015. United Nations. New York, 2015. 72 p. ISBN 978-92-1-101320-7.
- 11 - Joshua I, Passmore P, Bruce V, Sunderland B. An evaluation of the Essential Medicines List, Standard Treatment Guidelines and prescribing restrictions, as an integrated strategy to enhance quality, efficacy and safety of and improve access to essential medicines in Papua New Guinea. Health Policy and Planning, 2016, Vol. 31, Nº. 4 539.
- 12 - Eom G, Grootendorst P, Duffin J. The case for an essential medicines list for Canada. CMAJ, December 6, 2016, 188(17–18).
- 13 - Wirtz VJ, Hogerzeil HV, Gray AL, Bigdeli M, Joncheere CP, Ewen MA, et al. Essential medicines for universal health coverage. The Lancet Commissions. Volume 389, Issue 10067, P403-476, January 28, 2017. Published: November 07, 2016. DOI [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31599-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31599-9).
- 14 - Brasil. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Diário Oficial da União. 1998.
- 15 - Brasil. Resolução n. 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política de Assistência Farmacêutica. Brasília: Diário Oficial da União. 2004.
- 16 - Magarinos-Torres R, Pagnoncelli D, Cruz-Filho AD, Osorio-de-Castro CGS. Vivenciando a seleção de medicamentos em hospital de ensino. Rev Bras Educ Med. 2011;35(1):77–85.
- 17 - Magarinos-Torres R, Pepe VLE, Osorio-de-Castro CGS. Estruturação da assistência farmacêutica: plano de ação para a seleção de medicamentos essenciais. Cad Saude Colet. 2013; 21(2):188–96.
- 18 - Oliveira MA, Bermudez JAZ, Osorio-De-Castro, CGS. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.
- 19 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
- 20 - Figueiredo TA, Schramm JMA, Pepe VLE. Seleção de medicamentos essenciais e a carga de doença no Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2014, vol.30, n.11, pp.2344-2356.
- 21 - Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003. 20ª ed. 2 48 p.

- 22 - Brasil. Lei Federal 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set.1990. Seção I, p.18055-18059.
- 23 - Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 2002.
- 24 - Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto Presidencial 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.
- 25 - Lavras, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.
- 26 - World Health Organization. WHO, Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2014. Oslo; 2013.
- 27 - BRASIL. Portaria nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 29 mar. 2012. Seção 1, p. 96.
- 28 - Magarinos-Torres R, Pepe VLE, Oliveira MA, Osorio-de-Castro CGS. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. *Ciênc. saúde coletiva*, Set 2014, vol.19, no.9, p.3859-3868. ISSN 1413-8123.
- 29 - Assunção IA, Kiany Santos K, Blatt CR. Relação municipal de medicamentos essenciais: semelhanças e diferenças. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.*, v. 34, n. 3, p. 431-439, 2013.
- 30 - Lacerda, RCF. Análise da organização da assistência farmacêutica em municípios a luz da política nacional de medicamentos. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- 31 - Silva RM, Pereira NC, Mendes LVP, Luiza VL. Assistência farmacêutica no município do Rio de Janeiro, Brasil: evolução em aspectos selecionados de 2008 a 2014. *Ciênc. Saúde coletiva*, Maio 2016, vol.21, no.5, p.1421-1432.
- 32 - Nascimento Junior, JM. et al. Avanços e perspectivas da RENAME após novos marcos legais: o desafio de contribuir para um SUS único e integral. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, v. 6, Supl. 4, out. 2015.
- 33 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização. 2. ed. Brasília, 2006c. 100 p.
- 34 - Gerlack LF, Karnikowski MGA, Areda CA, Galato D, Oliveira AG, Álvares J, et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 2:15s.

Table 1 - Characterization of medicines selection in municipalities of the health regions (n = 417).

Indicator of the selection of medicines	n	%
Standardized medicines list of the Municipality in force		
Yes	229	54.9
No	188	45.1
Standardized medicines list of the State in force		
Yes	67	16.1
No	350	83.9
Standardized medicines list of the State offered in Primary Health Care (PHC) agreed in the Bipartite Interagency Commission (BIC)		
Yes	232	55.8
No	79	19.0
NI	105	25.2
List of standardized medicines with any medicine that is not in the National Essential Medicines List (RENAME).		
Yes	197	48.8
No	146	36.1
NI	61	15.1
Pharmacy and Therapeutics Committee (PTC) formally instituted		
Yes	48	11.5
No	333	80.0
In progress	07	1.7
NI	28	6.7
List of standardized medicines (and its updates) printed in the prescribers' offices		
Yes		
No	300	73.0
NI	99	24.1
	12	2.9
Existence of a form available for the request of inclusion/exclusion of medicines in the standardized list of the Municipality		
Yes	78	19.0
No	327	79.6
NI	06	1.5

Table 2 - Criteria used for the creation of the standardized list of medicines in municipalities of the health regions (n = 417).

	n	%
Demand for municipal health services	216	51.8
Use of the list of the State or the Union	207	49.6
Data of the Municipality (historical consumption)	192	46.0
Data of the Municipality (epidemiological)	129	30.9
Maintenance of the previous lists of the Municipality	102	24.5
Medicines of legal demand	53	12.7
Reports of supply control of the Health Units	53	12.7
Adequacy to clinical protocols	46	11.0
Scientific evidences	31	7.4
Launch of new medicines in the market	06	1.4

Table 3 - Distribution of the main groups of medicines acquired according to the ATC* classification in municipalities of the Health Regions (n = 10,611).

ATC Classification levels 1 and 2		n	%
N	Nervous system		22.2
N05	Psycholeptics	719	30.6
N03	Antiepileptics	651	27.7
N02	Analgesics	408	17.4
N06	Psychoanaleptics	281	12.0
N04	Antiparkinsonians	229	9.7
N01	Anesthetics	63	2.7
	Total	2351	100.0
C	Cardiovascular system		17.5
C07	Betablockers	400	21.5
C03	Diuretics	340	18.3
C09	Agents targeting the renin–angiotensin system	339	18.3
C01	Cardiac Therapy	328	17.7
C08	Calcium Channel Blockers	185	10.0
C10	Lipid modifying agents	149	8.0
C02	Antihypertensives	116	6.2
	Total	1857	100.0
J	Anti-infectives for systemic use		15.9
J01	Antibacterials for systemic use	1505	89.4
J02	Antimycotics for systemic use	137	8.1
J05	Antivirals for systemic use	41	2.4
	Total	1683	100.0
A	Digestive system and metabolism		10.2
A10	Medicines for diabetes	282	26.1
A02	Medicines for acid-related disorders	247	22.9
A03	Medicines for functional gastrointestinal disorders	225	20.9
A07	Antidiarrheals, intestinal anti-inflammatory/anti-infective agentes	166	15.4
A11	Vitamins	67	6.2
A12	Mineral supplements	62	5.7
A06	Laxatives	24	2.2
A04	Antiemetics and antinauseants	6	0.6
	Total	1079	100.0

* ATC: *Anatomical Therapeutic Chemical classification system* level 1 and 2.

Table 4 - Characterization of the acquisition of medicines in the Health Regions regarding the number of medicines and the compatibility of the list according to the number of municipalities and population of the region.

Region	N Municipalities	Population Region*	Med purchased Region **			Med Compatibilized ***
			N	Mean	N max /N min	%
1	11	226,119	122	52	102/18	0.8
2	19	127,883	115	53	85/21	2.6
3	12	328,410	114	92	106/73	36.8
4	6	392,617	106	86	106/29	18.9
5	13	1,548,123	140	82	110/47	16.4
6	3	106,755	108	87	89/85	61.1
7	14	771,781	115	63	80/26	0.0
8	4	562,360	109	83	86/78	51.4
9	4	608,960	109	82	94/71	46.8
10	5	198,913	118	83	115/71	41.5
11	6	90,345	122	73	89/65	31.1
12	5	505,026	147	104	125/83	38.8

* Total population of the municipalities analyzed in the health region according to IBGE 2010

** Regarding the purchase of the medicine without considering the different presentations acquired.

*** Percentage of medicines purchased by all municipalities in the health region

5.2 Artigo 2 - Pactuação Interfederativa da Assistência Farmacêutica em Regiões de Saúde no SUS

Submetido a Revista Cadernos de Saúde Coletiva.

PACTUAÇÃO INTERFEDERATIVA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM REGIÕES DE SAÚDE NO SUS

INTERFEDERATIVE PACTUATION OF PHARMACEUTICAL SERVICES IN HEALTH REGIONS IN SUS

RESUMO

Introdução

A descentralização da gestão implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal para os estados e municípios, no âmbito da gestão, responder solidariamente as responsabilidades na execução financeira da Assistência Farmacêutica (AF)

Objetivo

Caracterizar a descentralização das ações referentes à execução da AF, seu financiamento e a pactuação das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, em municípios de regiões de saúde contempladas no Projeto QualiSUS Rede.

Método

O estudo teve delineamento transversal, com coleta de dados de dezembro de 2013 a julho de 2015 em 485 municípios e Distrito Federal, de 43 regiões de saúde.

Resultados

Do total 77,6% referiram conhecer a legislação vigente a respeito da execução financeira do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) em nível federal, e 65,9% em nível estadual. Em 50,5% dos municípios, os recursos orçados para aquisição de medicamentos foram totalmente utilizados no ano anterior; e em relação a destinação do valor total dos recursos financeiros da contrapartida do CBAF, 57,3% o destinaram no ano anterior e referiram que os estados destinaram 38,3% dos recursos no mesmo período.

Conclusão

Identifica-se deficiências no processo de descentralização da Gestão da AF e seu financiamento nos municípios das regiões analisadas, e fragilidades na pactuação das responsabilidades nas diferentes instâncias gestoras.

Palavras-chave: Medicamentos, Assistência Farmacêutica, Regionalização, região de saúde, saúde coletiva.

ABSTRACT

Background

The decentralization of management implies the transfer of decision-making power over the health policy of the federal level to the states and municipalities, within the scope of management, to jointly answer the responsibilities in the financial execution of the Pharmaceutical Services (FS)

Objective

To characterize the decentralization of the actions related to the execution of the FA, its financing and the agreement of the responsibilities of the different management bodies, in municipalities of health regions contemplated in the QualiSUS Rede Project.

Method

The study was cross - sectional, with data from December 2013 to July 2015 in 485 municipalities and the Federal District, from 43 health regions.

Results

Of the total, 77.6% reported knowing the current legislation regarding the financial execution of the Basic Component of Pharmaceutical Services (CBAF) at the federal level, and 65.9% at the state level. In 50.5% of the municipalities, budgeted resources for drug procurement were fully utilized in the previous year; and in relation to the allocation of the total amount of financial resources of the CBAF counterpart, 57.3% allocated in the previous year and indicated that the states allocated 38.3% of the resources in the same period.

Conclusion

It identifies deficiencies in the decentralization process of FA Management and its financing in the municipalities of the analyzed regions, and weaknesses in the agreement of the responsibilities in the different management instances.

Key words: Medicines, Pharmaceutical Services, Regionalization, health region, collective health.

INTRODUÇÃO

O Brasil vem experimentando, desde a promulgação da Constituição Federal de 1988 com seu conjunto de medidas de reordenamento institucional, mudanças importantes no seu sistema público de saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A mesma constituição também assegurou a saúde e o acesso a medicamentos como direito ^{1, 2, 3, 4}. Neste contexto, princípios doutrinários vêm norteando a política de saúde do país, tais como universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade.

O sistema político federativo brasileiro se organiza constituído por três níveis de governo – União, estados e municípios, todos consideradas constitucionalmente como entes com autonomia administrativa e sem vinculação hierárquica. Este federalismo tripartido se destaca por suas implicações na área da saúde, principalmente por ter uma história relativamente recente ^{1, 2, 3}.

Dentre as implicações pode-se citar o peso dos municípios, considerados com muitas responsabilidades na implementação de políticas públicas, tendo uma enorme diversidade em termos de porte, desenvolvimento político, econômico e social; e principalmente pelas diferentes possibilidades de implementação de políticas públicas de saúde, face à complexidade de enfrentamento dos desafios inerente a essa área, como: múltiplas determinações sobre o estado de saúde da população e dos indivíduos; diversidade das necessidades de saúde em uma população; diferentes tipos de ações e serviços necessários para dar conta dessas necessidades; capacitação de pessoal e recursos tecnológicos requeridos para atendê-las; interesses e pressões do mercado no setor ^{1, 2, 3}.

Um outro princípio doutrinário do SUS que vem sendo implementado é a descentralização. É entendida como uma redistribuição das responsabilidades quanto às ações e serviços de saúde entre os níveis de governo, a partir da ideia de que quanto mais perto do fato a decisão for tomada, mais chance haverá de acerto. A *descentralização* da gestão do sistema implica na transferência de poder de decisão sobre a política de saúde do nível federal para os estados e municípios ^{5, 6, 7, 8}.

Para o ente municipal, a descentralização da gestão em saúde pode ser entendida como uma estratégia de democratização e de incorporação de novos atores no sentido de garantir maior protagonismo dos municípios, destacando-se neste processo o alcance de avanços: como a ampliação do acesso da população aos serviços, principalmente da Atenção Básica, e as melhoras consideráveis nos indicadores de saúde nacionais; mas também dificuldades: como a desigualdade de condições políticas, técnicas, financeiras

e de saúde nos municípios brasileiros tornou o processo extremamente complexo. Outro destaque é a competição entre os entes federados, que por vezes, não possibilitou a necessária autonomia municipal nem na gestão dos equipamentos existentes nos seus limites territoriais nem nos recursos financeiros disponibilizados^{9,10,11}.

