

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM GESTÃO EM SAÚDE
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Yasmin Dantas dos Santos

A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CONTEXTO DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro

2013

Yasmin Dantas dos Santos

A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CONTEXTO DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para aprovação no curso técnico
de nível médio em saúde com
habilitação em Gerência em Saúde

Orientadora: Márcia Valéria Guimarães
Cardoso Morosini

Co-orientadora: Angélica Ferreira
Fonseca

Rio de Janeiro
2013

Yasmin Dantas dos Santos

A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CONTEXTO DE UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentada à Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio como requisito
parcial para aprovação no curso técnico
de nível médio em saúde com
habilitação em Gerência em Saúde

Aprovado em 16/12/2013

BANCA EXAMINADORA

(Márcia Valéria Guimarães Cardoso Morosini – EPSJV/Fiocruz)

(Angélica Ferreira Fonseca – EPSJV/Fiocruz)

(Adelyne Maria Mendes Pereira – EPSJV/Fiocruz)

(Grasiele Nespoli – EPSJV/Fiocruz)

*Dedico este trabalho a Deus, à minha mãe
Maria de Lourdes, às minhas orientadoras
Márcia Valéria e Angélica, aos meus amigos e a
toda minha família.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar eu agradeço a Deus por ter me dado força, paciência e coragem para desenvolver esse trabalho, pois sem o Seu auxílio eu não teria chegado até esta etapa importante de conclusão de curso.

Em segundo lugar, eu quero agradecer à minha mãe, Maria de Lourdes, pela paciência que teve comigo ao longo do desenvolvimento desse trabalho. Essa é sem dúvida a principal pessoa que merece meu agradecimento, pois foi ela que cuidou de mim todos os dias, que me apoiou nos momentos de dificuldade e que me incentivou a prosseguir nesta jornada até concluir mais esta fase de minha vida.

Agradeço também a minha orientadora, Márcia Valéria Morosini, e a minha co-orientadora, Angélica Fonseca, que colaboraram grandemente para este trabalho. Cada uma delas com sua dedicação, sua paciência e seu conhecimento me ajudou e contribuiu para o desenvolvimento máximo do meu potencial como orientanda. Márcia e Angélica são merecedoras de todo o meu carinho e admiração, pois são simplesmente pessoas incríveis que me deram força e apoio ao decorrer de todo este trabalho.

Agradeço também aos profissionais que conheci na farmácia do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF): Rita Sobral, Isabella, Janaína, Viviane, Adiana e Alexandre. A convivência neste lugar com essas pessoas que me motivou a pesquisar sobre a Assistência Farmacêutica. Além disso, agradeço à coordenadora do CSEGSF, Emília Maria de Andrade Correia, e a coordenadora do CSE Manguinhos, Claudia Costa.

Por fim agradeço aos professores do curso técnico de Gerência em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) que de alguma forma contribuíram para o surgimento da minha motivação acerca do tema que eu me propus a desenvolver nesse trabalho.

RESUMO

O presente trabalho buscou compreender como se organiza e se desenvolve a Assistência Farmacêutica no âmbito da Estratégia Saúde da Família no CSEGSF da ENSP/Fiocruz. Para isso, recuperou a sua história, estrutura e composição profissional, identificando os processos e práticas adotados tendo em vista as prioridades da Saúde da Família. Os procedimentos metodológicos foram: revisão bibliográfica, observação e entrevista. A observação incluiu as percepções e os aprendizados realizados durante o estágio supervisionado do Curso Técnico de Gerência em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF). Foram coletados dados, principalmente, sobre o funcionamento e a estrutura do CSEGSF e o funcionamento e a dinâmica de trabalho do setor de Farmácia. As entrevistas realizadas tiveram como objetivo complementar as informações obtidas por meio da observação, buscando entender a dinâmica de interação das atividades da farmácia com o conjunto da atenção desenvolvida no Centro de Saúde. Os sujeitos entrevistados foram: a chefia da farmácia, a coordenação do CSEGSF e a coordenação do CSE Manguinhos. Os resultados obtidos foram sistematizados e estão sendo publicados neste texto monográfico que corresponde ao trabalho de conclusão de curso do Ensino Técnico de Nível Médio em Saúde na habilitação de Gerência em Saúde.

Palavras-Chave: Assistência Farmacêutica. Estratégia Saúde da Família. Atenção Básica

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAF	Central de Abastecimento Farmacêutico
CAP 3.1	Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento 3.1
CESTEH	Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana
CFVV	Clínica da Família Vitor Valla
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CMM	Consumo Médio Mensal
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSE Manguinhos	Centro de Saúde Escola Manguinhos
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CSEGSF	Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
DAB	Departamento de Atenção Básica
DCB	Denominação Comum Brasileira
DCI	Denominação Comum Internacional
EDI	Estoque e Distribuição de Imunobiológicos
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
EPSJV	Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FT	Formulário Terapêutico
IAFAB	Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índices de Desenvolvimento Humano
IPEA	Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas
NAECOS	Núcleo de Comunicação e Saúde em Espaços Coletivos
NF	Nota de Fornecimento
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica

PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PSF	Programa de Saúde da Família
RA	Região Administrativa
Rename	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SEDIS	Serviço de Documentação e Informação em Saúde
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SUS	Sistema Único de Saúde
TEIAS	Território Integrado de Atenção à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância (em inglês: United Nations Children's Fund)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 OBJETIVOS	11
1.1.1 Objetivo Geral.....	11
1.1.2 Objetivos Específicos	11
1.2 JUSTIFICATIVA.....	11
1.3 METODOLOGIA.....	12
2 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE (ABS) E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS).....	13
3 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)/ ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF).....	17
4 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA	23
4.1 O CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	28
4.1.1 Seleção.....	28
4.1.2 Programação	30
4.1.3 Aquisição	32
4.1.4 Armazenamento	34
4.1.5 Distribuição.....	36
4.1.6 Dispensação	37
5 ATENÇÃO BÁSICA E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MANGUINHOS	39
5.1 CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS	39
5.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO TERRITÓRIO	41
5.3 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CSEGSF.....	43
6 CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS	53
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA	56
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	58

1 INTRODUÇÃO

Esta monografia se estrutura em três eixos principais, sendo eles: a Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família e a Assistência Farmacêutica. Esses recortes foram feitos a partir do conhecimento teórico obtido ao longo do curso técnico de Gerência em Serviços de Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) acerca do Sistema Único de Saúde (SUS) somado a experiência do estágio curricular proporcionado pela mesma instituição em uma unidade básica de saúde do território de Manguinhos, sendo esta o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF).

A formação integrada de ensino médio com o curso técnico de Gerência em Saúde proporcionou um amplo olhar do cenário de saúde em nosso país, tanto na ordem individual como coletiva. Ela permitiu que se compreendesse desde o conceito ampliado de saúde visto na particularidade de cada indivíduo e na coletividade social até a estruturação de uma rede de saúde com todas as suas complexidades, potencialidades e fragilidades. Ao longo dos processos de aprendizado e de reflexão, que constituem a formação politécnica, várias foram as questões levantadas e discutidas sobre saúde e mais especificamente sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), uma grande conquista que estendeu o direito à saúde a toda população brasileira de forma gratuita e equânime, sendo estruturado legalmente através da Lei 8.080/90 8142/90. Em meio a estes processos, aos poucos foi despertado o interesse por cada um dos componentes do sistema de saúde anteriormente apontados, tendo como foco a análise de como eles são estruturados e normatizados no âmbito do SUS. Esse enfoque se dá a partir do entendimento de que a exposição de como funciona esse sistema, ainda que seja num contexto específico, é de suma importância, na medida em que permite a compreensão do que é posto e do que se dá de fato na realidade de um serviço de saúde.

Para se entender o que é posto normativamente e legalmente em relação aos assuntos abordados foi realizado um levantamento bibliográfico que incluiu a leitura de artigos científicos, normas, portarias, leis, políticas, manuais técnicos e livros. Enquanto que para se compreender o funcionamento do serviço de saúde na sua realidade foi realizada a escolha de um campo de observação, sendo este o CSEGSF, departamento da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) que “foi criado em 1967 com a finalidade de atender prioritariamente a população moradora no Complexo de Manguinhos, no

município de Rio de Janeiro e de ser campo de ensino e pesquisa para ENSP/Fiocruz” (Portal ENSP, 2013).

Esta escolha foi feita a partir do estágio curricular realizado neste ano de 2013 no CSEGSF em três setores desta unidade de saúde: na Farmácia, no Núcleo de Comunicação e Saúde em Espaços Coletivos (NAECOS) e no Serviço de Documentação e Informação em Saúde (SEDIS). Ao longo do estágio os aspectos que mais me chamaram atenção foram a organização e a dinâmica de trabalho da Farmácia, o trabalho feito por meio da Estratégia de Saúde da Família, a boa relação entre os profissionais da unidade e os usuários e a estrutura física desta unidade.

O CSEGSF é um estabelecimento de saúde peculiar. Ele era até o final do século XX caracterizado somente como uma unidade de Atenção Básica tradicional, mas a partir do ano 2000 passou a incorporar a Estratégia Saúde da Família, sem eliminar a atenção básica tradicional. Desta forma, o Centro de Saúde passou a abrigar uma unidade de Saúde da Família - o Centro de Saúde Escola Manguinhos (CSE Manguinhos). É preciso esclarecer que isso não envolveu a construção de uma unidade dentro de outra, e sim a adaptação do espaço físico para acomodar as equipes de Saúde da Família. Na verdade, isso implicou que o CSEGSF passasse a trabalhar na lógica da Saúde da Família. Devido a este caso peculiar, no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) há dois registros de centros de saúde para um mesmo espaço físico. Um do CSEGSF e outro do CSE Manguinhos, que é abrigado pelo primeiro.

A partir do aprofundamento dos principais assuntos que seriam abordados, a saber: a Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família e a Assistência Farmacêutica, e da escolha do campo de observação foram construídos o tema dessa monografia e o objetivo norteador desta. Sendo eles respectivamente: “A Assistência Farmacêutica no contexto de uma Unidade Básica de Saúde da Família” e a compreensão da organização e desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no CSEGSF.

Ao longo do texto monográfico em cada um dos capítulos que se seguem se buscará esclarecer cada um desses assuntos componentes do tema e apontar como eles aparecem tanto no âmbito legal quanto no cotidiano dos serviços de saúde a fim de que se tenha uma ampliação do conhecimento de alguns aspectos integrantes do nosso

sistema de saúde.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Compreender como se organiza e se desenvolve a Assistência Farmacêutica no âmbito da Estratégia de Saúde da Família no CSEGSF da ENSP/Fiocruz.

1.1.2 Objetivos específicos

Caracterizar a Assistência Farmacêutica do CSEGSF mapeando sua história, estrutura e composição profissional;

Identificar processos e práticas adotadas pelo CSEGSF no âmbito da Assistência Farmacêutica tendo em vista as prioridades da Saúde da Família;

1.2 JUSTIFICATIVA

A realização dessa pesquisa é justificável por estar abordando uma das assistências essenciais para a prestação de um serviço de saúde eficaz e resolutivo à população, a Assistência Farmacêutica, a qual tem como objetivos principais o fornecimento adequado de medicamentos e o uso racional desses pela população.

No âmbito da Atenção Básica, a importância da realização dessa pesquisa é ainda maior, pois tal assistência contribui para o êxito do serviço prestado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), na medida em que os medicamentos compõem uma intervenção terapêutica de alta efetividade na saúde da população atendida. Fator este essencial para o nível primário de atenção à saúde, que é concebido como porta de entrada do sistema de assistência à saúde do Brasil e é capaz de resolver grande parte da demanda de necessidades de saúde dos usuários.

Esse estudo também é válido, tendo em vista os objetivos da formação técnica profissional como gerente em saúde, oferecida de forma integrada ao Ensino Médio pela EPSJV. Tal estudo contribuirá para o alcance desses objetivos, na medida em que ajudará na compreensão sobre o funcionamento e a organização de um componente fundamental do SUS, permitindo o aprofundamento da reflexão acerca das questões da atenção à saúde, relacionadas às práticas de gestão.

1.3 METODOLOGIA

As técnicas utilizadas nessa pesquisa foram: revisão bibliográfica, observação e entrevista.

A revisão bibliográfica consistiu na busca de documentos oficiais, como políticas, normas, portarias e resoluções, que constituem a base legal do tema abordado, e de artigos científicos e outras publicações acadêmicas que contribuíssem para o aprofundamento do conhecimento e a análise do assunto tratado.

Os dados de observação foram produzidos a partir da experiência do estágio supervisionado do Curso Técnico de Gerência em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF)¹. Foi considerado como dados de observação as percepções, as reflexões e os aprendizados registrados em diário de campo, que serviram de base para a formulação das questões que conduziram esse estudo e que orientaram as entrevistas. As informações obtidas pela observação contribuíram ainda para a descrição e a caracterização do CSEGSF e do setor de Farmácia dessa Unidade Básica de Saúde (UBS). O funcionamento e a estrutura do CSEGSF, bem como o funcionamento e a dinâmica de trabalho do setor de Farmácia, foram os assuntos privilegiados na observação.

Conforme Minayo (1993, p. 64), a realização de entrevistas tem o objetivo de “construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes”.

Nesse estudo as entrevistas foram feitas com a chefia da farmácia e com a coordenação do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria². O propósito foi entender a dinâmica de interação das atividades da farmácia com o conjunto da atenção desenvolvida no CSE Manguinhos conjuntamente com o CSEGSF, levantando características da organização deste trabalho. As entrevistas foram do tipo semi-estruturada e orientaram-se por um roteiro de perguntas previamente elaborado.