A ampliação do acesso da população ao sistema de saúde público exigiu, ao longo dos últimos anos, mudanças na organização da Assistência Farmacêutica (AF) dentro do SUS, de maneira a aumentar a cobertura da distribuição gratuita de medicamentos e, ao mesmo tempo, minimizar custos. Além disso, foi necessária a construção de um arcabouço legal para sustentar o processo de descentralização da gestão das ações da AF e, assim, garantir o acesso da população a medicamentos considerados essenciais (eficazes, seguros, custo-efetivos e que satisfazem as necessidades prioritárias de cuidados de saúde da população)^{12,13,14}.

No Brasil, os principais marcos normativos no âmbito da AF compreendidas como integrantes da Política Nacional de Saúde e que apresentam como finalidade principal o princípio da descentralização e o alcance das proposições anteriormente citadas, são a Política Nacional de Medicamentos, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos^{12,13,14}.

Buscando compreender este cenário na realidade brasileira, o presente estudo tem por objetivo caracterizar a descentralização das ações referentes à execução da Assistência Farmacêutica e seu financiamento e a pactuação das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, em municípios das regiões de saúde contempladas no Projeto QualiSUS Rede.

MÉTODOS

Trata-se de uma análise cuja fonte de dados provém da pesquisa ‘Assistência Farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde: um recorte nas regiões do QualiSUS-Rede’ que teve como objetivo a identificação da situação dos serviços farmacêuticos, técnicos gerenciais e assistenciais nas 15 Regiões prioritárias do QualiSUS-Rede⁷.

O estudo teve delineamento transversal, com coleta de dados de dezembro de 2013 a julho de 2015 em 485 municípios e Distrito Federal, de 43 regiões de saúde (<http://sage.saude.gov.br/>) distribuídos nas cinco regiões do país e que faziam parte das Regiões QualiSUS-Rede em setembro de 2013.

Para esta análise foram utilizados os dados do instrumento estruturado que foi aplicado aos responsáveis pela Assistência Farmacêutica dos municípios investigados.

Foram excluídos os municípios que não possuíam profissional responsável pela Assistência Farmacêutica municipal.

As questões analisadas foram: a) Conhecimento sobre a norma Federal (portaria do Ministério da Saúde) vigente de execução do Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, e/ou sobre a norma Estadual (Resolução CIB) vigente de execução do Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica; b) Organização na forma de consórcio para aquisição de medicamentos; c) Existência de algum programa de co-financiamento da Assistência Farmacêutica instituído; d) Destinação de recursos financeiros da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no valor total previsto em portaria, no ano anterior pelo Município e/ou pelo Estado; e) Destinação de recursos financeiros nos últimos seis meses da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica previsto em portaria pelo Município e/ou pelo Estado; f) Os recursos orçados para aquisição de medicamentos foram utilizados em sua totalidade, no ano anterior; g) Identificação de vantagens para o município em relação à Assistência Farmacêutica com a participação no consórcio.

A análise dos resultados foi realizada pela inferência estatística descritiva, onde foram calculadas as frequências absolutas simples e relativas, com suporte do sistema para análises estatísticas do programa Epi Info™ 7.1.5.

O estudo foi aprovado pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), Parecer 399.423 de 18 de setembro de 2013. Todas as entrevistas foram precedidas de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE).

RESULTADOS

Do total de municípios investigados no estudo (n=485), 14% não possuíam responsável pela Assistência Farmacêutica, sendo entrevistados 417 responsáveis pela Assistência Farmacêutica dos municípios e do Distrito Federal, que configuram o recorte desta análise.

A Figura 1 apresenta o percentual de municípios em cada região do país, os resultados mostram que cerca de um terço (28,5%) estavam localizados na Região Sudeste, 26,1% na Região Nordeste, 20,1% na Região Norte, 17,3% na Região Sul e 7,9% na Região Centro-Oeste do país.

Na Figura 2 são apresentados os percentuais dos municípios quanto ao seu porte populacional, sendo os com população entre 20 a 50 mil habitantes que tem a maior

representatividade com 20,4%, seguido pelos com população entre 10 a 20 mil habitantes. Os municípios mais populosos (acima de 500 mil habitantes) apresentam a menor representatividade na análise (4,8%).

A Tabela 1 descreve a caracterização da pactuação da política de assistência farmacêutica, segundo relato do responsável pela Assistência Farmacêutica dos municípios. Observa-se que boa parte dos respondentes referiram conhecer a legislação vigente a respeito da execução financeira do componente básico da assistência farmacêutica, seja em nível federal pela portaria do ministério da saúde (77,6%), ou em nível estadual pela resolução CIB (65,9%).

A organização na forma de consórcio para aquisição de medicamentos foi identificada em apenas 11,3% dos municípios e em uma pequena parte (20%) foi referido a existência de algum programa de co-financiamento da Assistência Farmacêutica instituído (Tabela 1).

A caracterização da destinação e utilização dos recursos da política de assistência farmacêutica é apresentada na Tabela 2. Os resultados apontam que na metade dos municípios (50,5%), os recursos orçados para aquisição de medicamentos foram utilizados em sua totalidade no ano anterior.

Em relação a destinação do valor total dos recursos financeiros da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) previsto em portaria, um pouco mais da metade dos municípios destinaram o valor total dos recursos tanto no anterior (57,3%), quanto nos últimos 6 meses (59,2%). Para os estados, os resultados apontam que apenas 38,3% destinaram estes recursos no ano anterior e 36,8% nos últimos seis meses (Tabela 2).

Na identificação de vantagens para o município em relação à Assistência Farmacêutica com a participação no consórcio, o impacto financeiro positivo foi a mais frequente (9,4%), seguido da melhora na organização da AF e na aquisição de forma rápida reduzindo desabastecimento, ambas vantagens referidas em 2,2% dos municípios (Tabela 3).

DISCUSSÃO

O presente estudo identifica algumas deficiências no processo de descentralização das ações referentes à execução da Assistência Farmacêutica e seu financiamento nos municípios das regiões analisadas.

Ao caracterizar a pactuação da política de assistência farmacêutica, ainda temos uma parte dos municípios, com gestores responsáveis pela AF que desconhecem a legislação vigente a respeito da execução financeira do componente básico da assistência farmacêutica (CBAF), seja em nível federal ou em nível estadual.

Com a regulamentação do financiamento do SUS e do estabelecimento de fontes de recursos destinados ao financiamento do CBAF, as secretarias de saúde dos estados e dos municípios estabelecem nas respectivas comissões intergestores bipartite (CIB) a forma de pactuação da execução dos recursos do CBAF, sendo a Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, (Anteriormente Portaria MS/GM nº 1.555, de 30 de julho de 2013)⁷, a norma que define as responsabilidades tripartite e o financiamento da gestão deste Componente com os valores de aplicação mínima de cada ente federado^{15, 16}.

Costa e tal 2017¹², entendem que o aperfeiçoamento do processo de pactuações interfederativas, especialmente no tocante às responsabilidades executivas e ao financiamento da assistência farmacêutica (AF) na Atenção Primária em Saúde (APS), fortalece a participação das três esferas de governo na gestão da política, nas interações intergestores e avança em estratégias favoráveis à consolidação da AF no SUS, em todo o país¹².

Preconiza-se que todo gestor tenha habilidades e competências compatíveis para o cargo que exerce, no caso da AF, além de conhecimento técnico-científico, é fundamental o conhecimento técnico-político, o que inclui as normas vigentes e as responsabilidades gestoras partilhadas e compartilhadas.

Não há estudos correlacionando diretamente o conhecimento das normas vigentes à a boa execução da AF no município, mas no Brasil, alguns autores já assinalam o distanciamento entre a legislação e as práticas gerenciais na organização dos serviços da AF na atenção primária e a realidade enfrentada pelos municípios brasileiros, observando que ainda há um percurso longo a seguir para ampliar a capacidade operativa dos municípios no processo de descentralização da gestão da AF^{14, 17, 18, 19, 20}.

Bermudez e colaboradores 2018²¹, reconhecem um esforço nacional com avanços na AF em 30 anos do SUS, todavia, para os autores, ainda persistem situações que precisam de atenção, estratégias e esforços para contorná-las como: a concentração de farmacêuticos nas capitais, 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, havendo barreiras que não serão derrubadas apenas com esforços de capacitação ²¹.

Os resultados encontrados no presente estudo também apresentam peculiaridades e preocupações na pactuação das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, pois a maioria dos municípios assumem sozinhos as responsabilidades executivas e financeiras na Assistência Farmacêutica (AF) e praticamente sem co-financiamento instituído.

Apesar de inicialmente este resultado em seu aspecto federativo, ir na perspectiva da descentralização, como dito por alguns autores, na concepção de que os municípios deveriam resolver da forma mais autônoma possível os seus problemas, na AF assim como nas demais políticas de saúde, há poucos incentivos para que os municípios assumam a execução das ações e serviços de saúde ^{11, 22}.

Soma-se a isso, a realidade brasileira da maior parte dos municípios (68,4%) ser de pequeno porte populacional (até 20mil habitantes) ²³. No presente estudo, os municípios analisados com maior representatividade são de pequeno porte (até 20 mil habitantes) e até 50 mil habitantes. A hipótese de que quanto menor o município maior é a sua necessidade de cooperação é oportuna para esta discussão.

Os pequenos municípios em geral apresentam menor capacidade de resolução de seus problemas, devido à sua maior carência de recursos financeiros (subfinanciamento), e administrativos (escassez, má distribuição e problemas de qualificação de recursos humanos), evidenciando-se grandes dificuldades para compartilhar as ações e os serviços de saúde necessários, onde alguns apresentam melhor infraestrutura de serviços públicos de saúde do que outros, além de menor e variada disponibilidade para ajudar o município com menor capacidade, sendo importante a maior articulação entre os municípios para potencializar sua capacidade de negociação com os outros entes ^{11, 22, 24, 25, 26, 27}.

Diversos estudos apontam a regionalização e a cooperação entre os entes como o melhor caminho para atender as necessidades de saúde da população e promover a descentralização das ações e serviços de saúde. Entretanto, os mesmos autores apontam os desafios para efetivar a regionalização e a organização das regiões de saúde: o planejamento e o dimensionamento da rede de serviços, a produção de cuidado e de espaços de gestão compartilhada, o fortalecimento dos espaços intergestores (CIT, CIB, CIR) e dos pactos interfederativos, a qualificação dos gestores e suas representações técnico políticas entre outras ^{11, 22, 24, 25, 26, 27}.

Um dos exemplos de cooperação federativa são os consórcios, que para alguns autores, estes viabilizam a oferta de um atendimento de melhor qualidade e de maior complexidade à sua população, considerando os encargos muitas vezes superiores à capacidade financeira dos entes, principalmente os pequenos municípios, que são incapazes de ofertar certos serviços por problemas de escala ^{11, 22, 28, 29, 30, 31}.

No campo da Assistência Farmacêutica há distintas experiências de Consórcios Intermunicipais em nível nacional, destacando-se o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Associação dos Municípios do Médio Vale do Itajaí (CIS-AMMVI), no estado de Santa Catarina, o Consórcio Paraná de Saúde e o Consorcio Intermunicipal do Sul do Estado de Alagoas – CONISUL ^{22, 28, 29, 30}.

O fato de que no presente estudo, apenas uma minoria de municípios se organizarem na forma de consórcio, reforça as fragilidades na cooperação entre as esferas de governo. Um resultado semelhante foi encontrado em estudo de abrangência nacional apresentado por Faleiros et al 2017 ¹⁵, onde 15% dos municípios brasileiros adotaram a aquisição consorciada de medicamentos; já em levantamento realizado em 2018 em 2755 municípios apenas 10,13% dos municípios respondentes referiram a modalidade de aquisição de medicamentos por consórcio ³¹.

Outros estudos apresentam dados que corroboram com as vantagens levantadas em relação aos consórcios como o de Amaral, Blatt, 2011 ²⁸ que apresenta a redução de itens de medicamentos em falta em 48%, redução de 33% no custo total de aquisição de medicamentos, reduzindo o desabastecimento e proporcionando um reinvestimento na AF ²⁸.

Ao caracterizarmos a destinação e utilização dos recursos da política de assistência farmacêutica em nosso estudo, identificamos fragilidades na gestão com possíveis falhas de planejamento e programação, uma vez que metade dos municípios referem não utilizar a totalidade dos recursos orçados para aquisição.

De forma semelhante, quando analisamos a destinação total de recursos da contrapartida pelos municípios aproximadamente um pouco mais da metade dos municípios aportou recursos tanto no anterior quanto nos últimos seis meses, sendo necessário compreender os motivos e dificuldades que impossibilitaram essa destinação de recursos.

Quando estes dados são analisados na perspectiva dos estados, o percentual cai para aproximadamente um terço tanto no ano anterior quanto para os últimos seis meses, evidenciando que apesar da pactuação tripartite estabelecida, o não cumprimento

pelas secretarias estaduais desta destinação mínima de recursos precisa ser discutida tanto localmente nas CIB quanto a nível federal na CIT.

Independente da esfera gestora, as consequências pela não destinação de recursos para aquisição de medicamentos podem resultar em baixa oferta e desabastecimentos. As consequências de desabastecimentos podem desencadear em desassistência e impactos e interrupção nos tratamentos, agudização de doenças e/ou condições crônicas, agravamento de quadros agudos com riscos de evolução ao óbito de pessoas que necessitavam dos seus tratamentos e não tiveram acesso ³².

Muitos estudos já apontam resultados semelhantes, e trazem outras variáveis que podem nos ajudar a entender a complexidade da organização e execução financeira na AF. Vieira e Zucchi 2013 ³³, evidenciaram que houve ampliação do financiamento de medicamentos no SUS entre 2005 e 2009, com aumento de 65,3% nos recursos financeiros da União para aquisição de medicamentos e ampliação no volume de transferências feitas às esferas subnacionais.

Na mesma direção os autores também verificaram que os Estados e o Distrito Federal aumentaram em 112,4% o volume de recursos próprios alocados no financiamento de medicamentos e que para os municípios este crescimento foi de 22,7, e, no caso dos recursos destinados à estruturação de serviços, crescimento de 41,6% ³³.

Já em 2015, Faleiros et al 2017 ¹⁵, discutiram fatores relacionados ao financiamento do CBAF no âmbito da gestão municipal do SUS, e conforme resultados apurados 72,7% dos estados e 86,4% dos municípios aplicaram o total pactuado para o financiamento da farmácia básica; todavia, para apenas 9,7% dos Secretários de Saúde os recursos financeiros destinados ao CBAF são suficientes para atender às necessidades da população. Os autores afirmam que os valores destinados ao CBAF estão defasados, principalmente por parte do gestor federal do SUS, responsável por mais de 50% do financiamento ¹⁵.

Em 2018, Vieira em novo estudo analisou a evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016, registrando um crescimento de 30%, sendo os componentes especializado e estratégico (53%), assim como o programa Farmácia Popular do Brasil (528%), os dominantes em termos de volume de recursos, cujo aumento pode estar sendo dirigido principalmente pela incorporação de novos medicamentos e pela judicialização da saúde, no caso dos componentes ³⁴.

A participação do gasto federal com medicamentos no gasto com ações e serviços públicos de saúde subiu de 11% em 2010 para 16% em 2016, mas diferente do cenário de 2005 a 2009, para o período de 2010 a 2016 houve uma redução no financiamento da participação do Ministério da Saúde, nas transferências aos entes federados principalmente relacionados aos recursos do CBAF que sofreu redução de 25% em termos reais ³⁴.

Outras variáveis também ajudam a demonstrar a complexidade da de gestão da AF e sua execução financeira, no estudo de Faleiros *et al* ¹⁵, os dados mostram que mais da metade (51,3%) dos municípios receberam recursos destinados à estruturação da assistência farmacêutica, quase 60% desses municípios realizou este tipo de gastos. Em 35,4% dos casos, secretários municipais de saúde afirmaram utilizar recursos de medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica para cobrir demandas de outros medicamentos. A existência de comissão permanente de licitação exclusiva para a aquisição de medicamentos foi registrada em 40,0% dos municípios ¹⁵.

Os resultados no presente estudo quando analisados conjuntamente, refletem de certa maneira, o que muitos autores apontam quanto a gestão da AF e seu processo de descentralização no SUS, com avanços consideráveis em algumas dimensões, como por exemplo o financiamento e sua definição de responsabilidades, mas persistem fragilidades estruturantes em muitas outras dimensões na AF.

Em estudo de abrangência nacional, Souza e colaboradores 2017 ¹³ referem um processo de institucionalização heterogêneo e parcial da AF em municípios brasileiros, merecendo destaque que em apenas 57,9% dos municípios os responsáveis pela AF tem autonomia total ou parcial na gestão dos recursos financeiros ¹⁴.

Para Gerlack *et al*, que identificou os fatores condicionantes da gestão da AF, há um descompasso entre os objetivos fixados pelas normativas vigentes na AF e o que se observa na realidade, destacando em seus achados a falta de autonomia financeira (61,5%) e conhecimento dos valores disponíveis (81,7%), falta de adoção de procedimentos operacionais em cerca de 50% para seleção, programação e aquisição e o fato da maioria avaliar a organização da assistência farmacêutica como boa e ótima (58,8%), apesar dos indicadores preocupantes apontados ¹⁴.

Na mesma direção muitos estudos apontam a necessidade de maior coordenação federativa, tanto em seu sentido vertical, articulando União, estados e municípios, como, também, em seu sentido horizontal, estruturando esquemas de cooperação entre estados e, principalmente, entre municípios ^{11, 22, 24, 25, 26, 27}.

A CIB enquanto espaço intergestor com poder normativo reconhecido em lei, articulada regionalmente com as CIR, inegavelmente necessita ser fortalecida. Os resultados encontrados neste estudo sinalizam que os gestores têm buscado estabelecer consensos, pactos e atos decisórios, porém, parece não ter sido suficiente para transformar a decisão em ação concreta, como na constatação de baixa destinação de recursos financeiros da SES para AF dos municípios.

Em estudo realizado em 24 estados²⁴, que analisou as CIB entre os anos de 2007 a 2010, constatou que o conteúdo das negociações foi diversificado em todos os estados e na maioria aderente à realidade estadual; um terço das comissões expressaram assimetrias de poder entre esferas de governo²⁴.

A discussão aqui apresentada e as fragilidades detectadas quanto a pactuação das responsabilidades das diferentes instâncias gestores em municípios das regiões de saúde contempladas no projeto QualiSUS Rede, apontam para a necessidade de se buscar novos arranjos para uma organização articulada e integrada entre os serviços, a maior cooperação entre os entes e a qualificação dos gestores preservando e fortalecendo seus espaços decisórios.

A constatação de deficiências no processo de descentralização das ações referentes à execução da Assistência Farmacêutica e seu financiamento nos municípios das regiões analisadas, sugere uma nova atuação por parte dos responsáveis pela AF em sua gestão, na perspectiva do fortalecimento das ações e serviços de AF nos territórios, municípios e regiões de saúde.

CONCLUSÃO

O presente estudo identifica algumas deficiências no processo de descentralização das ações referentes à execução da Assistência Farmacêutica e seu financiamento nos municípios das regiões analisadas. Essa constatação pode estar relacionada a baixa qualificação dos gestores responsáveis pela AF com o desconhecimento quanto a legislação vigente a respeito da execução dos recursos sob sua responsabilidade, seja em nível federal ou em nível estadual.

A baixa destinação dos recursos pactuados para o CBAF, podem refletir a insuficiência técnica nos estados e municípios, como também um processo de descentralização na AF ainda incipiente. A rara organização em Consórcio para aquisição de medicamentos, pode estar associada as dificuldades de cooperação e

articulação regional. Recomenda-se fortemente, investimentos na qualificação dos gestores e no fortalecimento dos espaços intergestores regional e estadual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei Federal 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. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 set.1990. Seção I, p.18055-18059.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 2002.
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003. 20ª ed. 248 p
4. Costa KS, Tavares NUL, Nascimento Júnior JM, Mengue SS, Álvares J, Guerra Junior AA et al. Assistência farmacêutica na atenção primária: a pactuação interfederativa no desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 2:2s.
5. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto Presidencial 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. 2011.
6. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p. ISBN 978-85-8071-024-3 2015.
7. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 133 p. ISBN 978-85-8071-027-4 2015
8. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 157 p. ISBN 978-85-8071-029-8 2015
9. Pinafo E, Carvalho BG. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1511-1524.
10. Duarte LS, Pessoto UC, Guimarães RB, Heimann LS, da Rocha Carvalheiro J, Cortizo CT, Ribeiro EAW. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde Soc* 2015; 24(2):472-485.
11. Shimizu HE, Cruz MS, Bretas Junior N, Schierholt SR, Ramalho WM, Ramos MC, Mesquita MS, Silva EM. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1131-1140, 2017.
12. Costa KS, Tavares NUL, Nascimento Júnior JM, Mengue SS, Álvares J, Guerra Junior AA et al. Assistência farmacêutica na atenção primária: a pactuação interfederativa no desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 2:2s.

13. Souza GS, Costa EA, Barros RD, Pereira MT, Barreto JL, Guerra Junior AA, et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017; 51 Supl 2:7s.
14. Gerlack LF, Karnikowski MGA, Areda CA, Galato D, Oliveira AG, Álvares J, et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 2:15s.
15. Faleiros DR, Acurcio FA, Álvares J, Nascimento RCRM, Costa EA, Guibu IA, et al. Financiamento da assistência farmacêutica na gestão municipal do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 2:14s.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017: Consolidação das Normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), (Anteriormente Portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013).
17. Araújo ALA, Ueta JM, Freitas O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. *Rev Cienc Farm. Basica Apl*. 2005 [citado 31 jan 2017];26(2):87-92. Gerlack LF et al. Gestão da assistência farmacêutica no SUS <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007063>
18. Barreto JL, Guimarães MCL. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26(6):1207-20. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000600014>
19. Vieira FS, Zucchi P. Gestão da assistência farmacêutica: análise da situação de alguns municípios. *Tempus Actas Saude Coletiva*. 2014;8(4):11-29. <https://doi.org/10.18569/tempus.v8i4.1581>
20. Bermudez JAZ, Esher A, Osorio-de-Castro CGS, Vaconcelos DMM, Chaves GC, Oliveira MA, Silva RM, Luiza VL. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1937-1951, 2018
21. Rocha CV. A cooperação federativa e a política de saúde: o caso dos Consórcios Intermunicipais de Saúde no estado do Paraná. *Cad. Metrop.*, São Paulo, v. 18, n. 36, pp. 377-399, jul 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2236-9996.2016-3604>
22. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Estimativas de População dos municípios para 2018.
23. Machado CV, Lima LD, Viana ALD, Oliveira RG, Iozzi FL, Albuquerque MV, Scatena JHG, Mello GA, Pereira AMM, & Coelho APS. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 642-650, Aug. 2014
24. Leão T. M., Dallari S. G. O poder normativo das Comissões Intergestores Bipartite e a efetividade de suas normas. *R. Dir. sanit.*, São Paulo v.17 n.1, p. 38-53, mar./jun. 2016
25. Ribeiro PT, Tanaka OU, Denis JL. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1075-1084, 2017
26. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Medina MGG, Martins CL, Almeida PF, Campos SEM, Mota PHS. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35 Sup 2:e00099118

27. Amaral SMS; Blatt CR. Consórcio intermunicipal para a aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. *Rev Saúde Pública* 2011;45(4):799-801
28. Conselho Federal de Farmácia. Experiências Exitosas de Farmacêuticos no SUS. Ano 1. Número 1. Julho de 2013.
29. Diniz D, Machado TRC, Penalva J. A judicialização da saúde no Distrito Federal, Brasil. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):591-198.
30. Revista Conasems nº 72 - agosto - setembro - outubro / 2018.
31. Reis AMM, Perini E. Desabastecimento de medicamentos: determinantes, consequências e gerenciamento. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl.):603-610.
32. Vieira FS, Zucchi P. Financiamento da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. *Saude Soc.* 2013;22(1):73-84. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100008>
33. Vieira FS. Evolução do gasto com medicamentos do sistema único de saúde no período de 2010 a 2016. [Texto para Discussão]. Brasília: IPEA; 2018

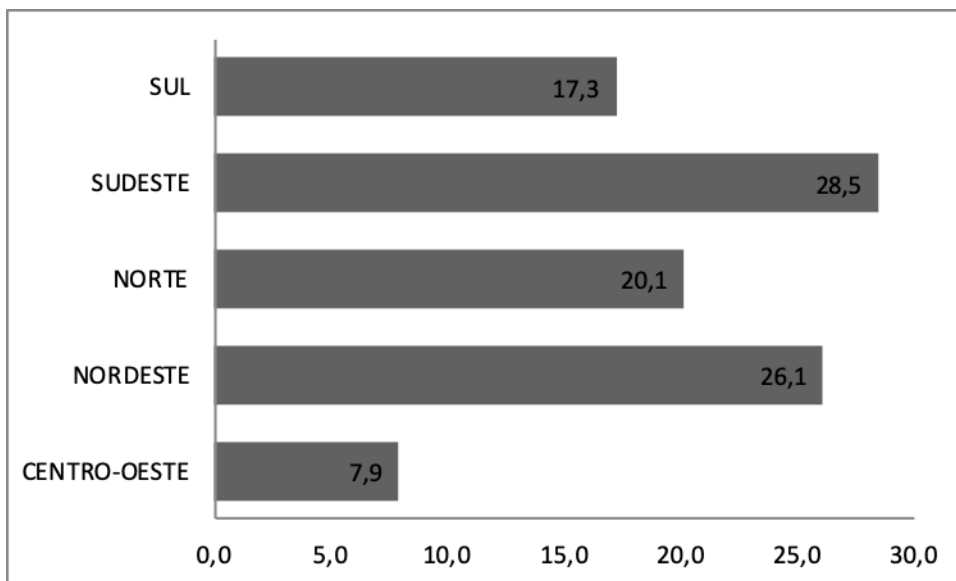


Figura 1 - Distribuição percentual dos municípios por região do país (n=417).

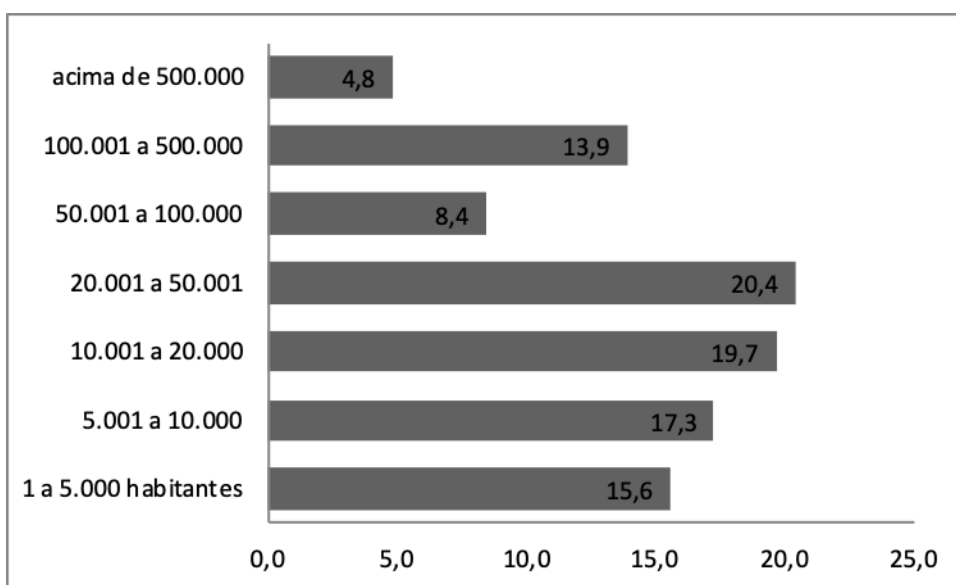


Figura 2 - Distribuição percentual dos municípios por porte populacional (n=417).