¹ Este estágio ocorreu em dois períodos. O primeiro, de acordo com a programação inicial, ocorreu entre março e julho de 2013, o segundo, a pedido da aluna, em função do tema da monografia, deu-se entre o final do mês de outubro e meados de novembro. Neste segundo período, foi possível aprofundar algumas questões e solucionar algumas dúvidas surgidas a partir das leituras sobre o tema e das entrevistas.

² Foi realizada uma terceira entrevista, com a coordenadora do CSE Manguinhos, por sugestão de uma das avaliadoras da Reunião Anual de Iniciação Científica (RAIC). Entretanto, esta não foi objeto de análise para a composição desta monografia, uma vez que as informações obtidas não acrescentaram novos dados.

2 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE (ABS) E ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A Atenção Primária à Saúde pode ser compreendida como uma das formas de organização da atenção à saúde, de organização do processo de prestação dos serviços de saúde e de coordenação das práticas de saúde dirigidas ao atendimento das necessidades e aos problemas de saúde individual e coletiva. Ela envolve uma série de ações de saúde como promoção, prevenção e recuperação, que são guiadas pela finalidade de se oferecer uma atenção integral que impacte na situação de saúde de uma população.

A noção de APS como forma de organização dos sistemas de saúde foi utilizada pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920. Esse foi um documento do governo inglês que analisou a organização da atenção à saúde na Inglaterra e elaborou uma proposta que contém importantes referências contrárias ao modelo flexneriano americano, amplamente difundido. Esse modelo é fundamentado no reducionismo biológico, tem cunho curativo, baseia-se na atenção individual, no trabalho médico e em suas especialidades, tem o hospital como unidade central e adota o uso intensivo de tecnologias. Em contraponto, o relatório Dawson concebia um modelo de atenção composto por centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino, fundamentando-se na regionalização e na hierarquização dos níveis de atenção à saúde. Esta concepção influenciou a organização dos sistemas universais de saúde em várias partes do mundo, definindo duas características básicas: a regionalização – organização dos serviços de saúde feita de forma a atender as diversas regiões nacionais – e a integralidade – indissociabilidade entre ações curativas e preventivas. (FAUSTO & MATTA, 2007).

Após o relatório Dawson, a APS ainda continuou em debate na agenda internacional de saúde. A partir da década de 1960, ela passou a ser adotada em alguns países ao redor do mundo com o objetivo de se ampliar o acesso ao sistema de saúde, de obter maior efetividade desse acesso e de reverter o enfoque curativo, individual e hospitalar em um modelo preventivo, coletivo, territorializado e democrático (FAUSTO & MATTA, 2007). Mas foi no período de 1970, caracterizado por debates sobre modelos assistenciais, que ela apareceu com maior destaque, quando esta foi proposta pela I Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde como estratégia

para ampliar a cobertura dos sistemas nacionais de saúde. Foi a partir dessa conferência organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela UNICEF e realizada no ano de 1978, em Alma-Ata, Cazaquistão, que se buscou uma definição de APS. No relatório final desta conferência, consta a seguinte definição:

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade (...). Além de serem o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde (OMS/Unicef, 1979, p. 2).

Logo depois da Conferência de Alma-Ata, foi realizada em 1979 na Itália a Conferência de Bellagio que colocou a Atenção Primária novamente em cena. Através dela foi disseminada a noção seletiva de APS, uma concepção baseada na formulação de programas com objetivos focados em problemas específicos de saúde para atingir grupos populacionais em situação de pobreza.

A noção seletiva de Atenção Primária dessa conferência na Itália surgiu da crítica feita à concepção de atenção integral defendida na Declaração de Alma-Ata, visto que esta última foi compreendida como uma concepção idealizada, muito ampla e com poucas chances de aplicabilidade. No Brasil, houve resistência à adoção dessa concepção reducionista da APS, identificada como ‘medicina pobre para pobres’, contrapondo-se à sua seletividade.

É importante destacar que essa noção seletiva, além da noção integral proposta em Alma-Ata não são as únicas visões de atenção primária. Paim (2002) é um autor que sintetiza bem as três principais concepções de atenção primária que fundamentaram as políticas e práticas de saúde: como programa de medicina simplificada; como nível de atenção – primeiro nível ou atendimento de primeira linha; como componente estratégico da proposta de Saúde para Todos.

Embora os anos 1970 tenham sido no Brasil um período de expansão do modelo hospitalocêntrico, tivemos as primeiras experiências em atenção primária. Tais experiências ganharam visibilidade e deram tom à formulação de novas abordagens e formas de organização da atenção em saúde. Segundo Goulart (1996), foram exemplares, neste sentido, as experiências na organização dos serviços de saúde nos

municípios de Campinas, Londrina, Niterói, São Paulo e o Projeto Montes Carlos. Essas experiências:

serviram de base para o Movimento de Reforma Sanitária que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. As diretrizes dessa Conferência ganharam forma de lei na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica de Saúde (8.080/90) e transformaram-se em objetivos a serem perseguidos pela reorganização de um Sistema Único de Saúde (SUS) (SILVA JÚNIOR & ALVES, 2007, p 31).

A Atenção Primária à Saúde foi garantida e defendida no Brasil por meio do texto da Constituição Federal de 1988 e em termos normativos ela ganhou destaque na política nacional de saúde brasileira a partir da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB SUS 01/96), sendo referenciada pelo termo Atenção Básica.

Em nosso país utiliza-se geralmente o termo Atenção Básica em Saúde (ABS) para se referir à APS, sendo esta uma designação elaborada com a finalidade de “construir uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção.” (Brasil, 2003a apud CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007, p.76). A escolha pelo termo básica em detrimento de primária, para nomear o modelo pretendido, deveu-se principalmente ao fato de que o termo ‘primária’ remete à noção de primitivo enquanto o termo ‘básica’, remete ao que está na base do sistema. Naquele momento existia do ponto de vista ideológico uma forte resistência de alguns atores ao termo APS, devido ao propósito seletivo que prevalecia na concepção veiculada por organismos internacionais como o Banco Mundial (Mello, Fontanella e Demarzo, 2009). No contexto brasileiro

a APS reflete os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde (FAUSTO & MATTA, 2007, p. 43).

A Atenção Básica em Saúde é entendida como o primeiro nível da atenção ou como o momento em que se inicia o processo da atenção em um sistema de saúde e é considerada no país como uma estratégia fundamental para a reorientação do modelo de atenção do SUS. Ela se articula sistemicamente aos demais serviços de saúde de maior complexidade assistencial e “sua abrangência provê ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de acordo com o perfil epidemiológico e necessidades apresentadas em um dado território” (FAUSTO & MATTA, 2007, p. 60).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada pelo Ministério da

Saúde em 2006 e revista em 2011, define que a Atenção Básica:

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011a, p. 19).

Ainda segundo a PNAB a atenção básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Essa política tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. Nesta perspectiva, a SF desempenha atualmente “um papel estratégico no SUS, sendo o principal elo entre o sistema de saúde e a população” (SILVA JÚNIOR & ALVES, 2007, p. 37). Segundo o documento da PNAB a Estratégia de Saúde da Família:

visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. (BRASIL, 2011a, p.54)

Nesse âmbito da atenção básica, reorganizada por meio da Saúde da Família destaca-se a assistência farmacêutica, que tem sido alvo de diversos processos de regulamentação. O trabalho e os insumos da assistência farmacêutica impactam diretamente na saúde da população. Quando bem sucedida, ou seja, quando cumpre sua função de fazer os medicamentos chegarem a população e de orientar para que esses sejam utilizados de forma racional, contribui para a universalização do acesso e a integralidade das ações (PROVIN *et al*, 2010).

3 PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)/ ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

O Programa de Saúde da Família (PSF) surge no país na década de 1990, período caracterizado por um processo de reforma incremental do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse processo é uma espécie de “reforma da reforma” segundo Viana e Dal Poz (2005). Ele é definido como um conjunto de transformações no desenho e operação política que pode ocorrer “nas formas de organização dos serviços (mudanças nos sistemas e nas unidades prestadoras), nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde ou no modelo de prestação de serviços (modelo assistencial)” (VIANA & DAL POZ, 2005, p. 229).

Tal programa foi formulado num período de “vazio” programático, nos três níveis de governo (federal, estadual e municipal), visto que se tinha nesse momento uma repetição de modelos tradicionais de atendimento e uma expansão em cima de concepções para a área da saúde que se buscava superar. Tais concepções apontavam para o modelo curativo, hospitalocêntrico, e quase exclusivamente pautado no trabalho médico. Nesse contexto, o Programa de Saúde da Família foi concebido a partir de uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de Dezembro de 1993, em Brasília, sobre o tema *Saúde da Família*, da qual este emergiu como uma proposta. A partir dessa reunião suas diretrizes foram concebidas e no ano seguinte, 1994, foi publicado o seu primeiro documento (BRASIL, 1994).

O programa foi desenvolvido frente à percepção de que o país ainda não dispunha de um modelo de atenção que respondesse às necessidades da população, e que se tinha uma carência de cobertura na saúde, associada à crise de financiamento do setor. Em seu início, a Saúde da Família era concebida como um programa, o PSF, e tinha como eixo lógico “o marco da promoção da saúde, a integralidade, a territorialização e a continuidade das ações em saúde.” (CORBO *et al*, 2007, p. 81).

Segundo o Ministério da Saúde o objetivo do PSF é:

a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e o hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às

equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 1998 apud FRANCO,).

Em meados da década de 1990, um dos fatores que viabilizou o surgimento do PSF foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), uma iniciativa formulada pelo Ministério da Saúde em 1991, inicialmente implantada na região Nordeste do Brasil, vinculada à extensão de cobertura a segmentos da população com dificuldade de acesso aos serviços de saúde, em áreas empobrecidas. O alcance de resultados positivos nesses estados, principalmente quanto à diminuição da mortalidade infantil e materna, foi um fator que influenciou a expansão do PACS. A implantação de tal iniciativa foi posteriormente ampliada para as demais regiões do país, devido a sua eficácia e adequação das ações de saúde promovidas nos territórios, que se dá pelo fato de os agentes comunitários de saúde terem uma maior proximidade com a cultura e a vida da população-alvo com a qual interagem, supondo-se por isso que haveria maior facilidade de conhecer as reais necessidades de saúde desta.

Desta forma, pode se considerar que o sucesso anterior de um programa inovador, como foi o dos Agentes Comunitários de Saúde, e o avanço das formas descentralizadas de operação da política de saúde funcionaram como pré-requisitos essenciais para a formulação do PSF (VIANA & DAL POZ, 2005). Sendo assim, pode se considerar que o PSF nasceu em decorrência do êxito do PACS e “em decorrência da percepção de que a ação isolada dos agentes comunitários não poderia dar respostas adequadas às necessidades de saúde que se colocavam para o primeiro nível de atenção do SUS” (MATTOS, 2002, p. 82). Em síntese pode se dizer que o programa surge como uma proposta para a atenção básica capaz de ampliar a capacidade resolutiva do Pacs, para criar condições para a sua expansão em direção aos centros de maior complexidade urbana.

Na verdade as histórias dos dois programas se cruzam em diversos pontos, já que ambos operam dentro do SUS grandes mudanças no modelo assistencial praticamente num mesmo período. A partir deles começou-se a focar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais somente o indivíduo e introduziu-se a noção de área de cobertura por família.

A Saúde da Família começou a romper com o conceito de programa a partir de 1996, visto que este estava vinculado a uma ideia de verticalidade e transitoriedade e

por isso o Ministério da Saúde passou a utilizar a denominação de Estratégia de Saúde da Família, por considerá-la a estratégia escolhida para a reorientação da atenção à saúde no país (CORBO *et al*, 2007). Sendo assim, desde esse ano a SF passou a ser vista como uma estratégia de organização do sistema de saúde brasileiro a partir da Atenção Básica.

Essa mudança de denominação pode ser explicada pela visão que se tinha e pela aquela que se passou a ter acerca da Saúde da Família. Segundo Mattos (2002), a história do Programa de Saúde da Família se divide em duas fases, de acordo com a concepção que prevalecia. Na primeira fase, que vai até 1996, o programa tinha como foco a expansão de cobertura; na segunda fase, que perdura até o momento, ele foi assumido como uma estratégia de transformação do modelo assistencial.

No início do PSF tinha-se a concepção de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização e havia a prioridade de implantação deste em áreas de risco. Sendo utilizado como critério de seleção dessas áreas, o Mapa da Fome do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). Posteriormente em 1996 o PSF começou a perder o caráter de programa e passou a ser visto como um reestruturador dos serviços, ou seja, ele passou a ser mais claramente um instrumento de reorganização do SUS, sendo compreendido como uma estratégia de mudança do modelo de atenção básica. Em documento oficial do programa de março de 1996 diz-se que “se deseja que este sirva como exemplo de um novo tipo de assistência distinto do modelo dominante” (VIANA & DAL POZ, 2005, p.234). No mesmo documento o programa já é definido como uma estratégia de reforma do modelo de assistência do SUS.

Com essa mudança de concepção o Programa de Saúde da Família passou a ser visto como modo de organização da atenção básica e porta de entrada para o SUS, mais que isso, ele passou a ser visto como uma estratégia de mudança do modelo assistencial tendo em vista a atenção básica. Nesse período “o objetivo geral do programa era imprimir uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, configurando-se como uma proposta substitutiva de reestruturação do modelo assistencial” (BRASIL, 1997 apud CORBO *et al*, 2007, p. 91). Dessa forma, estendeu-se o campo de abrangência das ações para o universo da população. Essa extensão:

implica uma mudança no juízo normativo sobre a proposta do PSF, que não é mais percebida como proposta provisória e parte de um processo de expansão da oferta dos serviços de saúde, mas como a melhor estratégia de atenção básica (Mattos, 2002, p. 84).