Tabela 1 - Caracterização da pactuação da política de assistência farmacêutica em municípios das regiões de saúde.

Variável	N	%
Conhece a norma Federal (portaria do Ministério da Saúde) vigente de execução do Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica		
Sim		
Não	323	77,6
Total	93	22,4
	416	100,0
Conhece a norma Estadual (Resolução CIB) vigente de execução do Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica		
Sim	274	65,9
Não	142	34,1
Total	416	100,0
O Município está organizado na forma de consórcio para aquisição de medicamentos		
Sim	47	11,3
Não	341	82,0
NSR	28	6,7
Total	416	100
Existe algum programa de co-financiamento da Assistência Farmacêutica instituído		
Sim	83	20
Não	285	68,7
NSR	47	11,3
Total	415	100

Tabela 2 – Caracterização da destinação e utilização dos recursos da política de assistência farmacêutica em municípios das regiões de saúde.

Variável	N	%
O Município destinou recursos financeiros da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no valor total previsto em portaria, no ano anterior		
Sim	238	57,3
Não	40	9,6
NSR	133	32
Não se aplica para o Estado	4	1
Total	415	100
O Estado destinou recursos financeiros da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no valor total previsto em portaria, no ano anterior		
Sim		
Não	159	38,3
NSR	132	31,8
Total	124	29,9
	415	100
Nos últimos seis meses, o Município destinou recursos financeiros da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica previsto em portaria		
Sim	245	59,2
Não	28	6,8
NSR	137	33,1
Não se aplica para o Estado	4	1
Total	414	100
Nos últimos seis meses, o Estado destinou recursos financeiros da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica previsto em portaria		
Sim		
Não	153	36,8
NSR	141	33,9
Total	122	29,3
	416	100
Os recursos orçados para aquisição de medicamentos foram utilizados em sua totalidade, no ano anterior		
Sim	209	50,5
Não	71	17,1
NSR	134	32,4
Total	414	100

Tabela 3 - Vantagens para o município em relação à Assistência Farmacêutica com a participação no consórcio em municípios das regiões de saúde (n=417).

Variável	N	%
Melhorou na organização da Assistência Farmacêutica	9	2,2
Impacto financeiro positivo	39	9,4
Aquisição de forma rápida, reduziu o desabastecimento	9	2,2
Não identificou vantagens	3	0,7
Outras	5	1,2

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A evolução dos atos normativos do SUS demonstram avanços com a publicação das principais políticas relacionadas a Assistência Farmacêutica, e, sugerem um esforço nas três esferas de governo em assegurar o acesso e o uso racional aos medicamentos sobre suas respectivas responsabilidades.

No entanto ao analisar a execução dos eixos estratégicos da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) em Regiões de Saúde, constatam-se dificuldades em implementar as diretrizes normatizadas, com fragilidades na maioria das regiões analisadas, embora poucas regiões e alguns municípios pareçam ter estabelecido processos maduros na estruturação e organização da Assistência Farmacêutica localmente.

O primeiro artigo permitiu-nos detectar uma grande assimetria nos processos de seleção de medicamentos nas regiões de saúde, apresentando elencos de medicamentos heterogêneos e com baixo índice de compatibilização entre os medicamentos adquiridos pelos municípios. A reflexão que fizemos é que para melhores resultados e atendimento integral das necessidades de saúde dos usuários, seriam necessários uma atuação diferenciada dos gestores, na direção da cooperação regional como ação prioritária no processo de seleção de medicamentos, na ideia de construção de listas de medicamentos essenciais regionalizada, atendendo as prioridades das regiões de saúde.

Apesar de muitos autores e a própria OMS apontarem a implementação de CFT nas diversas instâncias como uma das principais estratégias para uma boa seleção de medicamentos, a realidade e as limitações para instituir sua formação clássica, nos remeteu a sugerir outras conformações em nível regional, aproveitando, articulando e ressignificando os espaços já instituídos, a exemplo das poucas CFT formalmente instituídas, as câmaras técnicas dos colegiados intergestores, os Centro de Informações em Medicamentos, os Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NAT-JUS), os Núcleos de Avaliação de Tecnologias em Saúde (NATS).

É desejável a busca de diálogo e a cooperação entre os municípios que compõem uma Região de Saúde e o estado, no intuito de discutir e identificar as necessidades, situações e problemas enfrentados que são compartilhados e que caracterizam interdependência de atuação. Muitas situações são vivenciadas em comum, os dilemas enfrentados no âmbito da AF podem não diferir em outras regiões do mesmo estado ou até do país: usuários podem estar recorrendo a outros municípios, buscando acesso a

medicamentos e procedimentos não disponibilizados em tempo oportuno, seja pela falta de cobertura/padronização no elenco ou por eventual desabastecimento.

Outra preocupação a ser observada é a incorporação acrítica, quando um município incluir uma tecnologia (medicamento, produto, etc), pode desequilibrar e gerar demanda para os outros municípios que não o fizeram, uma vez que, mediante uma necessidade de saúde não atendida, o usuário percorre o sistema, independente dos limites geográficos do seu território, em busca de resolver sua necessidade. Isto reforça o importante respaldo de uma CFT ou Comissão regional.

Os marcos regulatórios, preconizam a Comissão Intergestora Regional (CIR) como espaço decisório legítimo na Região de Saúde, para fomentar os debates e os consensos necessários na definição de ações e estratégias de enfrentamento de situações problema, por isso, é recomendável que os gestores insiram as ações e estratégias definidas no Planejamento Regional Integrado (PRI) e instituam as câmaras técnicas de AF da CIR, sendo fundamental o apoio técnico da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho estadual de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS).

Como já mencionamos as câmaras técnicas podem ser ressignificadas e ter suas atribuições ampliadas: ter composição de profissionais dos municípios adscritos em sua região de saúde e da SES, compor uma equipe multidisciplinar com expertise capaz de exercer as funções de uma CFT em nível regional, estabelecer parcerias com instituições de ensino e de referência em avaliação em tecnologias de saúde na região e/ou estado (NATS, NAT-JUS, CIM, REBRACIM, REBRATS), subsidiar os gestores para pautar a CIR e empoderá-la a reorientar a agenda da gestão, e qualificar os atos decisórios e o PRI.

Mesmo tendo a limitação de que os dados da última aquisição de medicamentos podem não refletir a integralidade da lista de medicamentos dos municípios, a baixa compatibilização do elenco de medicamentos do CBAF adquirido pelos municípios nas regiões de saúde estudadas pode apontar a fragilidade de discussão e pactuação nos espaços intergestores regional (CIR) e estadual (CIB), e dificultar o acesso aos medicamentos bem como favorecer a demanda judicial de medicamentos.

Neste contexto, os resultados reforçam a importância da seleção de medicamentos, discutida e pactuada de forma regionalizada, indo ao encontro do direcionamento dos marcos regulatórios do SUS, que para todas as ações e serviços de saúde, devem ser assegurados os tratamentos necessários, na perspectiva da integralidade da atenção e da assistência.

A mesma ideia de cooperação regional, foi perseguida quando buscamos analisar a descentralização e manutenção dos serviços de AF no segundo artigo. Identificamos um processo de descentralização ainda incipiente, com a presença de gestores que não conhecem suas responsabilidades na AF. Um resultado de impacto foi a baixa destinação dos recursos pactuados para o CBAF e a quase inexistência de municípios se organizando em consórcio para adquirir os medicamentos. A hipótese de insuficiência técnica nos estados e municípios parece se configurar nas regiões analisadas, mas as dificuldades de cooperação e articulação intermunicipal, regional e estadual, reforçam fortemente a necessidade de investimentos na qualificação dos gestores e no fortalecimento dos espaços intergestores regional e estadual.

Por outro lado, as possíveis consequências pela não destinação de recursos, independente da esfera gestora é preocupante, pois podem resultar em desassistência, desabastecimentos, agudização de condições crônicas, interrupção de tratamentos e até levar a morte de pessoas que necessitavam dos seus tratamentos e não tiveram acesso.

Sabe-se que a carga de responsabilidades atribuídas aos gestores de saúde aliados a um conhecimento insuficiente de suas responsabilidades, podem comprometer a execução da política, aumentando ainda mais a necessidade da qualificação para a melhor tomada de decisão por parte dos gestores. O processo de descentralização envolve a competição por recursos fiscais e indutivos, além da imposição de barreiras de acesso a serviços locais por cidadãos vizinhos ou distantes.

Como já abordado, perseguir a descentralização no SUS e especialmente na AF, exige dos secretários de saúde e responsáveis pela AF, conhecimentos técnico-científicos e habilidades técnico-políticas, seja para o melhor planejamento das ações, nas melhores escolhas terapêuticas ou para uma programação adequada às necessidades, mas para além destas, as ações cooperadas e a articulação regional tem se demonstrado como fundamentais para o êxito da gestão.

Os resultados reforçam os achados anteriores que apontam os desafios para efetivar a regionalização e a organização das regiões de saúde no que concerne o fortalecimento dos espaços intergestores (CIT, CIB, CIR) e dos pactos interfederativos, em que pese os esforços dos gestores municipais na articulação e fortalecimento na sua representação estadual através dos COSEMS.

Há de se considerar que analisar a descentralização e a manutenção dos serviços de AF a luz das responsabilidades pactuadas e destinação dos recursos financeiros, representa uma importante limitação neste estudo, e outros elementos necessitariam ser

verificados, uma vez que a temática envolve relação de poder, confiança e a dimensão político-eleitoral que podem interferir nos atos decisórios, e exigiriam outros métodos de análise.

No tocante a iniciativa de consórcios intermunicipais de saúde, a ação cooperativa implica, para além da partilha de responsabilidades entre os atores envolvidos, uma série de interesses, conflitos e relação de poder envolvido que necessitarão de análise de viabilidade para sua implantação. É preciso que cada um dos envolvidos reflita sobre as implicações em termos de compromissos e responsabilidades que terão que ser assumidos. É preciso, portanto, combinar previamente as relações de convivência que devem ser estabelecidas e assumidas por todos. A PNM recomenda para as três esferas de governo, o apoio e a organização de consórcios para aquisição de medicamentos.

Por fim, o SUS exige dos gestores a articulação e a partilha de responsabilidades para que sejam alcançados resultados efetivos da execução das políticas públicas como a de Assistência Farmacêutica, objeto desta tese, o que passa pelo fortalecimento das regiões de saúde, dos colegiados intergestores e do planejamento regional integrado.

7 REFERÊNCIAS

- ÁLVARES J, GUERRA JUNIOR AA, ARAÚJO VE, ALMEIDA AM, DIAS CZ, ASCEF BO et al. Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2017 [acesso em 14 jul 2019];51(Suppl 2):20s. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007139>
- ARAÚJO SQ, COSTA KS, LUIZA VL, LAVRAS C, SANTANA EA, TAVARES NUL. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1181-1191, 2017.
- BERMUDEZ JAZ. Indústria farmacêutica, estado e sociedade: crítica da política de medicamentos no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 1995.
- BERMUDEZ JAZ, ESHER A, OSORIO-DE-CASTRO CGS, VACONCELOS DMM, CHAVES GC, OLIVEIRA MA, SILVA RM, LUIZA VL. Assistência Farmacêutica nos 30 anos do SUS na perspectiva da integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1937-1951, 2018
- BOATMAN JL, HARRISON DL, COX E. The health care cost of drug-related morbidity and mortality in nursing facilities. *Archives of Internal Medicine*. 1997;157(18):2089-96.
- BODSTEIN R. Atenção Básica na agenda da saúde. *Cien Saude Colet* 2002; 7(3):401-412
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Federal 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 outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set.1990. Seção I, p.18055-18059.
- BRASIL. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Diário Oficial da União. 1998.
- BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 9.782, de 26 de janeiro 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília. 1999a.
- BRASIL. Portaria GM no 176/99. Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos. 1999b [acessado 2015 jun 22]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portariagm179/gm.htm>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de janeiro de 2001: aprova a NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União* 2001; 26 jan.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília: Senado Federal; 2002.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS, 2003. 20ª ed. 2 48 p

BRASIL. Resolução n. 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política de Assistência Farmacêutica. Brasília: Diário Oficial da União. 2004.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Edição administrativa atualizada em outubro 2005. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2005a.

BRASIL. Pesquisa Nacional por amostras de domicílios. Acesso e utilização de serviços de saúde, 2003. Rio de Janeiro: IBGE 2005b.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: Diário Oficial da União. 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. *Diário Oficial da União* 2006; 3 abr. 2006b.

BRASIL. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. 2007a [acessado 2015 jun 22]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portariagm207/gm.htm>

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS 7. Brasília. 2007b. 187 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para implementação. Versão para debate. Brasil, nov. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 4.279 DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 396, de 4 de março de 2011. Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (QualiSUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais. 2011c

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12401 de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2011b.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto Presidencial 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. 2011c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011d. 186 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 7). ISBN: 978-85-89545-67-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento. Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Saúde - QualiSUS-Rede - MANUAL OPERACIONAL, Volume 1 Documento- Base, 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 156 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Operacional Volume 2 - Adesão ao Projeto e Formulação das Propostas dos Subprojetos Brasília-DF, janeiro de 2012. 2012b

BRASIL. Portaria nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 29 mar. 2012. Seção 1, p. 96. 2012c

BRASIL. Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília/DF, 31 jul. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 146, 31 jul. 2013b. Seção 1, p. 71.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. QUALISUS-REDE Projeto: P0088716 Contrato de Empréstimo: BIRD 7632-BR Agência Executora: Ministério da Saúde / nota técnica 47/2013 Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento da Assistência farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica. Caderno 1. Brasília DF, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Economia da Saúde, Investimento e Desenvolvimento. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Mapeamento e diagnóstico da gestão de equipamentos médico-assistenciais nas regiões de atenção à saúde do projeto QualiSUS-Rede / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos

Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 172 p. : il. 2016

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 127 p. ISBN 978-85-8071-024-3 2015a.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 133 p. ISBN 978-85-8071-027-4 2015b

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Alternativas de Gerência de Unidades Públicas de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015. 157 p. ISBN 978-85-8071-029-8 2015c

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Direito à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde – Brasília: CONASS, 2015. 113 p. ISBN 978-85-8071-023-6 2015d

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Manual do(a) Gestor(a) Municipal do SUS: “Diálogos no Cotidiano” / CONASEMS COSEMS-RJ, LAPPIS/IMS/UERJ – Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, organizadores. – 2.ed. revisada, ampliada. – Rio de Janeiro: CEPESQ, 2019. 424p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017: Consolidação das Normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), (Anteriormente Portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013). 2017a

BRASIL. Ministério da Saúde. Título III, Capítulo X da Portaria de Consolidação nº 5, de 28 de setembro de 2017 (Anteriormente Portaria MS/GM nº 2.583, de 10 de outubro de 2007). Define elenco de medicamentos e insumos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde, nos termos da Lei nº 11.347, de 2006, aos usuários portadores de diabetes mellitus. 2017b

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Comissão Intergestores Tripartite. Resolução nº 37, de 22 de março de 2018. Dispõe sobre o processo de Planejamento Regional Integrado e a organização de macrorregiões de saúde. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 22 mar. 2018

CORRER CJ, OTUKI MF, SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. Rev Pan-Amaz Saude, Belém, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011. p. 41-49

COSENDEY MAE, BERMUDEZ JAZ, REIS ALA, SILVA HF, OLIVEIRA MA, LUIZA VL. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. Cad. Saúde Pública. 2000; 16(1):171-82.

COSTA KS, TAVARES NUL, NASCIMENTO JÚNIOR JM, MENGUE SS, ÁLVARES J, GUERRA JUNIOR AA, et al. Assistência farmacêutica na atenção

primária: a pactuação interfederativa no desenvolvimento das políticas farmacêuticas no Sistema Único de Saúde (SUS). *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 2:2s.

COSTA KS, TAVARES NUL. A integração sistêmica da assistência farmacêutica. In: Projeto Atenção Básica: Capacitação, Qualificação dos Serviços de Assistência Farmacêutica e Integração das Práticas de Cuidado na Equipe de Saúde. Módulo 1. Brasília: Ministério da Saúde, Programa de Apoio Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde: 2019.

DUARTE LS, PESSOTO UC, GUIMARÃES RB, HEIMANN LS, DA ROCHA CARVALHEIRO J, CORTIZO CT, RIBEIRO EAW. Regionalização da saúde no Brasil: uma perspectiva de análise. *Saúde Soc* 2015; 24(2):472-485.

EOM G, GROOTENDORST P, DUFFIN J. The case for an essential medicines list for Canada. *CMAJ*, December 6, 2016, 188(17–18).

ERNST FR, GRIZZLE AJ. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. *J Am Pharm Assoc (Wash)*. 2001 Mar-Apr;41(2):192-9.

FEFER E, VELASQUES G, organizadores. Medicamentos Esenciales en el Nuevo Contexto Socio-Económico de América Latina y el Caribe. *Washington, D.C.; Organización Panamericana de la Salud; 1995. (OPS. Serie HSP/SILOS, 42).*

FERRAZ D, KRAICZYK J. Gênero e Políticas Públicas de Saúde – construindo respostas para o enfrentamento das desigualdades no âmbito do SUS. *Revista de Psicologia da UNESP São Paulo*. 2010.

FIGUEIREDO TA, Schramm, JMA, Pepe VLE. Seleção de medicamentos essenciais e a carga de doença no Brasil. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2014, vol.30, n.11, pp.2344-2356.

FURLAN, P; AMARAL MA. O Método de Apoio Institucional Paidéia aplicado à formação de profissionais da Atenção Básica em Saúde. In: Campos & Guerrero (orgs). *Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada*. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

GERLACK LF, KARNIKOWSKI MGA, AREDA CA, GALATO D, OLIVEIRA AG, ÁLVARES J, et al. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017;51 Supl 2:15s.

GIOVANELLA L, ESCOREL S, LOBATO LVC, NORONHA JC, CARVALHO AI, organizadores. *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; 2012. Martínez DH, Navarrete MLV, Lorenzo IV. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit* 2009; 23(4):280-286.

GOMES CAP, DA FONSECA AL, ROSA MB, MACHADO MC, FASSY MDF, SILVA RMDC, et al. *A assistência farmacêutica na atenção à saúde*. Edição revisada e ampliada 2010. 2a ed. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Neves; 2010.

GOMEZ MO. El derecho de acceso a los medicamentos y el derecho de patente en países en desarrollo. *Barcelona: Rev Bio y Der*. 2016; 37: 23-36. JOSHUA I,

PASSMORE P, BRUCE V, SUNDERLAND B. An evaluation of the Essential Medicines List, Standard Treatment Guidelines and prescribing restrictions, as an integrated strategy to enhance quality, efficacy and safety of and improve access to essential medicines in Papua New Guinea. *Health Policy and Planning*, 2016, Vol. 31, Nº. 4 539.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Essential drugs and Medicines policy. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO, Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2014. Oslo; 2013.

LAVRAS, C.C.C. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: IBANES, N; ELIAS, P. E. M.; SEIXAS, P. H. D'ANGELO. Política e Gestão Pública em Saúde. São Paulo: Hucitec Editora: Cealag, 2011.

LEYVA-FLORES R. Prescripción, acceso y gasto em medicamentos entre usuários de serviços de salud em México. *Salud Publica Mex*. V. 40, n. 1, p. 24-31, jan-feb 1998.

LIMA LD, QUEIROZ LFN, MACHADO CV, VIANA ALA. Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(7):1903-1914.

LUIZA VL. 2003. Acesso a medicamentos essenciais no estado do Rio de Janeiro. Tese de doutorado. ENSP: Rio de Janeiro.

LUIZA VL, TAVARES NUL, OLIVEIRA MA, ARRAIS PSD, RAMOS LR, DA SILVA DAL PIZZOL LR, et al. Gasto catastrófico com medicamentos no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2016;50(supl 2):15s.

MAGARINOS-TORRES R, PAGNONCELLI D, CRUZ-FILHO AD, OSORIO-DE-CASTRO CGS. Vivenciando a seleção de medicamentos em hospital de ensino. *Rev Bras Educ Med*. 2011;35(1):77–85.

MACHADO, J. A. Pacto de gestão na saúde: até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 24, n. 71, p. 105-119, 2009

MAGARINOS-TORRES R, PEPE VLE, OSORIO-DE-CASTRO CGS. Estruturação da assistência farmacêutica: plano de ação para a seleção de medicamentos essenciais. *Cad Saude Colet*. 2013; 21(2):188–96.

MARIN N, LUIZA, VL, CASTRO, CGSO, SANTOS, SM. Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 334p.

MARQUES DC, ZUCCHI P. Comissões farmacoterapêuticas no Brasil: aquém das diretrizes internacionais. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;19(1):58–68

MEDINA C. Política farmacéutica nacional: Impacto en el Uso Racionalde Medicamentos en el Perú. Trujillo: UCV-Scientia;2(2):82-90, 2010

- MELLO GA, PEREIRA APCM, UCHIMURA LYT, IOZZI FL, DEMARZO MMP, VIANA ALD. O processo de regionalização do SUS: revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1291-1310, 2017
- MENDES EV. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
- MENDOZA-SASSI R, BÉRIA JU, FIORI N, BORTOLOTTO A. Prevalência de sinais e sintomas, fatores sociodemográficos associados e atitude frente aos sintomas em um centro urbano no Sul do Brasil. *Rev Panm Salud Publica*. 2006;20(1):22-8.
- OLIVEIRA MA, BERMUDEZ JAZ, OSORIO-DE-CASTRO, CGS. Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2007.
- OLIVEIRA MA, LUIZA VL, TAVARES NUL, MENGUE SS, ARRAIS PSD, FARIAS MR, et al. Acesso a medicamentos para doenças crônicas no Brasil: uma abordagem multidimensional. *Rev Saude Publica*. 2016;50(supl 2):6s.
- OLIVEIRA JF, PRADO NMBL, MEDINA MG, PAIM JS. Gastos público e privado com saúde no Brasil e países selecionados. *Saúde debate*. Rio de janeiro, v. 42, número especial 2, p. 37-47, outubro 2018
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC.: OPAS, 2010 (SERIE La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas nº4).
- PINAFO E, CARVALHO BG. Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1511 1524.
- PORTELA, AS. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, Paraíba*, v. 31, n.1, p. 09-14, 2010.
- REIS AAC et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1045-1054, 2017
- RIBEIRO JM et al. Políticas de saúde e lacunas federativas no Brasil: uma análise da capacidade regional de provisão de serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1031-1044, 2017
- ROLIM, L; CRUZ, RL; SAMPAIO, KJ. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. *Saúde em Debate*, v.37, n.96, p.139-147, 2013.
- ROSA WAG, LABATE RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev Latino-Am Enferm* 2005; 13(6):1027-1034.
- SANTANA RS, JESUS EMS, SANTOS DG, LYRA JÚNIOR DP, LEITE SN, SILVA WB. Indicadores da seleção de medicamentos em sistemas de saúde: uma revisão integrativa. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(3):228–34.

SANTOS L, CAMPOS GWS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde soc.*, São Paulo, 2015 jun, 24(2): 438-446.

SHIMIZU HE, CRUZ MS, BRETAS JUNIOR N, SCHIERHOLT SR, RAMALHO WM, RAMOS MC, MESQUITA MS, SILVA EM. O protagonismo dos Conselhos de Secretários Municipais no processo de governança regional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(4):1131-1140, 2017.

SILVA SF. Pacto pela Saúde e rede regionalizadas de atenção: diretrizes operacionais para implantação. In: Silva SF, organizador. *Redes de Atenção à Saúde no SUS*. Campinas, SP: Idisa, Conasems; 2008. p. 151-201

SILVA, SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, June 2011

SILVA CL DA, ROTTA CV. O dilema da universalidade e financiamento público do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 11, n. 2, p. 333 - 345, ago./dez. 2012.

SOLER O, FONSECA AL, ROSA MB, MACHADO MC, FASSY MF, SILVA RMC; GOMES CAP. Assistência Farmacêutica Clínica na Atenção Primária à Saúde por meio do Programa Saúde da Família. *Rev Bras Farm*. 2010;91(1):37-45.

SOUZA, C. Políticas Públicas de Saúde: uma revisão de literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

SOUZA GS, COSTA EA, BARROS RD, PEREIRA MT, BARRETO JL, GUERRA JUNIOR AA, et al. Caracterização da institucionalização da assistência farmacêutica na atenção básica no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2017; 51 Supl 2:7s.

TOBAR F. Política de medicamentos en América Latina. Buenos Aires: Fundación Salud y Fármacos; 2007.

TOBAR F, DRAKE I, MARTICH, E. Alternativas para la adopción de políticas centradas en el acceso a medicamentos. *Rev Panam Salud Publica* [online]. 2012, vol.32, n.6, pp.457-463.

UNITED NATIONS (UN). Sustainable development goals. 2015. The Millennium Development Goals Report 2015. United Nations. New York, 2015. 72 p. ISBN 978-92-1-101320-7.

VASCONCELOS DMM, CHAVES GC, AZEREDO TB, SILVA RM. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. *Cien Saude Colet* 2017; 22(8):2609-2614.

VIANA ALD'Á et al. Região e Redes: abordagem multidimensional e multinível para análise do processo de regionalização da saúde no Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 17 (Supl.1): S17-S26 out., 2017

VIANA ALD'Á et al. Regionalização e Redes de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1791-1798, 2018

VIEIRA FS. Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016. Texto para Discussão nº 2356. Brasília; Rio de Janeiro: IPEA; 2018.