Em virtude dessa extensão, a forma de financiamento pelo governo federal aos municípios foi reformulada, por meio da criação do Piso de Atenção Básica fixo e variável pela NOB 96. Esta norma caracterizou um novo modelo de incentivo financeiro, através do qual se passou a valorizar o incremento da cobertura pelo programa, ou seja, quanto mais áreas atendidas pelo PSF, maior o incentivo financeiro. Dessa forma, o governo decidiu apoiar os gestores que resolvessem adotar de fato as práticas recomendadas, adotando o PSF como forma de substituição de suas práticas tradicionais de atenção básica.

Segundo a NOB 96, os gestores que resolvessem implementar em suas cidades programas específicos, como o PSF e o PACS, teriam, adicionalmente ao PAB fixo, um incentivo através do PAB variável³. Esse arranjo incentivou o caráter substitutivo do PSF, ou seja, ela criou indiretamente uma primeira dimensão de ênfase na cobertura da Saúde da Família. Posteriormente a essa Norma Operacional Básica foi promulgada a portaria n. 157, em 19 de fevereiro de 1998, que reestabeleceu as normas de repasse dos incentivos financeiros aos municípios que implantaram o PSF e o PACS. Segundo Corbo, Morosini & Pontes (2007) de acordo com esta portaria foi estabelecido um valor específico para cada equipe de PSF implantada, repassado fundo a fundo, em função do Piso da Atenção Básica (PAB) fixo do município. Após essa portaria, segue uma série de outras que continuaram ajustando os incentivos à Saúde da Família. A PNAB atual (aprovada pela portaria 2.488 de outubro de 2011) especifica incentivos relacionados, por exemplo, à implantação de equipes de consultório na rua, atenção a população ribeirinha e também vinculados ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) da atenção básica.

A portaria 978/GM, de 16 de maio de 2012, define valores de financiamento do Piso da Atenção Básica variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde

³ O Piso de Atenção Básica (PAB) foi implantado no ano de 1997. Ele consiste em um total de recursos repassados aos fundos municipais e destinados, exclusivamente, ao financiamento das ações de atenção básica de saúde. É composto de uma parte fixa, o PAB fixo, que corresponde a um valor per capita multiplicado pela população total de cada município, e por uma parte variável, o PAB variável, que financia o desenvolvimento de alguns programas e ações especificados pelo Ministério da Saúde, entre os quais se destacam o PSF e o PACS.

Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica. Segundo o artigo 1º da PNAB 2011, ficam definidos os seguintes valores do incentivo financeiro para o custeio das Equipes de Saúde da Família: o valor incentivo financeiro referente às ESF na Modalidade 1 é de R\$ 10.695,00 a cada mês, por Equipe e o valor dos incentivos financeiros referentes às ESF na Modalidade 2 é de R\$ 7.130,00 a cada mês, por equipe (BRASIL, 2012b).

A ESF na Modalidade 1 é aquela referente a municípios de até 30.000 habitantes e/ou a equipes que atendam a populações quilombolas ou assentamentos, já a ESF na Modalidade 2 é aquela referente as demais modalidades de saúde da família.

Na ESF cada equipe de saúde da família é responsável por uma área geográfica, de, no máximo 4.000 habitantes. A equipe multiprofissional é composta por médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Também pode integrar-se a essa equipe básica a Equipe de Saúde Bucal (ESB), que é composta primordialmente por cirurgião-dentista, auxiliar de consultório ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2011a). Essa formação de equipe pode ser ampliada com a incorporação de outros profissionais, conforme decisão do gestor municipal de saúde e sua própria capacidade de financiamento.

De acordo com o Painel de Indicadores do SUS nº4 (Brasil, 2008), desde que a Saúde da Família foi implantada em 1994, seguindo os princípios e diretrizes preconizados pelo SUS, foi responsável pela melhoria da qualidade vida de milhões de pessoas em todo o Brasil. Atribui-se a saúde da Família “a mudança de nosso modelo de atenção à saúde, tornando-o mais eficiente, equânime e mais próximo à realidade de cada usuário, de cada comunidade, respeitando suas especificidades sócio-regionais” (BRASIL, 2008, p. 7). Hoje a Saúde da Família é concebida como uma estratégia que, ainda de acordo com esta publicação, é:

Um modelo de atenção à saúde eficaz, eficiente e adequado ao fortalecimento da atenção básica no país. Porta de entrada do SUS e eixo central da organização do sistema, a SF compreende um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, a cargo das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal e dos agentes comunitários de saúde – ACS. São ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e tratamento, reabilitação e manutenção da saúde da população atendida. A SF busca concretizar os princípios de integralidade, universalidade e participação social. (BRASIL, 2008, p. 12)

Segundo dados mais recentes do Portal do Departamento de Atenção Básica (DAB), de setembro de 2013, em todo o país o número de municípios com a Estratégia de Saúde da Família é de 5.328, sendo 34.418 o número de unidades implantadas e 108.677.384 a estimativa de população coberta, conforme dados apresentados na tabela 1. Tais dados são bem expressivos do alcance da Saúde da Família, ainda que haja um descompasso entre o percentual de municípios que a implantaram (95,7 % dos municípios) e o percentual de população coberta pela estratégia (57%). Possivelmente isso ainda se deva à dificuldade de implantação nas grandes cidades, como apontou Mattos (2002).

TABELA 1 – Número de municípios com Estratégia de Saúde da Família, número de unidades implantadas e estimativa da população coberta no período de Outubro de 2012 a Setembro de 2013, Brasil

Ano	Mês	Equipe de Saúde da Família		
		Nº de Municípios com eSF	Implantados	Estimativa da População coberta
2012	10	5.298	33.434	105.542.967
2012	11	5.297	33.404	105.504.290
2012	12	5.297	33.404	105.504.290
2013	01	5.280	33.100	104.952.152
2013	02	5.266	33.045	104.727.447
2013	03	5.260	33.193	105.377.342
2013	04	5.283	33.726	106.887.064
2013	05	5.287	33.825	107.065.473
2013	06	5.298	33.998	107.517.065
2013	07	5.309	34.185	108.096.363
2013	08	5.319	34.216	108.183.793
2013	09	5.328	34.418	108.677.384

Fonte: MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB e IBGE Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal.

4 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO BÁSICA

No âmbito dessa Atenção Básica, organizada por meio da Estratégia de Saúde da Família, destaca-se uma atividade de suma importância para o atendimento das necessidades dos usuários dos serviços de saúde: a Assistência Farmacêutica. Ela atualmente tem se destacado no Brasil, principalmente no que tange ao primeiro nível de atenção à saúde, visto que através dela a população tem acesso a um insumo de saúde essencial, o medicamento, e que por meio dela pode se estabelecer um diálogo e um vínculo com a população.

A nível mundial, a assistência farmacêutica teve um importante avanço para o seu desenvolvimento, que foi a conferência mundial sobre atenção primária à saúde, realizada em Alma-Ata. Nessa reunião, foram destacados pontos importantes em relação a essa assistência, dos quais se destacam os seguintes:

O abastecimento dos medicamentos essenciais foi considerado um dos oito elementos básicos da atenção primária a saúde; Recomendação para que os governos formassem políticas e normas nacionais de importação, produção local, venda e distribuição de medicamentos e produtos biológicos de modo a assegurar, pelo menor custo possível, a disponibilidade de medicamentos essenciais nos diferentes níveis dos cuidados primários a saúde; que adotassem medidas específicas para prevenir a excessiva utilização de medicamentos; que incorporassem medicamentos tradicionais de eficácia comprovada e estabelecessem sistemas eficientes de administração e fornecimento (ARAÚJO *et al.*, 2008, p. 612).

No Brasil, observa-se o destaque para a Assistência Farmacêutica através da série de publicações que buscam regulamentá-la e aprimorá-la ao longo do processo de construção de políticas de saúde, principalmente no nível da Atenção Básica. Neste sentido, destacam-se a Política Nacional de Medicamentos (PNM) de 1998, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) de 2004, a Política de Financiamento da Assistência Farmacêutica de 2005, os dois Manuais Técnicos de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de 2001 e de 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2006 e a Portaria nº 1.555 desse ano de 2013.

Observando linearmente a história da assistência farmacêutica no Brasil, pode se destacar alguns momentos como os mais marcantes. O primeiro desses foi a aprovação da Política Nacional de Medicamentos em outubro de 1998, visto que a partir dela o Ministério da Saúde passou a entender a Assistência Farmacêutica como parte importante do Sistema de Saúde e componente fundamental para a efetiva

implementação das ações de promoção e melhoria das condições da assistência à saúde da população (BRASIL, 1998). Esta política tem como o seu propósito principal garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles medicamentos considerados essenciais (BRASIL, 1998). Tal instrumento passou a orientar todas as ações no campo da política de medicamentos do Brasil.

Segundo a portaria nº 3916/98, pela qual a PNM foi aprovada, a Assistência Farmacêutica é um:

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

Nesta política exponha-se também que o modelo dessa assistência farmacêutica será reorientado de modo a que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos, visto que no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) esta é por vezes realizada com o objetivo primordial de garantir o abastecimento dos medicamentos nas Unidades de Saúde e o acesso da população a esses, deixando à margem das preocupações dos serviços de saúde os cuidados com os pacientes e a promoção do uso racional dos medicamentos (FOPPA *et al.*, 2008).

Esta centralidade nos medicamentos pode ser explicada pelo fato da assistência farmacêutica conviver com um complexo e diversificado conjunto de interesses que integram políticas de saúde, políticas industriais e políticas científicas e tecnológicas que têm colaborado para que as práticas dos serviços, na maioria das vezes, sejam centradas no medicamento (BERMUDEZ, 1995).

Porém, esta focalização nos remédios está aos poucos sendo deslocada para o cuidado ao usuário, de forma que se busca compreender e atender de forma integral as necessidades deste. Neste contexto a assistência farmacêutica:

tem agregado uma série de mudanças que lhe conferem um caráter inovador e pertinente à proposta de Saúde Coletiva, a qual reconhece outros determinantes que precisam ser considerados no processo saúde-doença tais como o modo de vida, os aspectos culturais e religiosos, a subjetividade dos sujeitos e que têm sua resolução centrada num trabalho em equipe e na participação do usuário (ALENCAR, 2011, p. 3940).

Posteriormente a PNM, destaca-se no âmbito da Atenção Básica do sistema de saúde brasileiro a publicação de um instrumento de orientações técnicas intitulado *Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para a sua organização*. Este foi elaborado em 2001, pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica/Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica, com o objetivo de contribuir para a qualificação das ações da Assistência Farmacêutica nos estados e municípios (BRASIL, 2001).

Esse manual de instruções técnicas foi de suma importância porque ele preencheu uma lacuna referente à disponibilidade de material técnico que instruiu acerca da reorientação da Assistência Farmacêutica, que foi proposta anteriormente pela PNM e porque ele estabeleceu algo para nortear a organização das atividades dessa assistência, que foi o CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, um sistema constituído pelas etapas de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, com suas interfaces nas ações de saúde.

Poucos anos após a publicação deste instrumento são publicados documentos também muito importantes: a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) e a Política de Financiamento da Assistência Farmacêutica, respectivamente em 2004 e em 2005.

A PNAF se destaca na história da assistência farmacêutica por ter como um de seus princípios que tal assistência seja:

compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, entre as quais se destacam as políticas de medicamentos, de ciência e tecnologia, de desenvolvimento industrial e de formação de recursos humanos, dentre outras, garantindo a intersetorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) (BRASIL, 2004).

Na resolução nº 338, pela qual é aprovada a PNAF, podem ser destacados alguns eixos estratégicos que tal política deve englobar. São eles:

- I - a garantia de acesso e equidade às ações de saúde inclui necessariamente a Assistência Farmacêutica;
- 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 – qualificação dos serviços de assistência farmacêutica existentes, em articulação com os gestores estaduais e municipais, nos diferentes níveis de atenção;
- IV – a descentralização das ações, com definição das responsabilidades das diferentes instâncias gestoras, de forma pactuada e visando a superação da fragmentação em

programas desarticulados;

V – desenvolvimento, valorização, formação, fixação e capacitação de recursos humanos;

VI – modernizar e ampliar a capacidade instalada e de produção dos Laboratórios Farmacêuticos Oficiais, visando o suprimento do SUS e o cumprimento de seu papel como referências de custo e qualidade da produção de medicamentos, incluindo-se a produção de fitoterápicos;

VII – utilização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica;

(....)

XI - construção de uma Política de Vigilância Sanitária que garanta o acesso da população a serviços e produtos seguros, eficazes e com qualidade;

XII – estabelecimento de mecanismos adequados para a regulação e monitoração do mercado de insumos e produtos estratégicos para a saúde, incluindo os medicamentos;

XIII – promoção do uso racional de medicamentos, por intermédio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo. (BRASIL, 2004).

Por sua vez, a Política de Financiamento da Assistência Farmacêutica, estabelecida por meio da portaria nº 2084/GM de 26 de Outubro de 2005, também tem sua importância por determinar os mecanismos para financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e os responsáveis por este. Ela estabelece no artigo 3 que os mecanismos com recursos do Ministério da Saúde são: o Incentivo à Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (IAFAB), que é um fundo mínimo, custeado pela União, pelos estados e municípios, destinado à manutenção do suprimento de medicamentos, sendo parte integrante das ações de assistência farmacêutica no âmbito da atenção básica à saúde, e o financiamento estratégico para assistência farmacêutica na atenção básica, que são recursos do Ministério da Saúde destinados à aquisição dos medicamentos e produtos definidos no Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica Básica.

No ano seguinte a essa política foi publicada a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), que foi feita pelo Ministério da Saúde com o objetivo de revigorar a Atenção Básica à Saúde no Brasil. Um ponto importante a se destacar na mesma é o fato de ela considerar a Saúde da Família como estratégia prioritária para organização da Atenção Básica em conformidade com os preceitos do Sistema Único de Saúde. Outros destaques desta política estão no fato de nela constar que a garantia da assistência farmacêutica básica deve estar incluída no Plano Municipal de Saúde e que a “existência e manutenção regular de estoques dos insumos necessários para o funcionamento das unidades básicas de saúde, incluindo dispensação de medicamentos pactuados nacionalmente” (BRASIL, 2006a, p. 18) é um item necessário à realização das ações de Atenção Básica nos municípios e no Distrito Federal.

Neste mesmo ano de 2006, o Ministério da Saúde publica novamente o manual técnico *Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização*. Esse manual é resultante de uma revisão feita pela Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos da 1ª edição desse documento publicado em 2001. A publicação dessa revisão teve o objetivo de atualizar os gestores e profissionais farmacêuticos que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS), dando subsídios para a organização, nos serviços, das práticas de Assistência Farmacêutica.

Na apresentação do manual lê-se que no processo de atualização do documento foi dada maior ênfase à organização de serviços, para favorecer a operacionalidade da execução das atividades, objetivando melhor desempenho e melhoria de resultados e, também, o fortalecimento da gestão da Assistência Farmacêutica no SUS (BRASIL, 2006).

Esta revisão do manual técnico de Assistência Farmacêutica mantém como princípio norteador o chamado CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA. Este ciclo é um sistema composto pelas seis etapas já apontadas na primeira publicação do manual, que são a seleção de medicamentos; a programação; a aquisição; o armazenamento; a distribuição de medicamentos e a dispensação. O ciclo também conta com outras atividades importantes, como a gestão de materiais.

Além dessas políticas e manuais técnicos, outro documento importante para a assistência farmacêutica na atenção básica é a portaria nº 1.555, que dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual se destina à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

Segundo essa portaria “o financiamento do Componente Básico da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” (BRASIL, 2013) e tais entes federativos devem aplicar, no mínimo, os seguintes valores de seus orçamentos próprios, tendo como parâmetro para aquisição de bens e insumos a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME)⁴ vigente desde agosto de 2013:

⁴ A RENAME e suas características serão tratadas mais adiante neste texto.

I - União: R\$ 5,10 (cinco reais e dez centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos do Componente Básico da Assistência Farmacêutica constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS;

II - Estados: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino-dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS; e

III - Municípios: R\$ 2,36 (dois reais e trinta e seis centavos) por habitante/ano, para financiar a aquisição dos medicamentos e insumos constantes dos Anexos I e IV da RENAME vigente no SUS, incluindo os insumos para os usuários insulino-dependentes estabelecidos na Portaria nº 2.583/GM/MS, de 10 de outubro de 2007, constantes no Anexo IV da RENAME vigente no SUS. (BRASIL, 2013).

Conforme a portaria ainda será utilizada para fins de alocação dos recursos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais “a população estimada nos referidos entes federativos pelo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 1º de julho de 2011” (BRASIL, 2013).

Esta portaria dispõe ainda sobre determinados medicamentos, cuja aquisição, financiamento e distribuição têm algumas especificidades. Esses medicamentos são: a insulina humana NPH 100 UI/ml, a insulina humana regular 100 UI/ml e os medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher (que encontram-se no Anexo I e IV da RENAME vigente). No caso das insulinas, a responsabilidade pelo financiamento, pela aquisição e pela distribuição até às Centrais de Abastecimento Farmacêutico Estaduais e do Distrito Federal é do Ministério da Saúde. Já no caso dos medicamentos contraceptivos e insumos do Programa Saúde da Mulher, a aquisição e financiamento compete ao Ministério da Saúde e a entrega é feita diretamente ao Distrito Federal e aos Municípios, quando estes tem população superior a 500.000 habitantes, ou é feita para às Secretarias Estaduais de Saúde para posterior distribuição aos demais Municípios.

4.1 O CICLO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

4.1.1 Seleção

Diante de diversos produtos farmacêuticos, a seleção de medicamentos é de fundamental importância para o desenvolvimento das demais atividades do ciclo de Assistência Farmacêutica, por isso é a etapa considerada como seu eixo principal. As

etapas que se seguem neste ciclo são desenvolvidas com base no elenco de medicamentos selecionados, procurando-se estruturar e organizar sistemas eficientes e efetivos.

Pode se definir esta como um processo de escolha de medicamentos eficazes e seguros, indispensáveis ao atendimento das necessidades de uma determinada população “com a finalidade de garantir uma terapêutica medicamentosa de qualidade nos diversos níveis de atenção à saúde, sendo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) o documento oficial de referência nacional” (ALENCAR, 2011, p. 3941). De acordo com o manual técnico de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica em sua 2ª edição a seleção é:

um processo de escolha de medicamentos, baseada em critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, estabelecidos por uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), visando assegurar medicamentos seguros, eficazes e custo-efetivos com a finalidade de racionalizar seu uso (BRASIL, 2006b, p.31).

Os critérios adotados nesse momento de seleção dos medicamentos são decisivos para a definição de uma lista básica como todos os medicamentos adequados a determinada população. Dentre os critérios técnicos apontados no manual técnico de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de 2006, podem ser destacados os seguintes (BRASIL, 2006b, p. 34 e 35):

- Selecionar medicamentos baseados em eficácia e segurança comprovada, conveniência, e custo do tratamento.
- Padronizar medicamentos pelo nome do princípio ativo: Denominação Comum Brasileira (DCB) ou a Denominação Comum Internacional (DCI).
- Escolher, preferencialmente, medicamentos com um único princípio ativo. Só aceitar associações de fármacos que apresentem significativa vantagem terapêutica sobre o uso dos produtos isolados.
- Escolher medicamentos com propriedades farmacocinéticas mais favoráveis, permitindo maior comodidade na administração e que resultem em melhor adesão ao tratamento.
- Forma farmacêutica que proporcione maior flexibilidade posológica, menor toxicidade relativa e maior comodidade ao usuário.
- Escolher entre os medicamentos de mesma ação farmacológica, categoria química ou característica farmacocinética, o que apresente maior vantagem terapêutica.
- Medicamentos com melhor relação custo-efetividade.
- Evitar inclusão de números excessivos de medicamentos.

A finalidade desta primeira etapa é proporcionar ganhos terapêuticos e econômicos que se contribuam para a promoção do uso racional, a melhoria da

resolutividade terapêutica e para o acesso a medicamentos eficazes, seguros e voltados às doenças prevalentes (MARIN *et al.*, 2003).

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais, um dos instrumentos do Decreto 7508/2011⁵ (BRASIL, 2011b) é um instrumento de referência para a elaboração das listas de medicamentos necessários aos Estados e Municípios que visa atender a maioria dos problemas de saúde da população. Por isso, é preciso ressaltar a importância da sua atualização, revisão e adaptação às reais necessidades de saúde da população para que seja efetiva.

Tal relação é usada pela Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) como principal base de escolha, acompanhada também pelos critérios adotados no processo de seleção. A CFT é uma instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo, que tem a finalidade de selecionar os medicamentos de utilização essencial para o sistema de saúde, de assessorar a gestão nas questões referentes a medicamentos, de elaborar e/ou atualizar a relação de medicamentos e o formulário terapêutico (FT) – documento com informações científicas sobre os medicamentos selecionados, que visa auxiliar os profissionais de saúde na prescrição e dispensação dos medicamentos da relação de medicamentos essenciais (BRASIL, 2006b).

A Comissão de Farmácia e Terapêutica deve ser formada por: “uma equipe multidisciplinar incluindo médicos, farmacêuticos, enfermeiros e outros profissionais de saúde” (MARIN *et al.*, 2003, p. 149), não ultrapassando o número de oito membros permanentes. A escolha desses profissionais deve ser baseada no conhecimento por parte desses acerca de conhecimentos farmacológicos e terapêuticos e na experiência que estes possuem sobre a utilização de medicamentos.

4.1.2 Programação

A programação, segunda atividade do ciclo, consiste em “estimar quantidades a serem adquiridas para atendimento a determinada demanda dos serviços, por determinado período de tempo” (BRASIL, 2006b, p.39). Ela reflete diretamente no abastecimento e no acesso ao medicamento, sendo assim uma atividade fundamental.

⁵ O Decreto 7508/2011 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.

Em outras palavras, ela é um conjunto de atividades destinadas a garantir a disponibilidade de medicamentos previamente selecionados e a conciliar essa seleção com os recursos disponíveis, a fim de garantir o acesso da população a uma terapêutica medicamentosa de qualidade e em quantidade apropriada, em um período determinado de tempo.

Esta é uma atividade associada ao planejamento. A viabilidade desta depende “da utilização de informações gerenciais disponíveis e fidedignas, da análise da situação local de saúde, assim como do conhecimento sobre os medicamentos selecionados, sua indicação precípua e sua perspectiva de emprego na população-alvo” (MARIN *et al.*, 2003, p. 155).

Seus objetivos são identificar quantidades necessárias de medicamentos para o atendimento às demandas da população, evitar aquisições desnecessárias, perdas e descontinuidade no abastecimento e definir prioridades e quantidades a serem adquiridas, diante da disponibilidade de recursos (BRASIL, 2006b).

Para uma programação consistente são necessários alguns requisitos, como: dispor de dados de consumo e de demanda (atendida e não atendida) de cada produto; ter um sistema de informação e de gestão de estoques eficientes; conhecer o perfil epidemiológico local (morbimortalidade) – para que se possa conhecer as doenças prevalentes e avaliar as necessidades de medicamentos para intervenção; ter dados populacionais; conhecer a rede de saúde local; possuir recursos financeiros para definir prioridades e para executar a programação e ter mecanismos de controle e acompanhamento. (BRASIL, 2006b)

Há diversos métodos para se programar medicamentos, sendo que os mais utilizados são: por perfil epidemiológico, por consumo histórico, por consumo médio mensal (CMM) e por oferta de serviços. A escolha desses deve ser definida de acordo com os recursos e informações disponíveis. De acordo com edição do manual técnico de assistência farmacêutica de 2006, o recomendável é que seja feita uma combinação desses métodos para que se detenha uma programação mais ajustada às necessidades de saúde.

O método por perfil epidemiológico se baseia nos dados de morbimortalidade,

considerando-se:

dados populacionais, esquemas terapêuticos, frequência de apresentação das enfermidades em uma determinada população, capacidade de cobertura, dados consistentes de consumo de medicamentos, oferta e demanda de serviços na área de saúde (BRASIL, 2006b, p. 40).

O método por consumo histórico “consiste na análise do comportamento do consumo de medicamentos, em uma série histórica no tempo, possibilitando estimar as necessidades” (BRASIL, 2006b, p. 41). Nele são utilizados os registros de movimentação de estoques (entradas, saídas, estoque), dados de demanda (atendida e não atendida) e inventários com informações de pelo menos 12 meses. Um problema em realizar a programação baseada somente em dados de consumo é que esta pode refletir equívocos, pois estes nem sempre podem estar adequados à realidade e à terapêutica utilizada.

O método por consumo médio mensal (CMM) “consiste na soma dos consumos de medicamentos utilizados por determinado período de tempo, dividido pelo número de meses em que cada produto foi utilizado” (BRASIL, 2006b, p. 41). É preciso excluir perdas, empréstimos e outras saídas de produtos não regulares.

O método por oferta de serviços consiste em se estimar as necessidades de medicamentos em função da disponibilidade de serviços ofertados à determinada população-alvo. Ele é utilizado quando se trabalha por serviços ofertados. Nele as necessidades são estabelecidas pelo percentual de cobertura, não sendo consideradas aquelas reais existentes (BRASIL, 2006b).

4.1.3 Aquisição

A aquisição de medicamentos, a terceira etapa do ciclo, é uma das principais atividades da Gestão da Assistência Farmacêutica. Ela deve estar estreitamente vinculada às ofertas de serviços e à cobertura assistencial dos programas de saúde. Uma boa aquisição de medicamentos deve considerar em primeiro lugar o que comprar (seleção); depois quando e quanto comprar (programação); e por fim como comprar. Pode se dizer que tal atividade consiste:

Num conjunto de procedimentos pelos quais se efetiva o processo de compra dos medicamentos, de acordo com uma programação estabelecida, com o objetivo de suprir necessidades de medicamentos em quantidade, qualidade e menor custo-efetividade e manter a regularidade do sistema de abastecimento (BRASIL, 2006b, p. 43).

Esta etapa do ciclo visa colaborar para o abastecimento de medicamentos em quantidade adequada e qualidade assegurada, ao menor custo possível, dentro da realidade do mercado, apoiando e promovendo uma terapêutica racional, em local e tempo determinados (MARIN *et al.*, 2003).

O principal instrumento para aquisição na esfera pública é o Edital, que é o ato pelo qual “a Administração dá início à fase externa do procedimento licitatório, dando conhecimento sobre a Licitação, condições de participação, descrição do objeto, data de abertura e encerramento de entrega de propostas” (BRASIL, 2006b, p. 45). A aquisição de medicamentos tem suas especificidades em relação aos demais tipos de aquisição de produtos, e por isso, o Edital deve ser exclusivo, em vista das especificações de ordem técnica e administrativa que são necessárias para realizar uma compra adequada. Quanto a este instrumento é importante ressaltar que nenhuma exigência que não conste no Edital poderá ser solicitada ao fornecedor, por isso este deve ser bem elaborado e nele devem constar requisitos técnicos e administrativos, como forma de assegurar a qualidade do processo de aquisição e dos medicamentos que estão sendo adquiridos.