ANEXO 1 - Aprovação no Comitê de Ética

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM RECORTE NAS REGIÕES DO PROJETO QUALISUS-REDE

Pesquisador: KAREN SARMENTO COSTA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 19554413.6.0000.0008

Instituição Proponente: Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde
The World Bank

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 399.423

Data da Relatoria: 18/09/2013

Situação do Parecer:

Aprovado

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

ANEXO 2 - Instrumento de Coleta de Dados Primários

Perfil 2: Responsável pela Assistência Farmacêutica

Nº do CNES	_____
Nome estabelecimento	_____
Endereço	_____
Nome do Entrevistado	_____
Assinatura do TCLE	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
Cargo/Função do entrevistado	_____
Formação Profissional	_____
Tipo de Vínculo	<input type="checkbox"/> Comissionado
	<input type="checkbox"/> Contratado
	<input type="checkbox"/> Concursado
	<input type="checkbox"/> Terceirizado
	<input type="checkbox"/> Cedido por outro órgão
	<input type="checkbox"/> Outro

Carga horária de trabalho na função	
Horas por semana na função	
Dias por semana na função	
Desde quando exerce a função	
Nº total de farmacêuticos que atuam no município	
Horário de funcionamento do ponto	
Possui responsável técnico pela farmácia na unidade? Resposta "Não" ou "Não se aplica", bloquear 11 próximas perguntas.	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não se aplica
Formação	_____
Tipo de Vínculo	_____
Está formalizado junto ao CRF?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
O certificado está vigente?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
Está presente no momento da visita?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
Carga horária diária	_____
Carga horária semanal	_____
Possui farmacêutico assistente?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
Existe farmacêutico de referência para a unidade?	<input type="checkbox"/> Sim
	Se sim
	<input type="checkbox"/> Farmacêutico de outra unidade
	<input type="checkbox"/> Farmacêutico do NASF

	<input type="checkbox"/> Farmacêutico da coordenação municipal
	<input type="checkbox"/> Farmacêutico da farmácia regional/distrital
	<input type="checkbox"/> Não
Nº de profissionais da assistência farmacêutica com pós-graduação na área de assist. farmacêutica	Especialização Qtde ____
	Mestrado Qtde ____
	Doutorado Qtde ____
	Outros Qtde ____
Nº de profissionais da assistência farmacêutica com pós-graduação em outras áreas	Especialização Qtde ____
	Mestrado Qtde ____
	Doutorado Qtde ____
	Outros Qtde ____
Tipo de Vínculo dos profissionais que atuam na assistência farmacêutica por categoria profissional	Profissional:
	<input type="checkbox"/> Farmacêutico
	<input type="checkbox"/> Aux/Téc de farmácia
	<input type="checkbox"/> Aux/Téc de enfermagem
	<input type="checkbox"/> Aux. Administrativo
	<input type="checkbox"/> Demais profissionais de nível superior
Tipo de Vínculo	<input type="checkbox"/> Comissionado
	<input type="checkbox"/> Concursado
	<input type="checkbox"/> Contratado
	<input type="checkbox"/> Cedido por outro órgão
	<input type="checkbox"/> Terceirizado
	<input type="checkbox"/> Estagiário
	Quantidade _____
	Observação _____
Profissional:	<input type="checkbox"/> Farmacêutico
	<input type="checkbox"/> Aux/Téc de farmácia
	<input type="checkbox"/> Aux/Téc de enfermagem
	<input type="checkbox"/> Aux. Administrativo
	<input type="checkbox"/> Demais profissionais de nível superior
Tipo de Vínculo	<input type="checkbox"/> Comissionado
	<input type="checkbox"/> Concursado
	<input type="checkbox"/> Contratado
	<input type="checkbox"/> Cedido por outro órgão
	<input type="checkbox"/> Terceirizado
	<input type="checkbox"/> Estagiário
	Quantidade _____
	Observação _____

	Profissional:
	<input type="checkbox"/> Farmacêutico
	<input type="checkbox"/> Aux/Téc de farmácia
	<input type="checkbox"/> Aux/Téc de enfermagem
	<input type="checkbox"/> Aux. Administrativo
	<input type="checkbox"/> Demais profissionais de nível superior
	Tipo de Vínculo
	<input type="checkbox"/> Comissionado
	<input type="checkbox"/> Concursado
	<input type="checkbox"/> Contratado
	<input type="checkbox"/> Cedido por outro órgão
	<input type="checkbox"/> Terceirizado
	<input type="checkbox"/> Estagiário
	Quantidade _____
	Observação _____
	Profissional:
	<input type="checkbox"/> Farmacêutico
	<input type="checkbox"/> Aux/Téc de farmácia
	<input type="checkbox"/> Aux/Téc de enfermagem
	<input type="checkbox"/> Aux. Administrativo
	<input type="checkbox"/> Demais profissionais de nível superior
	Tipo de Vínculo
	<input type="checkbox"/> Comissionado
	<input type="checkbox"/> Concursado
	<input type="checkbox"/> Contratado
	<input type="checkbox"/> Cedido por outro órgão
	<input type="checkbox"/> Terceirizado
	<input type="checkbox"/> Estagiário
	Quantidade _____
	Observação _____
	Profissional:
	<input type="checkbox"/> Farmacêutico
	<input type="checkbox"/> Aux/Téc de farmácia
	<input type="checkbox"/> Aux/Téc de enfermagem
	<input type="checkbox"/> Aux. Administrativo
	<input type="checkbox"/> Demais profissionais de nível superior
	Tipo de Vínculo
	<input type="checkbox"/> Comissionado
	<input type="checkbox"/> Concursado
	<input type="checkbox"/> Contratado

	<input type="checkbox"/> Cedido por outro órgão
	<input type="checkbox"/> Terceirizado
	<input type="checkbox"/> Estagiário
	Quantidade _____
	Observação _____
D4P01 - Tem conhecimento da Portaria do Ministério da Saúde, em vigência, a qual define as normas e execução do Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
D4P02 - Tem conhecimento da Resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), em vigência, a qual define normas para a execução do Financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no Estado?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
D4P03 - Qual a forma de pactuação vigente realizada na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), para o Repasse da Contrapartida Estadual do Componente Básico da Assistência Farmacêutica?	<input type="checkbox"/> Repasse financeiro ao Fundo Municipal de Saúde;
	<input type="checkbox"/> Repasse através de medicamentos produzidos em laboratórios públicos;
	<input type="checkbox"/> Repasse através de medicamentos provenientes da compra centralizado pelo Estado;
	<input type="checkbox"/> Outra forma de repasse financeiro Qual? _____
	<input type="checkbox"/> Outra forma de repasse de medicamentos Qual? _____
	<input type="checkbox"/> Não sei
D4P08 - Existe algum programa de co-financiamento da Assistência Farmacêutica instituído?	<input type="checkbox"/> Sim. Qual a Portaria que institui? _____
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não Sei
D4P09 - Houve emenda parlamentar, no último ano, destinada a Assistência Farmacêutica?	<input type="checkbox"/> Sim, Municipal, utilizada em:
	<input type="checkbox"/> Estruturação
	<input type="checkbox"/> Aquisição de medicamentos
	<input type="checkbox"/> Capacitação de Recursos Humanos (RH)
	<input type="checkbox"/> Outros
	<input type="checkbox"/> Sim, Estadual, utilizada em:
	<input type="checkbox"/> Estruturação
	<input type="checkbox"/> Aquisição de medicamentos
	<input type="checkbox"/> Capacitação de Recursos Humanos (RH)
	<input type="checkbox"/> Outros
	<input type="checkbox"/> Sim, Federal, utilizada em:
<input type="checkbox"/> Estruturação	

	<input type="checkbox"/> Aquisição de medicamentos
	<input type="checkbox"/> Capacitação de Recursos Humanos (RH)
	<input type="checkbox"/> Outros
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D4P10 - Há incentivo financeiro Municipal para inserção das Práticas Integrativas no Cuidado em saúde?	<input type="checkbox"/> Sim. Qual?
	<input type="checkbox"/> Plantas Medicinais
	<input type="checkbox"/> Fitoterapia
	<input type="checkbox"/> Homeopatia
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D4P36 - Há incentivo financeiro Municipal para aquisição de fitoterápicos e/ou medicamentos homeopáticos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D4P11 - O Município tem recurso financeiro voltado para os Arranjos Produtivos locais para plantas medicinais e/ou fitoterápicos?	<input type="checkbox"/> Sim, Qual?
	<input type="checkbox"/> Municipal
	<input type="checkbox"/> Estadual
	<input type="checkbox"/> Federal
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D4P05 - Existe uma Comissão de Licitação Permanente?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D4P04 - Quais as formas de aquisição de medicamentos básicos utilizadas no último ano?	<input type="checkbox"/> Processo Licitatório, Qual?
	<input type="checkbox"/> Convite
	<input type="checkbox"/> Tomada de Preços
	<input type="checkbox"/> Concorrência
	<input type="checkbox"/> Pregão Presencial
	<input type="checkbox"/> Pregão eletrônico
	<input type="checkbox"/> Registro de Preços
	<input type="checkbox"/> Adesão em Ata de registro de preço
	<input type="checkbox"/> Emergencial
	<input type="checkbox"/> Compra direta
	<input type="checkbox"/> Não realizou Processo Licitatório
	<input type="checkbox"/> Não sei
	<input type="checkbox"/> Não se aplica
D1P31 - O farmacêutico participa na elaboração do Termo de Referência (TR) para a aquisição de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P32 - O farmacêutico emite parecer técnico no processo licitatório para a aquisição de medicamento?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei

D4P06 - O Município está organizado na forma de consórcio para aquisição de medicamentos? Resposta "Não" ou "Não sei", bloquear D4P07.	() Sim, Qual? _____ () Não () Não sei
D4P07 - Qual a vantagem para o município em relação à Assistência Farmacêutica com a participação no consórcio?	() Melhorou na organização da Assistência Farmacêutica () Impacto financeiro positivo () Aquisição de forma rápida, reduziu o desabastecimento. () Não identificou vantagens () Outras _____
D4P12 - Conhece a ferramenta do Banco de Preços em Saúde?	() Sim
Resposta "Não", bloquear D4P13 e D4P14.	() Não
D4P13 - A Secretaria de Saúde alimenta o Banco de Preços em Saúde com informações sobre os preços praticados em suas aquisições relacionadas à Assistência Farmacêutica?	() Sim, para medicamentos () Sim, para insumos () Não () Não sei
D4P14 - A Secretaria de Saúde utiliza as informações disponíveis no Banco de Preços para orientar o processo de aquisição de medicamentos?	() Sim, para medicamentos () Sim, para insumos () Não () Não sei
D1P05 - O responsável pela Assistência Farmacêutica participa da elaboração do Plano Municipal de Saúde?	() Sim () Não () Não sei
D1P6 - O responsável pela Assistência Farmacêutica participou na elaboração do Plano Municipal de Saúde atual e/ou de suas atualizações?	() Sim () Não () Não sei
D4P19 - O Responsável pela Assistência farmacêutica participou da elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), em vigência?	() Sim () Não () Não sei
D4P20 - O responsável pela Assistência Farmacêutica tem conhecimento da Lei Orçamentária Anual (LOA), em vigência?	() Sim () Não () Não sei
D4P21 - O responsável pela Assistência Farmacêutica participou na elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA), em vigência?	() Sim () Não () Não sei
D4P22 - Na Lei Orçamentária Anual (LOA), em vigência, está previsto recursos orçamentários específicos para a aquisição de medicamentos?	() Sim () Não () Não sei
D4P23 - Na Lei Orçamentária Anual (LOA), em vigência, está previsto recursos orçamentários específicos para a estruturação da Assistência Farmacêutica?	() Sim () Não () Não sei
D4P24 - Na Lei Orçamentária Anual (LOA), em vigência, está previsto	() Sim, Qual? _____

recursos orçamentários específicos para o desenvolvimento das ações da Assistência Farmacêutica, além do processo de aquisição e estruturação?	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D4P18 - O Responsável pela Assistência Farmacêutica participou da elaboração do Plano Plurianual?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D4P25 – O Responsável pela Assistência Farmacêutica participou na elaboração da Programação Anual da Saúde?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D4P26 - As ações da Assistência Farmacêutica estão contempladas na Programação Anual da Saúde? Resposta "Não" ou "Não sei", bloquear D4P27	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D4P27 - Na Programação Anual da Saúde, em vigência, estão previstas ações da Assistência Farmacêutica voltadas para:	<input type="checkbox"/> Capacitações/Educação Permanente
	<input type="checkbox"/> Informatização
	<input type="checkbox"/> Ampliação de Recursos Humanos
	<input type="checkbox"/> Reformas
	<input type="checkbox"/> Construção
	<input type="checkbox"/> Outras: _____
	<input type="checkbox"/> Não sei
D4P15 - O responsável pela Assistência Farmacêutica participa da elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG)?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D4P16 - As ações de Assistência Farmacêutica foram descritas no último Relatório Anual de Gestão?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D4P17 - Os Recursos previstos e executados para a Assistência Farmacêutica foram descritas no último Relatório Anual de Gestão?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D4P31 - O Município destinou recursos financeiros da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no valor total previsto em portaria, no ano anterior?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
	<input type="checkbox"/> Não se aplica (para estado)
D4P32 - O Estado destinou recursos financeiros da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no valor total previsto em portaria, no ano anterior?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D4P33 – Nos últimos seis meses, o Município destinou recursos financeiros da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica previsto em portaria?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
	<input type="checkbox"/> Não se aplica (para estado)
D4P34 - Nos últimos seis meses, o Estado destinou recursos financeiros da contrapartida do Componente Básico da Assistência Farmacêutica previsto em portaria?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não

	<input type="checkbox"/> Não sei
D4P35 - Os recursos orçados para aquisição de medicamentos foram utilizados em sua totalidade, no ano anterior?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D4P30 - O recurso total previsto, na Portaria em vigência do financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica, é suficiente para adquirir todos os itens de medicamentos padronizados nas quantidades adequadas?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P22 - Existe demanda judicial para fornecimento de medicamento? Resposta "Não" e "Não sei", bloquear D1P23, D1P24 e D1P25.	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P23 - O gestor municipal conta com assessoria jurídica para resposta às demandas judiciais para fornecimento de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P24 - O gestor Municipal conta com assessoria técnica farmacêutica para resposta às demandas judiciais para fornecimento de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P25 - Qual a maior incidência de demanda judicial?	<input type="checkbox"/> Componente Básico
	<input type="checkbox"/> Componente Especializado
	<input type="checkbox"/> Componente Estratégico
	<input type="checkbox"/> Oncologia
	<input type="checkbox"/> Insulina análoga
	<input type="checkbox"/> Outros
D1P07 - O Conselho Municipal de Saúde participa nas decisões sobre questões relacionadas à Assistência Farmacêutica no município?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P08 - A Prestação de Contas dos investimentos em Assistência Farmacêutica foi apresentada ao Conselho Municipal de Saúde, no último ano?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P9 – Existe(m) mecanismo(s) no Município para receber críticas e sugestões dos usuários sobre a Assistência Farmacêutica?	<input type="checkbox"/> Sim. Ouvidoria.
	<input type="checkbox"/> Sim. Outros: _____
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P10 - Você recebeu críticas e/ou sugestões sobre a Assistência Farmacêutica, no último ano?	<input type="checkbox"/> Sim, críticas
	<input type="checkbox"/> Sim, sugestões
	<input type="checkbox"/> Sim, elogios
	<input type="checkbox"/> Sim, denúncias
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P01 - A Assistência Farmacêutica faz parte do organograma da	<input type="checkbox"/> Sim. Qual terminologia? _____