Segundo a primeira edição de manuais técnicos de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, do ano de 2001, a atividade de aquisição é subordinada aos seguintes dispositivos legais: Lei de Licitação nº 8.666/93 e suas alterações; Registro Nacional de Preços – Decreto nº 2.743 de 21/08/98; regulamentação de medicamentos sob controle especial – Portaria SVS nº 344/98 e suas atualizações; requisitos de qualidade estabelecidos na aquisição de medicamentos - Portaria SVS nº 1.818/98; procedimentos contra a falsificação de medicamentos – Portaria SVS nº 2.814/98; Lei dos Medicamentos Genéricos - Lei nº 9.787/99 e Sistema de Registro de Preços do Ministério da Saúde - Lei nº 10.191/01.

Além desses, há também um dispositivo legal quanto ao financiamento dos medicamentos, a portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013, que estabelece normas de execução de financiamento da assistência farmacêutica na atenção básica, modificando os valores mínimos de repasse das três esferas. Esta determina que cabe a União o valor de R\$ 5,10 por habitante/ano e aos Estados e Municípios o valor de R\$ 2,36 por habitante/ano; e aos Municípios, R\$ 1,50 por habitante/ ano (BRASIL, 2013).

4.1.4 Armazenamento

O armazenamento é a quarta atividade do ciclo e consiste em um “conjunto de procedimentos técnicos e administrativos que tem por finalidade assegurar as condições adequadas de conservação dos produtos” (BRASIL, 2006b, p. 55). Em outras palavras, é a atividade cujos desígnios são garantir a qualidade dos medicamentos através de condições ambientais apropriadas e o controle de estoque eficaz, de forma a garantir a disponibilidade dos medicamentos em todos os locais de distribuição para os usuários das farmácias das unidades de saúde, e assegurar a qualidade do produto desde o recebimento até sua entrega ao usuário.

Esta é a etapa da administração de materiais responsável pelas atividades de movimentação, estocagem e manutenção dos medicamentos e insumos que são utilizados pela farmácia de uma unidade de saúde. Para esta etapa do ciclo ter êxito é necessário que as atividades relacionadas a ela sejam feitas da maneira correta.

A primeira dessas atividades é a recepção/recebimento dos medicamentos, que é um ato de conferência, no qual se verifica a compatibilidade dos produtos solicitados e recebidos, ou seja, é o momento em que se examina se os medicamentos entregues estão em conformidade com as condições estabelecidas em Edital (BRASIL, 2006b).

No momento do recebimento devem ser conferidas as especificações técnicas do medicamento – especificações dos produtos (nome da substância, forma farmacêutica, concentração, apresentação e condições de conservação e inviolabilidade), registro sanitário do produto, certificado de análise ou laudo de controle de qualidade, responsável técnico, embalagem/rotulagem, lote, número do lote, validade e transporte – e as especificações administrativas, que são características relacionadas à conformidade do pedido em relação ao produto recebido, as quais envolvem a análise da documentação fiscal, a verificação do nome do produto por denominação genérica, a observação do prazo de entrega, a quantidade, o preço unitário e total e a contagem física da quantidade em unidade e embalagem (solicitada x recebida).

Após o recebimento, os medicamentos são armazenados na Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), local apropriado à guarda exclusiva de medicamentos. Ela deve atender alguns requisitos de estrutura como: localização de

fácil acesso; identificação externa por meio de nome ou logotipo que a identifique; sinalização interna com letras ou placas indicativas nas estantes, extintores de incêndio; condições ambientais adequadas; higienização; equipamentos e acessórios suficientes para a segurança das pessoas envolvidas no processo e também para os produtos em estoque (BRASIL, 2006b).

A segunda das atividades é a estocagem, que consiste em “ordenar adequadamente os produtos em áreas apropriadas, de acordo com suas características específicas e condições de conservação exigidas” (BRASIL, 2006b, p. 59). Para ela ser realizada adequadamente deve-se dispor de área física, instalações apropriadas, equipamentos, acessórios, normas e procedimentos e pessoal treinado. Ela objetiva reduzir perdas por quebra e/ou expiração de validade, reduzir o tempo gasto na movimentação dos produtos, diminuir acidentes no trabalho, aproveitar mais o espaço físico, aumentar a eficiência do processo de estocagem e assegurar a disponibilidade do medicamento, insumos e produtos para saúde, em tempo oportuno e nas quantidades necessárias.

Há determinados procedimentos de estocagem que precisam ser seguidos para uma melhor realização do armazenamento, como: ordenar os produtos (por nome genérico, lote e validade), de forma que permita fácil identificação e de que os medicamentos com datas de validade mais próximas fiquem na frente; manter distância entre os produtos, produtos e paredes, parede, teto e empilhamentos, para facilitar a circulação interna de ar; conservar os medicamentos nas embalagens originais, ao abrigo da luz direta; e exercer um controle diferenciado dos psicofármacos e outros produtos (por exemplo, éter) controlados pela Portaria 344/98 por serem produtos que causam dependência física e psíquica, conforme estabelecido na portaria n° 344 de 12 de maio de 1998.

A terceira atividade é a conservação dos medicamentos, que se baseia em “manter os produtos em condições ambientais apropriadas para assegurar sua estabilidade e integridade durante seu período de vida útil” (BRASIL, 2006b, p. 63). Para que os medicamentos sejam bem conservados, deve se adotar alguns procedimentos técnicos e administrativos, entre eles: uma temperatura de conservação adequada em conformidade com a Farmacopéia Americana (USP); atenção com a umidade do ambiente, pois dependendo da forma farmacêutica do medicamento, a

umidade elevada pode afetá-la, favorecendo o crescimento de fungos e bactérias e desencadeando algumas reações químicas; ter cuidado quanto a luminosidade – em relação a esta determina-se que o local de estocagem deve possuir iluminação natural adequada e em caso de iluminação artificial, recomenda-se a utilização de lâmpadas fluorescentes (luz fria); cuidados com a ventilação do ambiente de estocagem; disposição de equipamentos e acessórios necessários à execução e movimentação dos produtos – exemplos destes são os estrados/*pallets*, extintores de incêndio, câmara fria e refrigeradores, ventiladores, empilhadeiras, armações e estantes/prateleiras, acessórios (fichários, pastas suspensas, placas indicativas, material de escritório), termômetros e higrômetros e por fim um sistema de segurança que conte com normas e procedimentos de segurança, além de medidas preventivas para evitar quedas, deteriorações, desvios e incêndios (BRASIL, 2006b).

A quarta é última atividade relacionada a etapa de estocagem é o controle de estoque que é uma atividade “que visa subsidiar a programação e aquisição de medicamentos, na manutenção dos níveis de estoques necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoques ou desabastecimento do sistema, mantendo-se o equilíbrio” (BRASIL, 2006b, p. 67). Dentre os seus objetivos destacam-se a procura por assegurar o suprimento, garantindo a regularidade do abastecimento; a identificação do tempo de reposição dos estoques, quantidades e periodicidade; a manutenção de inventários periódicos para avaliação das quantidades e condições dos estoques e a busca por manter os estoques em níveis economicamente em níveis economicamente satisfatórios, no atendimento às necessidades requeridas. Este gerenciamento de estoques é de suma importância, pois reflete quantitativamente e qualitativamente nos resultados obtidos ao longo do exercício financeiro.

4.1.5 Distribuição

A distribuição dos medicamentos, quinta atividade constituinte do ciclo, consiste “no suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno. A distribuição de medicamentos deve garantir rapidez e segurança na entrega, eficiência no controle e informação” (BRASIL, 2006b, p. 73). De outra forma pode se dizer que esta tem como objetivo a garantia do fornecimento de medicamentos e demais insumos às Unidades de Saúde Básicas, de maneira rápida e segura.

Para que a distribuição ocorra de maneira eficaz recomenda-se que se associe a esta atividade a uma programação previamente estabelecida, que se contemple no planejamento da distribuição o cronograma de entrega, normas e procedimentos e instrumentos (formulários contendo informações sobre especificação completa, quantidade, lote, prazo de validade e preço) para acompanhamento e controle e que se considere a estrutura física para o armazenamento de produtos.

A periodicidade da distribuição de medicamentos às unidades de saúde “varia em função da programação, da capacidade de armazenamento, da demanda local, do tempo de aquisição, da disponibilidade de transporte e de recursos humanos” (BRASIL, 2006b, p. 64).

4.1.6 Dispensação

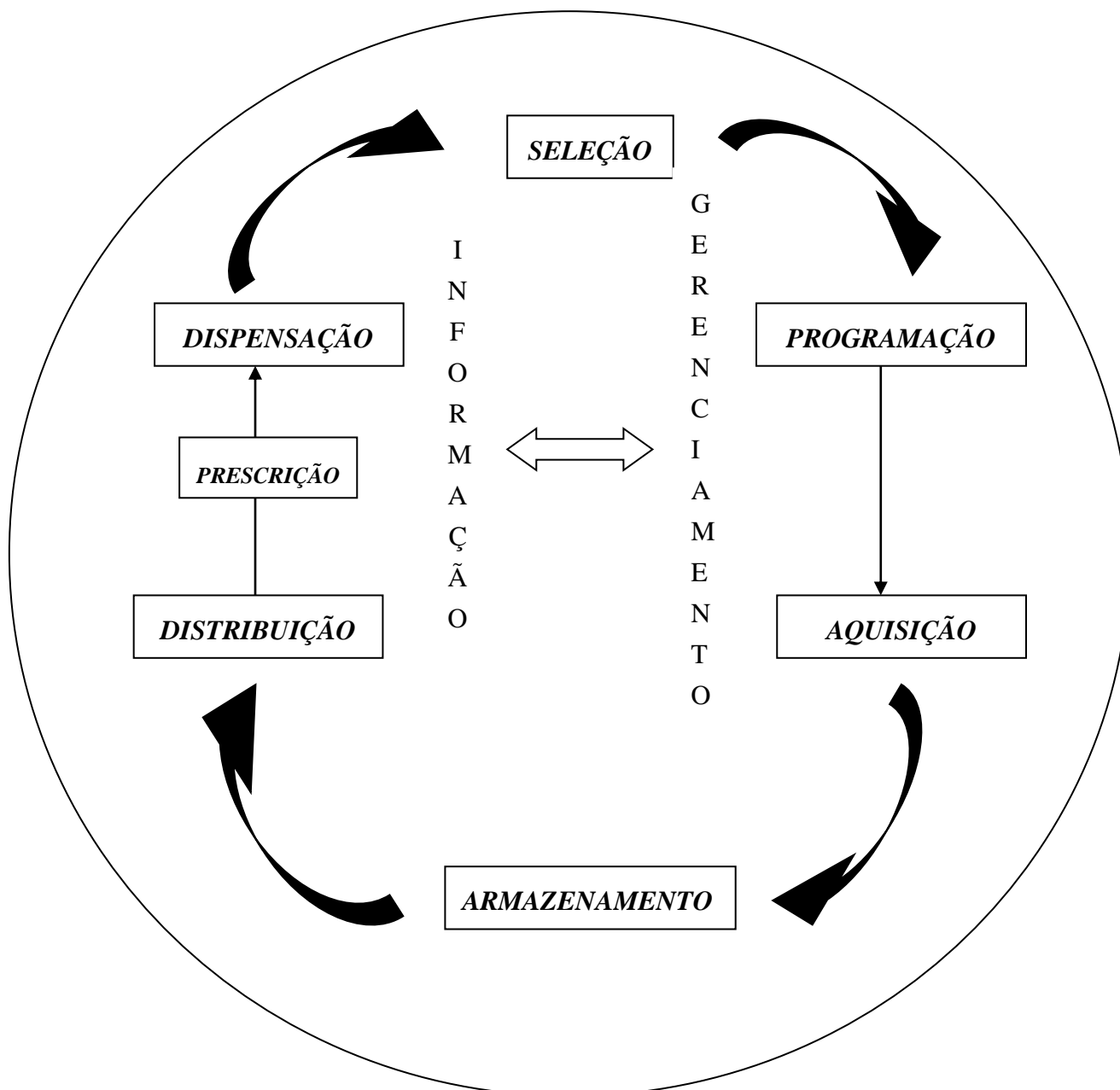
A sexta e última atividade do ciclo, a dispensação, é por sua vez o “ato profissional farmacêutico, que consiste em proporcionar um ou mais medicamentos, em resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado” (BRASIL, 2006). Em outras palavras, trata-se do atendimento de um paciente específico e que, por conseguinte, terá necessidades e características também específicas, as quais devem ser levadas em conta no momento do atendimento. É uma das últimas oportunidades de, ainda dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica medicamentosa (MARIN *et al.*, 2003).

Tal ato compreende a análise técnica da prescrição e a orientação farmacêutica ao paciente pelo farmacêutico, sendo essa o processo pelo qual se fornecerá informações referentes ao tratamento para que o paciente use adequadamente o medicamento e pelo qual se terá o acompanhamento e a avaliação farmacoterapêutica da prescrição. A dispensação é compreendida como uma atividade chave, pois implica diretamente na qualidade do acesso do usuário à Assistência Farmacêutica, visto que ela finda a relação do usuário com a unidade de saúde após o atendimento médico, de enfermagem ou odontológico, constituindo-se numa chance de enfatizar ou efetivar a adequada orientação ao usuário em relação à prescrição (ALENCAR; NASCIMENTO, 2011).

Para que esta atividade tenha êxito, é necessário que haja uma boa comunicação entre o dispensador e o paciente, visto que a orientação feita no momento da

dispensação constitui-se num processo de informação e educação fundamental para o êxito da terapêutica indicada. Informar é dar ao indivíduo conhecimentos acerca do medicamento a ser utilizado. Educar é gerar motivação e induzir mudanças para a prática de estilos de vida saudável, conscientizando o usuário da responsabilidade pela sua saúde. A informação deve ser prestada de forma clara, simples, compreensiva, em função das necessidades de cada indivíduo, do nível socioeconômico e cultural e do tipo de medicamento prescrito (BRASIL, 2006b).

FIGURA 1 – Síntese Esquemática do Ciclo da Assistência Farmacêutica



Fonte: Manual da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (BRASIL, 2006b).

Entende-se que a organização e desenvolvimento de cada uma dessas atividades constituintes do ciclo de assistência farmacêutica reforça o sentido de integralidade das ações segundo o que é estabelecido como princípio do SUS, visto que esta quando desenvolvida adequadamente contribui para uma maior eficiência e resolutividade das ações de saúde.

Considerando a Assistência Farmacêutica como parte fundamental para o desenvolvimento de um cuidado integral da saúde por meio de ações coletivas e humanizadas, essa monografia buscou compreender como se estrutura e se desenvolve essa assistência no âmbito de uma unidade básica de atenção à saúde, sendo a escolhida o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), unidade de saúde de nível primário localizada no bairro de Manguinhos que funciona com a lógica da Estratégia de Saúde da Família.

5 ATENÇÃO BÁSICA E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM MANGUINHOS

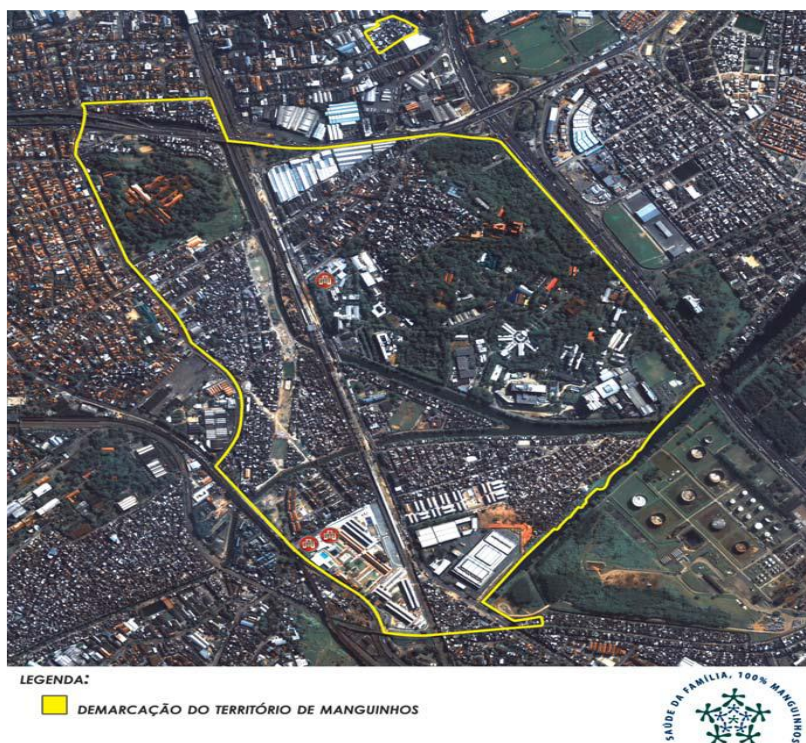
5.1 CARACTERÍSTICAS DO TERRITÓRIO DE MANGUINHOS

Manguinhos é um território que foi oficializado como bairro em julho de 1981 e que está situado na Zona Norte do Município do Rio de Janeiro. Ele pertence a 10ª Região Administrativa (RA) da cidade e a Coordenadoria de Saúde da Área de Planejamento 3.1 (CAP 3.1). Segundo o Censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), o bairro conta com uma população de 36.160 pessoas e com um total de 10.816 domicílios.

O cadastro realizado pelas Equipes de Saúde da Família até o ano de 2012 registrou um total de 13.220 famílias e de 36.399 pessoas residentes em Manguinhos (ENGSTROM *et al.*, 2012). Número próximo ao da contagem realizado pelo IBGE em 2010 que foi de 36.160 pessoas.

O nome do bairro deve-se ao fato dele localizar-se numa região de mangue que integra a sub-bacia do Canal do Cunha, da grande bacia hidrográfica da Baía de Guanabara.

Figura 1 – Foto Aérea do Território de Manguinhos

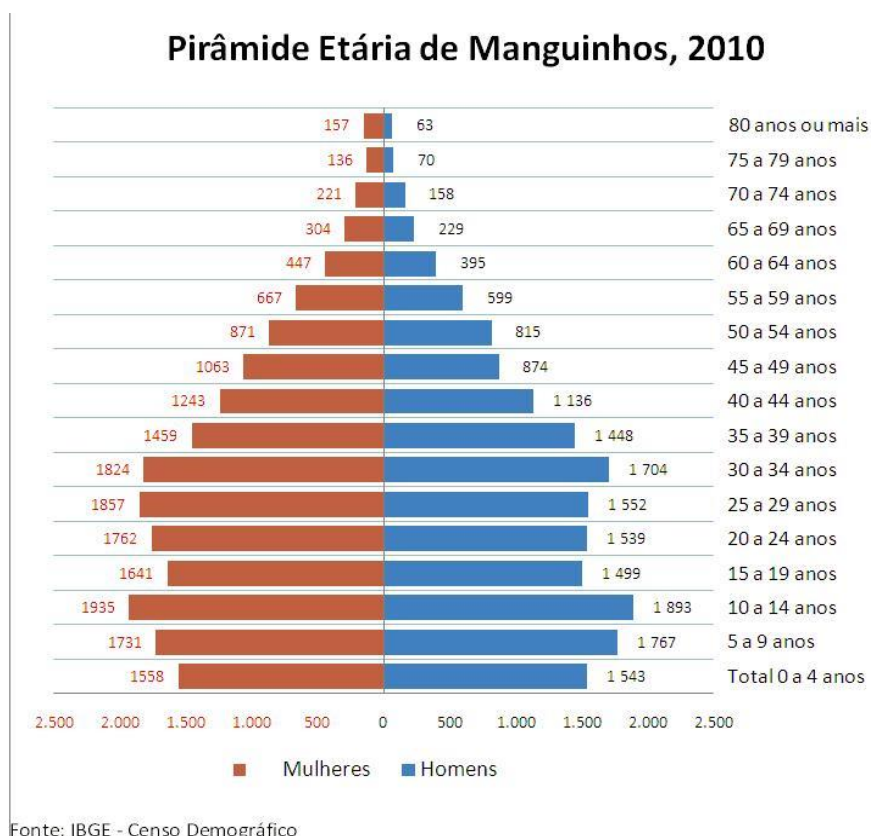


Fonte: A experiência do Território Escola Manguinhos
na Atenção Primária de Saúde (ENGSTROM *et al*, 2012)

Segundo Engstrom et al (2012), este bairro apresenta um dos piores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) da cidade do Rio de Janeiro, com forte vulnerabilidade econômica e social. Por este motivo foi uma das áreas priorizadas pelas intervenções do Programa de Aceleração do Crescimento - PAC (2007), que objetivou “integrar as favelas à cidade formal através do processo de urbanização e da prestação de serviços públicos de qualidade” (ENGSTROM et al, 2012, p.11).

O padrão demográfico do bairro de Manguinhos caracteriza-se pela predominância do sexo feminino, pela diminuição dos nascimentos, pela morte precoce dos homens e pelo envelhecimento da população em geral. Do ponto de vista sócio-sanitário, tem-se uma situação crítica de violência associada ao crescimento das doenças crônicas (ENGSTROM *et al.*, 2012).

FIGURA 2 – Pirâmide etária de Manguinhos no ano de 2010



5.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO TERRITÓRIO

Em 2000, através do convênio com a Secretaria Municipal de Saúde/RJ, o Centro de Saúde Escola passou a trabalhar com a Estratégia Saúde da Família, tendo o próprio Centro de Saúde como base. A partir de 2010, Manguinhos passou a contar com uma clínica de saúde da família em seu próprio território, a Clínica da Família Victor Valla (CFVV). As equipes de saúde da família atuam independente do Centro de Saúde Escola e em parceria com este, através do TEIAS - Território Integrado de Atenção à Saúde.

O TEIAS Escola Manguinhos, como é conhecido, apresenta-se como um novo modo de organização da gestão e da atenção à saúde, que teve sua experiência iniciada na comunidade de Manguinhos em 2009. Segundo Carvalho e Pivetta (2012), o Teias Escola Manguinhos é:

Uma iniciativa de cogestão da saúde na cidade do Rio de Janeiro, a qual tem como base um contrato de gestão celebrado em dezembro de 2009 entre o governo municipal (Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil) e a Escola

Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca / Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) por meio de sua fundação de apoio, a Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec) (CARVALHO; PIVETTA, 2012. p. 19 e 20).

Dessa forma, o bairro é atendido por duas unidades de saúde no que diz respeito à Atenção Primária no modelo de Saúde da Família: o Centro de Saúde Escola (CSE) Manguinhos, que funciona no espaço físico do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF/ENSP) e a Clínica da Família Victor Valla (CFVV). Nessas unidades estão abrigadas, respectivamente 7 e 6 equipes⁶, totalizando 13 equipes de saúde da família.

Essas 13 equipes são compostas por cerca de 200 profissionais contratados em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), onde cada uma delas conta com 1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem e 6 agentes de saúde. Além disso, a Saúde da Família em Manguinhos conta com 5 Equipes de Saúde Bucal (EBS) cada uma com dentista, técnico e agente de saúde bucal.

Esse estudo deteve-se na assistência farmacêutica relativa às 7 Equipes de saúde da Família que funcionam no CSE Manguinhos. São elas: Comunidade Agrícola/Vila São Pedro, Parque Amorim/Monsenhor Brito, Parque Carlos Chagas (PCC), Parque João Goulart, Parque Oswaldo Cruz, Nova Vila Turismo e Vila Turismo. Para estas equipes existem 3 Equipes de Saúde Bucal (ESB). Segundo dados da “Ficha A” do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) essa Unidade de Saúde da Família atende 6.474 famílias.

O território de Manguinhos é uma área de grande êxito no que tange a Saúde da Família. Tal bairro atingiu cobertura total de sua população pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) em outubro de 2010. “**Manguinhos 100% Saúde da Família** significou uma conquista importante por permitir maior acesso a atenção, assim como propiciar as condições para a mudança do modelo tradicional de atenção primária para o modelo de Saúde da Família” (ENGSTROM *et al.*, 2012).

⁶ A Clínica de Família Victor Valla conta também com uma equipe de Consultório na Rua que se constitui como uma equipe de saúde da família, totalizando, assim, 14 equipes.

5.3 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO CSEGSF

A demanda da farmácia do CSEGSF origina-se principalmente da população de Manguinhos, que tem acesso aos serviços de saúde por duas formas: a atenção primária tradicional e a Estratégia de Saúde da Família. O CSEGSF tem ainda como parte de sua demanda os medicamentos e insumos de saúde voltados para o Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH). Tudo isso compõe a demanda total da farmácia da unidade.

De acordo com dados coletados durante o estágio, a principal demanda de medicamentos é a gerada pela Estratégia de Saúde da Família, visto que ela é responsável por cerca de 80% da demanda. Além disso, segundo dados de entrevista a farmácia realiza cerca de 200 a 250 dispensações por dia.

Nesta farmácia atuam 6 profissionais, sendo duas farmacêuticas, 3 técnicas de farmácia e 1 técnico em logística, além de 3 estagiárias de nível superior. Em alguns períodos trabalham também neste setor estagiários de nível médio oriundos da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV). O técnico em logística tem uma função mais específica na Central de Abastecimento Farmacêutico, enquanto o restante da equipe é mais voltado para a área de dispensação.

A farmácia nesta unidade é organizada em dois espaços físicos, o de almoxarifado e o de dispensação. O primeiro espaço é o local indicado no ciclo da assistência farmacêutica para a guarda exclusiva de medicamentos, chamado de Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). O segundo, a dispensação, constitui uma área na qual os profissionais farmacêuticos realizam a entrega dos medicamentos aos usuários. Nesse local, é feita também a orientação acerca do uso desses medicamentos, da maneira mais compreensível e possível para que os mesmos sejam usados de forma correta, visando à efetividade do tratamento.

A organização, a estrutura e os equipamentos da CAF do Centro de Saúde estão totalmente de acordo com os requisitos estabelecidos no Manual Técnico de Assistência Farmacêutica na Atenção Básica (BRASIL, 2006b). Ela é localizada em um lugar de fácil acesso para o recebimento e a distribuição dos medicamentos; tem uma dimensão espacial adequada para a quantidade de medicamentos e equipamentos que abriga; conta com equipamentos e acessórios como pallets, arquivos de aço, extintores de incêndio,

estantes de aço, pastas suspensas, placas indicativas e material de escritório, refrigerador, ar condicionado, termômetro e higrômetro; é identificada externamente por meio de nome; possui sinalização interna como placas indicativas nas estantes, nos armários, nos pallets e nos locais de extintores de incêndio; é higienizada corretamente e frequentemente; possui condições ambientais adequadas como a temperatura, a ventilação, a luminosidade e a umidade; tem equipamentos e acessórios apropriados para a estocagem e a movimentação dos produtos e tem mecanismos e equipamentos de segurança para a proteção das pessoas e dos produtos.

A dispensação conta com um balcão para atendimento e duas salas – uma delas para atendimento individualizado aos pacientes e outra para uso dos próprios profissionais farmacêuticos. Há também armários e móveis com gavetas, as quais têm uma identificação própria de cor para sinalizar o tipo de medicamento a ser guardado até o momento da dispensação.