Secretaria Municipal de Saúde (SMS)?	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P2 - No caso de existir uma coordenação de Assistência Farmacêutica Municipal, essa é coordenada por farmacêutico(a)?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não. Qual a formação do coordenador da Assistência Farmacêutica? _____
	<input type="checkbox"/> Não se aplica
D1P03 - Quantos farmacêuticos compõem o quadro de pessoal da Assistência Farmacêutica?	Resposta: _____
D3P16 - Quais atividades Técnico-gerenciais o(s) farmacêutico(s) realiza(m)?	<input type="checkbox"/> Seleção
	<input type="checkbox"/> Programação
	<input type="checkbox"/> Produção
	<input type="checkbox"/> Aquisição
	<input type="checkbox"/> Recebimento
	<input type="checkbox"/> Armazenamento
	<input type="checkbox"/> Distribuição
	<input type="checkbox"/> Outros: _____
	<input type="checkbox"/> Não se aplica.
D3P16.1 - Quais atividades Técnico-assistenciais o(s) farmacêutico(s) realiza(m)?	<input type="checkbox"/> Dispensação
	<input type="checkbox"/> Matriciamento
	<input type="checkbox"/> Grupo Operativo de Educação em Saúde
	<input type="checkbox"/> Participação em construção de Projeto Terapêutico Singular
	<input type="checkbox"/> Discussão de Casos
	<input type="checkbox"/> Seguimento Farmacoterapêutico
	<input type="checkbox"/> Orientação em Saúde
	<input type="checkbox"/> Outros: _____
	<input type="checkbox"/> Não se aplica.
D3P14 - Existe farmacêutico na equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF? Resposta "Não", "Não sei" e "Não se aplica", bloquear D3P15 e D3P15_1	<input type="checkbox"/> Sim. Quantos? _____
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
	<input type="checkbox"/> Não se aplica
D3P15 - Quais atividades técnico-gerenciais o(s) farmacêutico(s) do Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF realizam?	<input type="checkbox"/> Seleção
	<input type="checkbox"/> Programação
	<input type="checkbox"/> Produção
	<input type="checkbox"/> Aquisição
	<input type="checkbox"/> Recebimento
	<input type="checkbox"/> Armazenamento
	<input type="checkbox"/> Distribuição
	<input type="checkbox"/> Outros: _____
	<input type="checkbox"/> Não se aplica.
D3P15.1 - Quais atividades técnico-assistenciais o(s) farmacêutico(s) do Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF realizam?	<input type="checkbox"/> Dispensação
	<input type="checkbox"/> Matriciamento

	<input type="checkbox"/> Grupo Operativo de Educação em Saúde <input type="checkbox"/> Participação em construção de Projeto Terapêutico Singular <input type="checkbox"/> Discussão de Casos <input type="checkbox"/> Seguimento Farmacoterapêutico <input type="checkbox"/> Orientação em Saúde <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Não se aplica.
D3P13 - O farmacêutico realiza Visitas Domiciliares?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D1P41 - Existe um plano de cargos e salários que contempla os profissionais da Assistência Farmacêutica?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D1P48 - Existe mecanismo de avaliação de desempenho dos profissionais da Assistência Farmacêutica com incentivos relacionados a alcance de metas ou produção?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D1P45 – O Plano Municipal de Saúde contempla ações para a Educação Permanente para a Assistência Farmacêutica?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D1P04 - Existe previsão de recurso financeiro para participação do farmacêutico em curso de Educação Permanente?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D1P39 – Quantas capacitações voltadas para as atividades da Assistência Farmacêutica foram desenvolvidas PARA FARMACÊUTICOS no último ano?	<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> mais que 5
D1P40 – Quantas capacitações voltadas para as atividades da Assistência Farmacêutica foram desenvolvidas PARA OUTROS PROFISSIONAIS no último ano?	<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> mais que 5
D3P11 - Quantas atividades de capacitação e/ou educação permanente PARA O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS foram realizadas pelo farmacêutico aos profissionais da equipe de saúde, no último ano?	Quantidade _____ Qual(is): _____ <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Nenhuma
D1P42 – É viabilizado participação dos farmacêuticos em cursos de	<input type="checkbox"/> Sim

atualização/capacitações externas?	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P43 – É viabilizado participação dos demais profissionais da Assistência Farmacêutica em cursos de atualização/capacitações externas?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P46 - Os farmacêuticos se reúnem periodicamente com o gestor da Assistência Farmacêutica?	<input type="checkbox"/> Sim. Qual frequência?
	<input type="checkbox"/> Mensal
	<input type="checkbox"/> Bimensal
	<input type="checkbox"/> Trimestral
	<input type="checkbox"/> Semestral
	<input type="checkbox"/> Anual
	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Não sei	
D2P29 - Existe monitoramento e avaliação da Assistência Farmacêutica por meio de indicadores?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P37 - A Assistência Farmacêutica participa de ações conjuntas com demais áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde?	<input type="checkbox"/> Sim.
	<input type="checkbox"/> Atenção Básica
	<input type="checkbox"/> Vigilância em Saúde
	<input type="checkbox"/> Planejamento
	<input type="checkbox"/> Controle e Avaliação
	<input type="checkbox"/> Outras: _____
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Não sei	
D1P38 – Os profissionais da Assistência Farmacêutica são convidados a participar no planejamento de ações nos diferentes pontos de atenção no município?	<input type="checkbox"/> Sim, participa ativamente
	<input type="checkbox"/> Sim, mas não participa
	<input type="checkbox"/> Não, não é convidado
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P47 - Os funcionários da Assistência Farmacêutica se reúnem com a equipe multiprofissional para discutir processos de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim, qual a frequência?
	<input type="checkbox"/> Semanal
	<input type="checkbox"/> Quinzenal
	<input type="checkbox"/> Mensalmente
	<input type="checkbox"/> Bimensalmente
	<input type="checkbox"/> Trimestralmente
	<input type="checkbox"/> Semestralmente
	<input type="checkbox"/> Anualmente
	<input type="checkbox"/> Eventualmente (quando necessário)
	<input type="checkbox"/> Outras: _____
	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Não sei	
D1P15 - Existe Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) formalmente constituída na Secretaria Municipal de Saúde? Resposta "Não" ou "Está em fase de implantação" ou "Não sei", bloquear a D1P16 e D1P17.	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não

	<input type="checkbox"/> Está em fase de implantação <input type="checkbox"/> Não sei
D1P16 – A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) é composta por:	<input type="checkbox"/> Farmacêutico. Quantidade: _____ (drop menu de 1 a 10) <input type="checkbox"/> Enfermeiro. Quantidade: _____ (drop menu de 1 a 10) <input type="checkbox"/> Médico. Quantidade: _____ (drop menu de 1 a 10) <input type="checkbox"/> Dentista. Quantidade: _____ (drop menu de 1 a 10) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Não se aplica
D1P17 - A Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) se reuniu no último ano?	<input type="checkbox"/> Sim. Quantas vezes _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Não se aplica
D1P18 - Existe uma Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) ou uma Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) instituída?	<input type="checkbox"/> Sim, REMUME <input type="checkbox"/> Sim, RESME <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D1P20 - Há uma Relação Estadual de Medicamentos Básicos pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIB)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D1P21 - Qual(is) o(s) critério(s) utilizado(s) para a composição da lista padronizada de medicamentos do Município?	<input type="checkbox"/> Dados do Município (epidemiológico) <input type="checkbox"/> Dados do Município (consumo histórico) <input type="checkbox"/> Evidências científicas <input type="checkbox"/> Demanda dos serviços municipais de saúde <input type="checkbox"/> Medicamentos de demanda judicial <input type="checkbox"/> Lançamento de novos medicamentos no mercado <input type="checkbox"/> Relatórios de controle de estoque das Unidades de Saúde <input type="checkbox"/> Utilização da lista do Estado ou da União <input type="checkbox"/> Adequação aos protocolos clínicos <input type="checkbox"/> Manutenção das listas anteriores do Município <input type="checkbox"/> Não utiliza método algum <input type="checkbox"/> Não existe uma lista padronizada de medicamentos <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não sei
D1P19 - A lista de medicamentos padronizados possui algum medicamento	<input type="checkbox"/> Sim. Quantos itens? _____

que não está na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)?	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D2P18 - Há um formulário disponível para a solicitação de inclusão/exclusão de medicamentos na lista padronizada do Município?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P26 - Há medicamentos fitoterápicos ofertados pelo município na rede pública de saúde? Resposta "Não" ou "Não sei", bloquear D1P51, D2P48 e D2P49	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Manipulado
	<input type="checkbox"/> Industrializado
	<input type="checkbox"/> Planta Medicinal Fresca
	<input type="checkbox"/> Planta Medicinal Seca (droga vegetal)
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P51 – Quais fitoterápicos são ofertados?	<input type="checkbox"/> Alcachofra (<i>Cynara scolymus</i>)
	<input type="checkbox"/> Aroeira (<i>Schinus terebinthifolius</i>)
	<input type="checkbox"/> Babosa (<i>Aloe vera</i> (L.) Burm. f.)
	<input type="checkbox"/> Cáscara-sagrada (<i>Rhamnus purshiana</i>)
	<input type="checkbox"/> Espinheira-santa (<i>Maytenus officinalis</i> Mabb.)
	<input type="checkbox"/> Garra-do-diabo (<i>Harpagophytum procumbens</i>)
	<input type="checkbox"/> Guaco (<i>Mikania glomerata</i>)
	<input type="checkbox"/> Hortelã (<i>Mentha x piperita</i> L.)
	<input type="checkbox"/> Isoflavona-de-soja (<i>Glycine max</i>)
	<input type="checkbox"/> Plantago (<i>Plantago ovata</i> Forssk.)
	<input type="checkbox"/> Unha-de-gato (<i>Uncaria tomentosa</i>)
	<input type="checkbox"/> Salgueiro (<i>Salix alba</i>)
	<input type="checkbox"/> Outros _____
	<input type="checkbox"/> Não sei
	<input type="checkbox"/> Não se aplica
D1P27 - Há medicamentos homeopáticos ofertados pelo município na rede pública?	<input type="checkbox"/> Sim, contemplados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) em vigência
	<input type="checkbox"/> Sim, outros
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D2P48 – Em que tipo de estabelecimento são entregues os fitoterápicos aos usuários?	<input type="checkbox"/> Farmácia pública de manipulação
	<input type="checkbox"/> Farmácia de dispensação unidades de saúde
	<input type="checkbox"/> Farmácia viva
	<input type="checkbox"/> Outros: _____
	<input type="checkbox"/> Não sei
D2P49 – Em que tipo de estabelecimento são manipulados os fitoterápicos?	<input type="checkbox"/> Farmácia pública de manipulação
	<input type="checkbox"/> Farmácia de manipulação conveniada
	<input type="checkbox"/> Farmácia viva
	<input type="checkbox"/> Outros: _____
	<input type="checkbox"/> Não sei

	<input type="checkbox"/> Não se aplica.
D3P21 - A equipe de Saúde realiza atividades de educação em saúde que aborde o uso de plantas medicinais e/ou fitoterápicos? Resposta "Não" ou "Não sei", bloquear D3P22	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D3P22 - Quem realiza atividades de educação em saúde abordando o uso de plantas medicinais e/ou fitoterápicos?	<input type="checkbox"/> Farmacêuticos
	<input type="checkbox"/> Médicos
	<input type="checkbox"/> Enfermeiro
	<input type="checkbox"/> Técnico/Auxiliar de Farmácia
	<input type="checkbox"/> Técnico/Auxiliar de Enfermagem
	<input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde
	<input type="checkbox"/> Outros: _____
D3P17 - No município existe farmácia de dispensação de medicamentos do componente especializado da Assistência Farmacêutica?	<input type="checkbox"/> Não sei
	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não. Qual o local de referência para o Município: _____
D3P19 - É informado ao usuário de como ter acesso aos medicamentos do componente especializado? Resposta "Não" ou "Não sei", bloquear a D3P20.	<input type="checkbox"/> Não sei
	<input type="checkbox"/> Sim.
	<input type="checkbox"/> Farmacêutico
	<input type="checkbox"/> Técnico/Auxiliar de Farmácia
	<input type="checkbox"/> Enfermeiro
	<input type="checkbox"/> Médico
	<input type="checkbox"/> Assistente Social
	<input type="checkbox"/> Agente Comunitário de Saúde
	<input type="checkbox"/> Técnico/Auxiliar em Enfermagem
	<input type="checkbox"/> Auxiliar Administrativo
	<input type="checkbox"/> Outros: _____
D3P20 - Como o usuário é informado sobre acesso aos medicamentos do componente especializado da Assistência Farmacêutica?	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
	<input type="checkbox"/> Verbalmente
	<input type="checkbox"/> Panfleto
	<input type="checkbox"/> Cartaz
	<input type="checkbox"/> Protocolo clínico impresso
	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Outros _____	
D1P11 - Existe elaboração de informativos pela equipe da Assistência Farmacêutica do Município para o usuário?	<input type="checkbox"/> Não sei
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Sim
D1P13 - Há disponibilidade de Informação visível ao usuário sobre os locais de dispensação de medicamentos padronizados?	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Sim. Qual a forma? _____ (na página eletrônica do Município, cartaz, panfleto ou outras formas)
	<input type="checkbox"/> Não