Tendo como referência o ciclo da assistência farmacêutica na atenção básica é possível apontar as características que concernem ao serviço de farmácia desenvolvido no âmbito do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria.

Seguindo as etapas do ciclo, a primeira etapa que é passível de análise é a seleção. Esta atividade, na farmácia do Centro de Saúde, caracteriza-se pela realização da escolha de medicamentos a serem distribuídos para a população, tendo como base o elenco de medicamentos disponibilizados pela Prefeitura. Nesta etapa priorizam-se a eleição de medicamentos que atendam as necessidades de saúde da população de Manguinhos e as especificidades do CESTEHE e dos médicos especialistas do CSEGSF.

A etapa de seleção tem como principal atuante uma instância colegiada de caráter consultivo e deliberativo, a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT) que, a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e de critérios epidemiológicos, técnicos e econômicos, seleciona e padroniza os medicamentos que são de utilização fundamental para o sistema de saúde. Ela deve ter tanto a responsabilidade de colocar na grade ou tirar da grade determinados medicamentos, como a observação dos efeitos dos medicamentos na população. Segundo dados de entrevista, havia no CSEGSF uma comissão semelhante a essa, chamada de Comissão de Padronização de Medicamentos, que atualmente não funciona.

Ainda sobre a CFT, foi informado em entrevista que os farmacêuticos da unidade gostariam de participar de uma Comissão como esta em outras instâncias, visto que não é muito produtivo fazer um movimento muito grande de uma comissão do Centro de Saúde, porque ela teria que se submeter a uma Comissão da Prefeitura. Segundo a entrevistada: “Talvez fosse mais produtivo participar de uma comissão maior, mas isso não acontece” (chefe da farmácia).

Embora não haja uma Comissão de Farmácia e Terapêutica na unidade, a equipe de farmácia realiza um trabalho semelhante ao que ela faz no momento em que decidem os medicamentos e insumos que serão elencados para atender às especificidades do CESTEHE e dos médicos especialistas do CSEGSF.

A etapa de programação, por sua vez, é feita na farmácia do CSEGSF através dos seguintes métodos: Consumo Médio Mensal (CMM) e consumo histórico. Para realizar o levantamento de dados que permita estimar o quantitativo de medicamentos necessário, a equipe de farmácia utiliza planilhas do Excel para registrar o consumo de medicamentos, elabora consolidados a partir da observação das planilhas, utiliza o seu sistema de controle de estoque (o Estoque e Distribuição de Imunobiológicos (EDI)) para obter uma previsão de consumo estimada e também conta com a expertise dos próprios farmacêuticos que no cotidiano dos serviços observam o quanto de medicamentos são dispensados.

A programação é feita visando suprir as especialidades médicas do CSEGSF, a demanda por parte da população que tem acesso aos serviços de saúde pela atenção básica tradicional e pela Estratégia de Saúde da Família e a demanda de medicamentos do CESTEHE.

Quanto a etapa de aquisição, pode-se apontar que, de acordo com dados obtidos em entrevista, aproximadamente 90% dos medicamentos e insumos de saúde são adquiridos e distribuídos pelo Estado, principalmente da Prefeitura do Rio de Janeiro, por meio da CAP 3.1. Nesse conjunto, há um grupo de medicamentos, os antirretrovirais, que tem algumas especificidades, tanto em relação a aquisição quanto as outras que compõem o ciclo, visto que ele está ligado mais diretamente ao Governo Federal. Em função disso, utiliza-se um sistema do Ministério da Saúde chamado de Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), que faz o gerenciamento, a

dispensação e o controle dos medicamentos antirretrovirais.

Sobre os sistemas utilizados na farmácia, pode se dizer que a área física reservada para o funcionamento da CAF conta com um sistema de informação, o Estoque e Distribuição de Imunobiológicos (EDI), que foi disponibilizado pelo Ministério da Saúde, pensado inicialmente para produção e distribuição de vacinas, mas que sofreu adaptações para utilização na área de armazenamento da Farmácia. Além disso, na área de dispensação utiliza-se o sistema público e nacional SICLOM para atividades específicas de distribuição, pedido, estocagem e distribuição de antirretrovirais.

Os pedidos de compras feitos mensalmente à Prefeitura e ao Governo Federal se dividem em três tipos: o de Atenção Básica, o de Tuberculose e o de Portaria 344/98 (que diz respeito às substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial).

Ainda quanto à aquisição, há mais considerações a serem tecidas. Por meio das entrevistas obteve-se a informação de que além da aquisição de medicamentos pela Prefeitura, o CSEGSF conta com um pequeno rol de medicamentos adquiridos pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) para atender as especialidades médicas do CSEGSF e as especificidades do CESTEJ, outro departamento da ENSP que tem necessidade de medicamentos diferentes da Atenção Básica. Tanto no caso de compra realizada pela Prefeitura como no caso da realizada pela ENSP o procedimento de aquisição é a licitação, seguindo os critérios da lei 8.666.

Desta forma, observa-se que a farmácia do CSEGSF tem a sua grade de medicamentos ampliada e isso é uma diferença que merece ser destacada em relação aos demais serviços de Atenção Básica do Rio de Janeiro. Em entrevista foi informado que já faz um tempo que a Fiocruz e a ENSP tomaram a decisão de que o CSEGSF teria uma grade de medicamentos comprada pelo Tesouro, pela ENSP, para fornecimento de medicamentos aos usuários, mesmo não sendo tarefa da Fiocruz a aquisição desses medicamentos adicionais, devido às especificidades já apontadas, mas também às irregularidades no fornecimento de medicamentos por parte da Prefeitura. Em entrevista teve-se o seguinte relato:

Na verdade a responsabilidade dessa distribuição e da Atenção Primária ela é das Prefeituras, não seria da Fiocruz nem da ENSP, mas exatamente porque havia uma distribuição totalmente irregular dos medicamentos feita pela Prefeitura a gente resolveu investir nisso, a gente então começou a comprar

medicamentos. Então a gente ainda compra, porque ainda acontecem irregularidades na distribuição. Então hoje a gente tem uma grade de medicamentos extra da grade da Prefeitura, em termos qualitativos a gente tem mais medicamentos do que tem a Prefeitura (coordenadora do CSEGSF).

Em relação a etapa de armazenamento, pode-se dizer que ela é feita na área exclusiva para à guarda de medicamentos que a própria Política Nacional de Atenção Básica recomenda: a Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). Neste espaço os medicamentos são separados em função da classe farmacológica (como antibióticos, antieméticos) e da forma farmacêutica (como comprimido, drágeas, líquido, suspensão e etc). Dentro dessas classes, organizam-se ainda os medicamentos em ordem alfabética ao longo dos blocos e pallets nos quais os medicamentos ficam organizados.

Sobre o armazenamento, também é importante apontar que a farmácia do CSEGSF atende a legislação quanto a segregação de determinados medicamentos, especificamente as relacionados a portaria 344, que dispõe sobre os medicamentos de saúde mental e os antirretrovirais, que ficam em local separado e são organizados também em ordem alfabética. Na CAF utiliza-se o EDI, sistema informatizado para registro dos medicamentos, da entrada e da saída de material, da realização de relatórios sintético e analítico, de inventários realizados pela equipe de farmácia, entre outras funções. Também são usadas fichas de controle de estoque, instrumento no qual constam informações como nome, forma farmacêutica, concentração, apresentação, lote do medicamento, validade e registro da quantidade que entra e que é retirada do estoque. Este instrumento de controle é utilizado de forma integrada com o sistema informatizado.

Sobre a distribuição, pode se dizer que ela ocorre da seguinte forma: uma pessoa da equipe, que fica na área de dispensação, solicita ao técnico em logística, que fica na CAF, determinados medicamentos em certas quantidades. Este pedido feito manualmente é passado para o sistema EDI no item “saída de material” e passa a ser uma “nota de fornecimento (NF)”. Nesta nota constam as seguintes informações: nome do medicamento, o lote, a validade, o setor e o bloco, sendo estes dois últimos referentes à localização dos medicamentos no estoque. Após todo o pedido ser passado para o sistema, a nota de fornecimento é impressa e a partir dela que os medicamentos são retirados do estoque.

Essa retirada pode ser feita por qualquer pessoa da equipe fixa de farmácia e até

pelos próprios estagiários que em alguns períodos passam pelo setor. Neste momento da retirada a pessoa deve seguir os seguintes procedimentos: localizar o medicamento, conferir o lote e a validade desse, ver a quantidade solicitada, retirar esta quantidade e preencher a ficha de controle daquele medicamento, informando a quantidade de medicamento que foi retirada e o saldo que ficou em estoque, além de assinar e datar essa retirada. Essa pessoa também deve verificar se a retirada anterior confere com a sua contagem, se sim ela assina validando as informações, se não ela informa à chefe da farmácia ou ao técnico em logística o erro e estes procuram ver o que ocorreu.

Depois de retirados todos os medicamentos, a pessoa responsável por aquela retirada assina e data a nota de fornecimento e assim o pedido chega a área de dispensação, local onde outra pessoa da equipe de farmácia confere todos os medicamentos e também assina a nota para confirmar que o pedido estava todo correto. Caso os medicamentos sejam distribuídos diretamente a um setor do CSEGSF, por exemplo, a observação clínica, a pessoa que receber o pedido realiza a mesma conferência realizada na área de dispensação da farmácia e posteriormente também assina e data a nota de fornecimento confirmando o recebimento e a precisão do pedido. Após esse processo, a NF volta a Central de Abastecimento Farmacêutico e é arquivada para fins de controle.

A última etapa do ciclo na farmácia do CSEGSF merece destaque, devido a incorporação de diversas estratégias para a orientação dos usuários quanto ao uso correto dos medicamentos e também por causa da organização peculiar do local de dispensação e da maneira de dispensação.

Algo interessante desse espaço onde é realizada a dispensação é a utilização de uma identificação própria de cor nas gavetas, onde os remédios ficam até o momento da dispensação, para sinalizar o tipo de medicamento a ser guardado. As gavetas que têm uma sinalização na cor vermelha são específicas dos medicamentos voltados para utilização no aparelho cardiovascular, principalmente anti-hipertensivos e de diabetes; na cor azul, são para a guarda de medicamentos antimicrobianos, que são regidos por uma legislação específica, a RDC 20⁷; na cor amarela, são para a guarda de

⁷ RDC 20 é uma resolução que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, que são substâncias que previnem a proliferação de agentes infecciosos ou de microorganismos ou que mata agentes infecciosos para prevenir a disseminação da

medicamentos anticoncepcionais; e, na cor lilás, são específicas dos medicamentos da portaria 344, que incluem os medicamentos de saúde mental e de tratamento para AIDS, que são dispensados de forma diferenciada⁸. Quanto aos demais medicamentos de Atenção Básica, não há uma sinalização de cor, pois a organização desses depende da demanda de medicamentos, do tamanho das gavetas ou do tamanho de suas embalagens.

Outro aspecto que chama atenção é o fato de nessa área de dispensação ter um espaço para atendimento individualizado para orientar o usuário, caso for preciso a este uma orientação mais específica acerca do uso do medicamento. A orientação neste espaço ocorre principalmente para preservar o diagnóstico dos pacientes soropositivos (que têm AIDS), para dispensar insulina para os usuários, que é uma dispensação mais minuciosa e demorada e para preservar o pudor de algumas pessoas que podem sentir constrangimento ao serem orientadas em público acerca do uso de um medicamento, por exemplo, creme vaginal.

Dentre os diversos fatores que se destacam nesse momento de dispensação o que mais se sobressai é a utilização de determinadas estratégias para orientação dos usuários como: a confecção de esquemas e tabelas para sinalizar o dia da tomada do medicamento e a utilização de adesivos nas receitas com sol, lua, prato de comida que indicam a hora da utilização do medicamento. Sobre essas estratégias, a chefe do CSEGSF fala que:

“Elas são absolutamente necessárias, porque a gente lida com uma população que tem um grau de analfabetismo muito elevado, uma vulnerabilidade socioambiental e econômica muito grande. Então a gente tem um quantitativo de pessoas que tem muita dificuldade de leitura, para além da leitura. Não estou falando da leitura da receita do médico não, que essa nem nós conseguimos ler e eu falo de cadeira, porque também sou médica. Mas a compreensão do horário da tomada, mesmo estando escrito, mesmo o paciente sendo alfabetizado, compreendendo o que está escrito, muitas vezes é necessário esse tipo de orientação.” (chefe do CSEGSF)

A chefe da farmácia relata que a equipe de profissionais do setor participou da elaboração da receita com desenhos. Ela disse que na verdade a equipe de farmácia ganhou blocos de adesivos e passou a utilizá-los. Por eles facilitarem muito na orientação ao usuário, foram incluídos no material de consumo do setor. Desde então a

infecção.

⁸ Para esses medicamentos serem entregues aos pacientes é necessário anotar a data de validade e lote do medicamento fornecido e reter uma via da receita.

ENSP compra esse tipo de material, que é utilizado no momento de dispensação.

Além dessas etapas do ciclo, destacam-se na assistência farmacêutica do CSEGSF alguns pontos que mostram estratégias importantes, no que diz respeito a uma maior comunicação entre os farmacêuticos e os demais profissionais de saúde da unidade, além dos profissionais da equipe de Saúde da Família. Comunicação essa que é de suma importância para que se estabeleçam diálogos na unidade que contribuam para a integralidade das ações e dos serviços.

Uma dessas estratégias entre a farmácia e os profissionais dos demais setores da unidade é o compartilhamento de informações acerca da farmácia no sistema de saúde do CSEGSF por meio de pastas compartilhadas. A coordenadora do Centro de Saúde relata:

Eu do meu consultório, no meu computador eu posso acessar informações da farmácia, tem lá a pasta compartilhada que é de uso público para toda e qualquer informação. Enfim, as políticas da farmácia, a grade de medicamentos, saber efetivamente se tem o medicamento, se ele nesse momento existe ou se ela não existe, se ele está em falta ou se há solução continuidade. Então assim esse também é um recurso de comunicação que facilita a vida entre a farmácia e quem prescreve (chefe do CSEGSF).

Além disso, há uma busca pelo estabelecimento de comunicação entre os prescritores e os farmacêuticos. Isso ocorre porque a farmácia recebe os prescritores, quando estes querem perguntar algo, questionar, se informar. Assim como, o técnico de farmácia ou o farmacêutico sai lá da atenção e vai ao consultório para falar com o prescritor, conversar, orientar, aparar algumas falhas na prescrição ou falhas de qualquer outra ordem.

Ainda que haja essa boa comunicação a chefe do serviço de farmácia aspira melhorá-la. Em entrevista ela diz:

A gente acha que a farmácia precisa estar mais presente, junto com a equipe lá fora. Botar a cara pra fora da farmácia. A gente acha que a farmácia precisa fazer mais reuniões com os prescritores, mais reuniões com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) pra explicar o funcionamento e os requisitos da farmácia (de funcionamento da farmácia) e estar mais presente nos grupos mesmo, com os pacientes para poder tirar as dúvidas e orientar os pacientes, como eles devem agir na farmácia e agir em relação, especificamente em relação, ao uso racional do medicamento (chefe da farmácia).

Por fim, algo importante a destacar é como a Assistência Farmacêutica do CSEGSF lida com essa duplicidade de demanda, que consiste no atendimento de usuários que acessam os serviços de saúde tanto pela Atenção Básica tradicional, como pela Saúde da Família. Em entrevista foi informado que, no âmbito da farmácia, não há uma diferenciação quanto a esses usuários. Isso pode ser verificado por meio desses

relatos:

Não há nenhuma diferença entre atender a atenção farmacêutica feita pela estratégia e feita pelo profissional do Centro de Saúde. (chefe do CSEGSF).

A gente não tem uma diferenciação desses pacientes. Conforme eu falei eu acho que é a lógica do sistema que muda um pouco e que tenta fazer, é aproximar a equipe de saúde do paciente. Então dessa forma a diferenciação eu acho que é mais da porta da farmácia pra fora, porque o paciente quando entra tanto vindo pelos médicos da casa quanto vindos da Estratégia de Saúde da Família ele é atendido da mesma forma (chefe da Farmácia).

Eu acho que a Estratégia de Saúde da Família dá um olhar diferente pra o funcionamento da unidade em si. E dessa forma a equipe da farmácia tenta cada vez mais se inserir nas atividades de grupo, nas orientações. Enfim, se aproximar do dia a dia do paciente que é uma coisa que a lógica da Estratégia Saúde da Família traz, mas na organização da farmácia, no trabalho da farmácia, para dentro da farmácia não tem uma diferença muito significativa (chefe da Farmácia).

6 CONCLUSÃO

Considerando o contexto da atenção básica, pode-se dizer que o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da ENSP/Fiocruz configura-se como um caso muito específico de unidade de saúde. O CSEGSF é a primeira unidade de atenção primária do mundo acreditada internacionalmente, tendo a sua missão ligada tanto à promoção e ao cuidado da saúde da população de Manguinhos, quanto ao desenvolvimento de ensino, pesquisa e tecnologia em saúde pública.

Em relação à gestão da unidade, deve-se considerar a sua subordinação à gestão da Fundação Oswaldo Cruz, de nível federal, além da interface com a gestão municipal de saúde que financia atividades e estabelece metas relativas à atenção básica e à estratégia saúde da família no município do Rio de Janeiro.

Mas ainda que, existam condições particulares para o desenvolvimento da assistência farmacêutica no CSEGSF, a sua organização e o seu funcionamento demonstrou guardar forte relação com as orientações e regulamentações direcionadas a essa assistência, como a Política Nacional de Medicamentos, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e os manuais técnicos de assistência farmacêutica na Atenção Básica, de 2001 e de 2006.

A observação local e as entrevistas não indicaram situações de discrepância em relação à assistência farmacêutica na rede municipal de Atenção Básica, exceto aquelas

identificadas no escopo deste estudo. Destaca-se principalmente a possibilidade de ampliação do leque de medicamentos para o atendimento das especialidades médicas do CSEGSF e do CESTEJ, além da complementação ocasional de medicamentos no caso de falha no fornecimento destes pelo município. Também se sobressai nesse contexto o fato de a assistência farmacêutica do CSEGSF contar com uma equipe de farmácia com um maior número de profissionais do que as demais unidades municipais.

Dessa forma, entende-se que as estratégias e formas de organização do trabalho observadas e utilizadas nesta unidade podem ser compreendidas como próximas daquelas utilizadas na atenção primária no município do Rio de Janeiro, porém com algumas condições mais favoráveis em função dos recursos diferenciados de que esta dispõe em função de pertencer à Fiocruz. É importante ressaltar ainda que o CSEGSF conquistou em 2012 a acreditação internacional conferida pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), tornando-se a primeira unidade de atenção primária no mundo a receber essa certificação.

Este certificado atesta a eficiência dos processos adotados pelas unidades de saúde e que estes apresentam padrões de excelência e segurança para os usuários, os profissionais e os visitantes, o que foi evidenciado por esta monografia no que diz respeito à assistência farmacêutica.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, Tatiane de Oliveira Silva; NASCIMENTO, Maria Angela Alves do. Assistência Farmacêutica no Programa Saúde da Família: encontros e desencontros do processo de organização. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, set. 2011, vol. 16, n. 9, p. 3939-3949. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000031>>. Acesso em: 21 jun. 2013.
- ARAUJO, Aílson da Luz André de; PEREIRA, Leonardo Régis Leira; UETA, Julieta Mieko & FREITAS, Osvaldo de. Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, abr. 2008, vol.13, suppl. , p. 611-617. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000700010>> Acesso em: 01 jul. 2013.
- BERMUDEZ, J. A. Z. **Indústria Farmacêutica, Estado e sociedade**. São Paulo: Hucitec; 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.
- BRASIL, 1998. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. **Aprova a Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. **Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para a sua organização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Disponível em: < http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/assistencia-farmacutica/resolucao_n_338_06_05_2004.pdf> Acesso em: 03 jul. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.084, de 26 de outubro de 2005. **Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos**. Diário Oficial da União. Disponível em: < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2084.htm>> Acesso em: 03 jul. 2013.
- BRASIL, 2006a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de atenção básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL, 2006b. 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. Série A. Normas e Manuais Técnicos 2ª ed**, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação de Gestão do SUS. Temático Saúde da Família. **Painel de Indicadores do SUS nº 4**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. 2011a. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. 2011b. Decreto nº 7508/2011, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19/09/1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Brasília, 2011.

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

BRASIL, 2012b. Ministério da Saúde. Portaria nº 978, de 16 de maio de 2012. **Define valores de financiamento do PAB variável para as Equipes de Saúde da Família, Equipes de Saúde Bucal e aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

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)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CARVALHO, Maria Alice Pessanha de; PIVETTA, Fátima. **O território Integrado de Atenção à Saúde em Manguinhos: todos somos aprendizes!** Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2012.

CORBO, Anamaria D' Andrea; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; PONTES, Ana Lúcia de Moura. Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; CORBO, Anamaria D' Andrea (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

ENGSTROM, Elyne; FONSECA, Zilma; LEIMANN, Beatriz (Orgs.). **A experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz-SMSDC, 2012.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. **Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas**. In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; CORBO, Anamaria D' Andrea (Orgs). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FOPPA, Aline Aparecida; BEVILACQUA, Gabriela; PINTO, Luciano Henrique; BLATT, Carine Raquel. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, out. 2008, vol. 44,

n. 4, p. 727-737. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a20.pdf>>. Acesso em 23 jun. 2013.

FRANCO, Túlio; MERHY, Emerson. **PSF: Contradições e novos desafios**. Disponível em: <http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/artigos-17.pdf>. Acesso em: 07 dez. 2013.

GOULART, Flávio A. de Andrade. **Municipalização: veredas caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Abrasco, Conasems, 1996.

MARIN, Nelly; CASTRO, Cláudia G. Serpa Osório de; LUIZA, Vera Lúcia; SANTOS, Silvio Machado dos. **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde, 2003.

MATTOS, Ruben Araújo de. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2002, vol.12, n.1, p. 77-108.

MELLO, Guilherme Arantes; FONTANELLA, Bruno José Barcellos; DEMARZO, Marcelo Marcos Piva. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, 2009, vol. 12, n.2, p. 204-213.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. de Suely D. (Org). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 26ª ed. Petrópolis: Vozes, 1993, p. 61-77.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE-UNICEF. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. Brasil: Unicef, 1979.

PAIM, Jairnilson Silva. **Saúde, Política e Reforma Sanitária**. Salvador: Ceps-ISC, 2002.

Portal ENSP – Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamentos/depto.php?id=27>>. Acesso em: 30 out. 2013.

PROVIN, Mércia Pandolfo; CAMPOS, Andréa de Paula; NIELSON, Sylvia Escher de Oliveira & AMARAL, Rita Goreti. Atenção Farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família. In: **Saúde Soc.**, São Paulo, 2010, vol.19, n.3, p. 717-724.

SILVA JÚNIOR, A. G. & ALVES, C. A. **Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas**. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Orgs). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

VIANA, Ana Luiza D'ávila; DAL POZ, Mario Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. In: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 1998, vol.15 (Suplemento), p. 225-264, 2005.

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário utilizado em entrevista com Rita Sobral, a chefe do setor de Farmácia do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), departamento da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz)

Sobre o entrevistado:

1. Qual a sua formação profissional?
2. Qual a sua função/atribuições na Assistência Farmacêutica no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF)?
3. Há quanto tempo você trabalha no CSEGSF?
4. Há quanto tempo você trabalha na Assistência Farmacêutica no CSEGSF?
5. Antes de trabalhar no CSEGSF, você já havia trabalhado na Assistência Farmacêutica? Onde? Por quanto tempo?
6. Você já trabalhou em outro nível de atenção, além da atenção básica?

Sobre a Assistência Farmacêutica no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria:

1. Você poderia me explicar como é organizado o setor da Assistência Farmacêutica no CSEGSF? E o trabalho?
2. Quantos trabalhadores existem no setor? Qual a formação de cada um? Que funções exercem?
3. Quais foram as mudanças mais importantes que esse setor sofreu? A que se devem essas mudanças?
4. Existem especificidades da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica? Quais?
5. Nós sabemos que no âmbito do CSEGSF há uma unidade de saúde da família. Como a Assistência Farmacêutica no CSEGSF se organiza para dar conta dessa situação? Como isso afeta o trabalho na Assistência Farmacêutica no CSEGSF?
6. Em relação à estratégia saúde da família, há procedimentos ou orientações específicos para a assistência farmacêutica em relação à estratégia saúde da família?
7. A Assistência Farmacêutica no CSEGSF tem alguma diferença que mereça ser destacada em relação aos demais serviços de atenção básica no município do Rio de Janeiro?
8. Quem fornece os medicamentos utilizados na assistência farmacêutica no CSEGSF? Há fontes diferentes? Isso afeta a disponibilização dos medicamentos?

9. Qual é o método utilizado para prever a demanda? É satisfatório?
10. Quais os sistemas de informação utilizados na Assistência Farmacêutica no CSEGSF?
11. Na minha experiência como estagiária no setor, eu notei que existem algumas estratégias para a dispensação dos medicamentos e a orientação do usuário, como o uso de receitas com desenho. Existem outras? Para que servem? Dão bom resultado?
12. O que você acha que precisaria ser melhorado em relação à assistência farmacêutica no CSEGSF? Por quê?

Sobre a Comissão de Farmácia e Terapêutica:

1. Como se organiza a Comissão de Farmácia e Terapêutica? Em que nível (municipal, regional, por unidade?)
2. Como ela é composta?
3. Como ela se relaciona com a Assistência Farmacêutica no CSEGSF? (Por meio de documentos, orientações?)

APÊNDICE B – Questionário utilizado em entrevista com Emília Maria de Andrade Correia, coordenadora do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), departamento da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz)

Sobre o entrevistado:

1. Qual a sua formação profissional?
2. Qual a sua função/atribuições no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF)?
3. Há quanto tempo você trabalha no CSEGSF?
4. Há quanto tempo você coordena a estratégia saúde da família?

Sobre a Assistência Farmacêutica e a Estratégia Saúde da Família no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria:

1. Você poderia me explicar como é organizada a assistência farmacêutica na estratégia saúde da família?
2. Existem especificidades da Assistência Farmacêutica na estratégia saúde da família em relação à Atenção Básica tradicional? Quais?
3. Nós sabemos que no âmbito do CSEGSF convivem a atenção básica tradicional e a estratégia saúde da família. A Assistência Farmacêutica no CSEGSF dá conta dessa dupla situação? Como?
4. A Assistência Farmacêutica no CSEGSF tem alguma diferença que mereça ser destacada em relação aos demais serviços de atenção básica no município do Rio de Janeiro?
5. Na minha experiência como estagiária no setor, eu notei que existem algumas estratégias para a dispensação dos medicamentos e a orientação do usuário, como o uso de receitas com desenho. O que você acha dessas estratégias?
6. As equipes da estratégia saúde da família têm estratégias próprias em relação aos medicamentos? Quais?
7. Há interação entre o setor de Assistência Farmacêutica e as equipes de saúde da família?
8. O que você acha que poderia ser melhorado em relação à assistência farmacêutica no CSEGSF em relação à estratégia saúde da família? Por quê?