	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P14 - O Município disponibiliza a lista de medicamentos padronizados (e suas atualizações) impressa nos consultórios dos prescritores?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P33 - Existe um sistema informatizado* para a gestão da Assistência Farmacêutica? *Sistema informatizado entende-se por software e não apenas uma planilha do Microsoft Excel. Resposta "Não" ou "Não sei", bloquear D2P16, D1P34, D1P35 e D1P36.	<input type="checkbox"/> Sim, Hórus
	<input type="checkbox"/> Sim, sistema informatizado próprio, desenvolvido pelo município
	<input type="checkbox"/> Sim, sistema informatizado terceirizado
	<input type="checkbox"/> Sim Outro? _____
	<input type="checkbox"/> Não
D2P16 – Existe no estabelecimento/município um sistema informatizado atende as exigências da Portaria GM/MS n. 271, de 27 de fevereiro de 2013?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P34 - Quais funcionalidades são disponibilizadas pelo sistema informatizado?	<input type="checkbox"/> Aquisição
	<input type="checkbox"/> Dispensação
	<input type="checkbox"/> Controle de estoque
	<input type="checkbox"/> Armazenamento
	<input type="checkbox"/> Distribuição
	<input type="checkbox"/> Relatórios
	<input type="checkbox"/> Informação de medicamentos (validade, lote, informações farmacológicas etc.)
	<input type="checkbox"/> Não sei
<input type="checkbox"/> Não se aplica	
D1P35 - Quais funcionalidades são utilizados pelo sistema informatizado?	<input type="checkbox"/> Aquisição
	<input type="checkbox"/> Dispensação
	<input type="checkbox"/> Controle de estoque
	<input type="checkbox"/> Armazenamento
	<input type="checkbox"/> Distribuição
	<input type="checkbox"/> Relatórios
	<input type="checkbox"/> Informação de medicamentos (validade, lote, informações farmacológicas etc.)
	<input type="checkbox"/> Não utiliza o sistema
<input type="checkbox"/> Não sei	
D1P36 - O sistema informatizado está em rede com as Unidades de Saúde?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P28 - Na(s) unidade(s) que dispensa(m) medicamentos, existe cronograma de envio das informações para programação da aquisição de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
	<input type="checkbox"/> Não se aplica
D1P30 - Qual o critério utilizado, no último ano, na programação para	<input type="checkbox"/> Consumo médio

aquisição de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Perfil epidemiológico
	<input type="checkbox"/> Oferta de serviço
	<input type="checkbox"/> Recurso disponível
	<input type="checkbox"/> Outro _____
	<input type="checkbox"/> Não sei
D1P29 - Existe cronograma de envio do pedido para abastecimento das unidades para a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
	<input type="checkbox"/> Não se aplica
D2P30 – Quantos itens estão faltando no momento, em relação à lista padronizada?	Nº de medicamentos em falta: _____
	<input type="checkbox"/> Não sei
D2P23 – Quando ocorre desabastecimento, qual(is) o(s) motivo(s)?	<input type="checkbox"/> Problemas do setor de compras
	<input type="checkbox"/> Problemas do mercado farmacêutico
	<input type="checkbox"/> Problemas de repasses de medicamentos nas instâncias do SUS
	<input type="checkbox"/> Atraso na distribuição para as Unidades
	<input type="checkbox"/> Atraso na entrega do distribuidor/fornecedor
	<input type="checkbox"/> Outro: _____
	<input type="checkbox"/> Não sei
D2P24 - Qual o procedimento adotado com o usuário, quando falta algum medicamento?	<input type="checkbox"/> Não se aplica
	<input type="checkbox"/> Encaminha o usuário para outra unidade
	<input type="checkbox"/> Encaminha para o Programa Farmácia Popular
	<input type="checkbox"/> Encaminha para uma farmácia comercial
	<input type="checkbox"/> Registra o contato do usuário para avisar quando o medicamento chegar
	<input type="checkbox"/> Solicita o retorno posteriormente
	<input type="checkbox"/> Nenhum procedimento é adotado
	<input type="checkbox"/> Outro _____
D2P25 - Quando há excesso de medicamentos no estoque, qual o procedimento adotado?	<input type="checkbox"/> Ajuste na programação
	<input type="checkbox"/> Redistribuição entre Unidades de Saúde
	<input type="checkbox"/> Devolução para a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)
	<input type="checkbox"/> Doação
	<input type="checkbox"/> Realiza troca com outros serviços do município
	<input type="checkbox"/> Empréstimo dentro da rede (outros municípios/Estado)
	<input type="checkbox"/> Perde-se o que sobrou
	<input type="checkbox"/> Não há excesso
	<input type="checkbox"/> Outro: _____
	<input type="checkbox"/> Não sei
D2P19 – Para qual(is) atividade(s) existe procedimento operacional padrão (POP)?	<input type="checkbox"/> Recepção de medicamentos e insumos
	<input type="checkbox"/> Armazenamento de medicamentos e insumos

	<input type="checkbox"/> Dispensação de medicamentos <input type="checkbox"/> Controle de temperatura e umidade <input type="checkbox"/> Controle de estoque <input type="checkbox"/> Limpeza <input type="checkbox"/> Fluxo de abastecimento <input type="checkbox"/> Plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Não possui
D2P20 - Existe registro diário de entrada e saída de medicamentos no estabelecimento?	<input type="checkbox"/> Sim, Hórus <input type="checkbox"/> Sim, sistema informatizado próprio, desenvolvido pelo município <input type="checkbox"/> Sim, sistema informatizado terceirizado <input type="checkbox"/> Sim, planilha de Excel <input type="checkbox"/> Sim, ficha de prateleira <input type="checkbox"/> Sim, manual <input type="checkbox"/> Sim. Outro? _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D2P21 - O inventário (balanço) dos medicamentos sujeitos a controle especial armazenados no(s) estabelecimento(s) é feito:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Não é feito <input type="checkbox"/> Não há medicamentos sujeitos a controle especial
D2P21.1 - O inventário (balanço) dos medicamentos armazenados no(s) estabelecimento(s) é feito:	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Quinzenalmente <input type="checkbox"/> Mensalmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Semestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Não é feito <input type="checkbox"/> Possui apenas medicamentos sujeitos a controle especial
D2P26 - Existe um plano de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS), no município?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D2P28 - Existe um serviço de recolhimento de resíduos de medicamentos (embalagens, sobras, medicamentos inapropriados para o consumo) do estabelecimento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

	<input type="checkbox"/> Não sei
D3P23 - É realizado agendamento* da dispensação de medicamentos de uso contínuo (tratamento de condições crônicas) em algum estabelecimento?	<input type="checkbox"/> Sim. Qual a forma?
	<input type="checkbox"/> Manual,
	<input type="checkbox"/> Planilha do Excel,
	<input type="checkbox"/> Software informatizado (ex.: Hórus)
	<input type="checkbox"/> Outro: _____
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei.
D3P24 - Qual procedimento adotado quando é identificado o NÃO comparecimento do usuário na retirada de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Busca ativa pela equipe da Assistência Farmacêutica
	<input type="checkbox"/> Busca ativa pela equipe da Unidade de Saúde de referência
	<input type="checkbox"/> Comunica-se com a equipe de Atenção Primária à Saúde do usuário (Estratégia Saúde da Família ou outro)
	<input type="checkbox"/> Aguarda o retorno do usuário
	<input type="checkbox"/> Retira o usuário do programa
	<input type="checkbox"/> Outros: _____
	<input type="checkbox"/> Não sei
	<input type="checkbox"/> Nenhum procedimento é realizado
<input type="checkbox"/> Não é realizada a identificação	
D3P25 - Existe mecanismo para registrar a NÃO adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso?	<input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)?
	<input type="checkbox"/> Ficha da Farmácia
	<input type="checkbox"/> Formulário específico de Adesão
	<input type="checkbox"/> Ficha de seguimento farmacoterapêutico
	<input type="checkbox"/> Prontuário manual
	<input type="checkbox"/> Prontuário eletrônico
	<input type="checkbox"/> Outro: _____
	<input type="checkbox"/> Não
	<input type="checkbox"/> Não sei
D3P12 - A equipe de saúde utiliza algum mecanismo para obtenção de informações sobre medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)?
	<input type="checkbox"/> Portal Saúde Baseada em Evidências
	<input type="checkbox"/> Centro de Informação sobre Medicamento / Serviço de informação sobre medicamento (CIM/SIM)
	<input type="checkbox"/> Formulário Terapêutico Nacional
	<input type="checkbox"/> Dicionário de Especialidade farmacêuticas (DEF)
	<input type="checkbox"/> Bula dos medicamentos
	<input type="checkbox"/> Internet
	<input type="checkbox"/> Aplicativo de celular
	<input type="checkbox"/> Outros: _____

	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D2P38 - Existem amostras grátis no estabelecimento sendo entregue ao usuário neste estabelecimento?	<input type="checkbox"/> Sim, na farmácia <input type="checkbox"/> Sim, no consultório do prescritor <input type="checkbox"/> Sim, outro local: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D2P39 - No(s) estabelecimento(s) recebe visita de representante/propagandista da indústria/distribuidora de medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D3P03 - É realizada a notificação de queixas e/ou eventos adversos a medicamentos? Resposta "Não" ou "Não sei", bloquear D3P08 e D3P09	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D3P07 - Existe fluxo/procedimento para a notificação de queixa e/ou evento adverso de medicamento no Município?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D3P08 - Qual é o encaminhamento dado às queixas técnicas e/ou eventos adversos a medicamentos?	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Encaminhado para o nível central da Assistência Farmacêutica <input type="checkbox"/> Sistema de notificações em vigilância sanitária – NOTIVISA <input type="checkbox"/> Encaminhado para Vigilância em Saúde municipal; <input type="checkbox"/> Encaminhado para outro setor. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Encaminhado para outro profissional. Qual? _____ <input type="checkbox"/> Não recebemos notificações de efeitos adversos <input type="checkbox"/> Outros encaminhamentos _____ <input type="checkbox"/> Não sei
D3P09 - No último ano, qual o número de queixa e/ou notificações de eventos adversos relacionado a medicamentos foram registrados?	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> acima de 10: _____ <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Nenhuma
D3P10 - Qual(is) procedimento(s) adotado(s) quando há publicação de alertas técnicos sobre medicamentos que não estão em conformidade com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)?	<input type="checkbox"/> Divulgação do alerta para os estabelecimentos; <input type="checkbox"/> Divulgação para os profissionais de saúde; <input type="checkbox"/> Divulgação da informações na mídia local. <input type="checkbox"/> Recolhimento do produto <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Não realiza nenhuma ação.
D2P40 – Há serviço de entrega de medicamentos em casa? Resposta "Não" ou "Não sei", bloquear D2P41, D2P42, D2P43, D3P62, D2P44, D2P45, D2P47.	<input type="checkbox"/> Sim, por programa formalizado para a entrega de medicamentos em casa, no Município

	<input type="checkbox"/> Sim, por programa não formalizado no Município <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei
D2P41 – Qual(is) o(s) usuário(s) atendido(s) neste serviço?	<input type="checkbox"/> Acamados <input type="checkbox"/> Idosos sem cuidadores/ responsáveis/dificuldade de locomoção <input type="checkbox"/> Usuários de Cuidados paliativos <input type="checkbox"/> Usuários de medicamentos de uso contínuo <input type="checkbox"/> Residentes em locais de difícil acesso <input type="checkbox"/> Usuários do serviço de Saúde Mental <input type="checkbox"/> Usuário com deficiência <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Não sei
D2P42 – Quais são os medicamentos entregues?	<input type="checkbox"/> Medicamentos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica <input type="checkbox"/> Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica <input type="checkbox"/> Medicamentos do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso hospitalar <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Não sei
D2P43 – Os profissionais envolvidos receberam capacitação para entrega de medicamentos em casa?	<input type="checkbox"/> Sim. Por quem: <input type="checkbox"/> Profissionais da Assistência Farmacêutica <input type="checkbox"/> Profissionais da Equipe de Saúde <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Não receberam <input type="checkbox"/> Não sei
D2P62 – Qual o meio de transporte utilizado para a entrega de medicamentos em casa?	<input type="checkbox"/> A pé <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Carro utilitário com baú (Ex.: picape) <input type="checkbox"/> Carro de passeio <input type="checkbox"/> Barco <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Não sei
D2P44 – Como é feito o armazenamento dos medicamentos durante o transporte para o domicílio?	<input type="checkbox"/> Sacola plástica <input type="checkbox"/> Caixa de papelão <input type="checkbox"/> Maleta <input type="checkbox"/> Recipiente térmico (isopor ou semelhante) <input type="checkbox"/> Outros _____ <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Não se aplica
D2P45 – É realizado o controle de temperatura durante o transporte para o	<input type="checkbox"/> Sim, Como? _____

domicílio?	<input type="checkbox"/> Não realiza
	<input type="checkbox"/> Não sei
	<input type="checkbox"/> Não se aplica
D2P47 – Quem faz o acompanhamento destes usuários?	<input type="checkbox"/> Profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)
	<input type="checkbox"/> Visita Domiciliar pela Equipe de Saúde da Família (ESF)
	<input type="checkbox"/> Profissionais das Unidades de Saúde/Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
	<input type="checkbox"/> Programa Melhor em Casa
	<input type="checkbox"/> Programa Assistência Domiciliar (PAD)
	<input type="checkbox"/> Outros _____
	<input type="checkbox"/> Não realiza
	<input type="checkbox"/> Não sei