



# Análise da Gestão da Assistência Farmacêutica na Região do Vale do Jurumirim – SP

Valmir Perez Junior<sup>1</sup>, Guilherme Arantes de Mello<sup>2\*</sup>

1 – Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Unifesp – São Paulo: Brasil.

2 – Docente Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Unifesp – São Paulo: Brasil.

\* Autor correspondente: gmello@huhsp.org.br

**Resumo:** O estudo tem como objetivo analisar a gestão da assistência farmacêutica na região do Vale do Jurumirim - SP. Foi realizado estudo de casos múltiplos, exploratório e analítico sobre a Assistência Farmacêutica na região, que integra um grande projeto de investigação de cinco regiões de saúde do estado de São Paulo decorrente da chamada “Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde” com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID). O trabalho de campo foi realizado em três municípios e no DRS-VI. Foram entrevistados os coordenadores da Assistência Farmacêutica de cada local. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Nos locais investigados a Assistência Farmacêutica estava formalizada no organograma da Secretaria de Saúde e a coordenação era exercida por farmacêuticas. Apenas o município mais populoso possuía comissão de farmácia e terapêutica. Utilizavam sistema informatizado para suporte à programação de medicamentos. Na etapa de aquisição foram reveladas dificuldades relacionadas a ausência de fornecedores interessados em ofertar os medicamentos e atraso nas entregas. Todas as farmácias possuíam farmacêutico, mas as atividades exercidas eram prioritariamente centradas no medicamento. Apesar da necessidade de aprimoramento de gestão da AF nos municípios, o estudo conclui que a superação dos obstáculos depende de ações de atores nas três esferas de governo e, especialmente considerando os municípios de pequeno porte, que a AF deve ser incluída nas discussões sobre regionalização do SUS. **Palavras-chave:** Assistência Farmacêutica; Sistema Único de Saúde; Regionalização.

**Abstract:** Objective of this study is to analyze the management of pharmaceutical services of Vale do Jurumirim in SP. An exploratory and analytical multiple case study was conducted on Pharmaceutical Services in Vale do Jurumirim region, which integrates a great project of research of 5 health regions of São Paulo state resulting from the “Project to Strengthen State Health Management” with funding from the inter-American development bank. The work was carried out in three municipalities and in DRS-VI. The coordinators of pharmaceutical services were interviewed. The project was approved by the research ethics committee of Santa Casa de Misericórdia de São Paulo with the approval nº 2.020.191. Pharmaceutical services was formalized in the organization chart of the Secretariat of Health and the coordination was performed by pharmacists. Only the most populous municipality had a pharmacy and therapeutics committee. They used a computerized system to support drug programming. In the acquisition stage, difficulties related to the absence of suppliers interested in offering medicines and delayed deliveries were revealed. All pharmacies had pharmacists, but the activities performed were primarily drug-centric. Despite the need to improve Pharmaceutical services management in the municipalities, the study concludes that overcoming obstacles depends on the actions of actors in the three spheres of government and, especially considering the small municipalities, that Pharmaceutical services should be included in the discussions about SUS regionalization. **Keywords:** Pharmaceutical services; Unified Health System; Regional Health Planning.

## INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 torna a saúde um direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário às ações e serviços e é considerada um marco referencial de profundas mudanças na área da saúde no Brasil [1]. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, instituiu o Sistema Único de Saúde, a fim de consolidar este direito de atenção integral à saúde e estabelece que é campo de ação do SUS a assistência terapêutica integral, inclusive a assistência farmacêutica [2].

Em meados da década de 90 deu-se início a um processo de discussão sobre o acesso aos medicamentos entre diversos segmentos. Foram identificados e analisados os principais problemas do setor farmacêutico no país e seguindo os debates e discussões, em 30 de outubro de 1998, a portaria ministerial nº 3.916 instituiu a Política Nacional de Medicamentos (PNM) [3].

A formulação da PNM foi motivada por diversos fatores, entre os quais a garantia do acesso da população aos medicamentos, problemas na qualidade, falhas no uso racional, desarticulação da AF e desorganização dos serviços [4].

Naquele momento, a AF no SUS passou a ter sua organização norteada por uma série de atividades interligadas e dependentes [5]. Estas atividades constituem 'o ciclo da assistência farmacêutica', que é um sistema subdividido em seis diferentes etapas: 'Seleção', 'Programação', 'Aquisição', 'Armazenamento', 'Distribuição' e 'Dispensação' [4].

O processo de descentralização da gestão da saúde, preconizado pelo SUS, impôs aos municípios a responsabilidade direta pela oferta dos serviços de saúde [6]. Além dos desafios comuns à maioria, os municípios de pequeno porte podem enfrentar problemas específicos inerentes a sua característica populacional [7,8].

No Brasil há o predomínio de municípios que possuem população inferior a 50 mil habitantes (88%; n=4905 municípios). Nesses locais residem cerca de 66 milhões de pessoas, o que equivale a aproximadamente 32% da população nacional [9]. No Estado de São Paulo, 508 (77,8%) dos 645 municípios possuem população inferior a 50 mil habitantes.

O presente estudo integra um grande projeto de investigação de cinco regiões de

saúde do estado de São Paulo decorrente da chamada pública "Projeto de Fortalecimento da Gestão Estadual da Saúde" - Seleção de Propostas SDP n. 01/2015 - com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e parte do pressuposto de que a maioria dos municípios brasileiros não apresenta escala suficiente para o domínio de todos os processos envolvidos na AF, de forma que a fragmentação das ações decorrente dessa característica gera ineficiência e custos adicionais, constituindo-se numa real barreira ao acesso equitativo da população aos medicamentos.

Sob esse contexto, o estudo apresenta uma análise gestão da assistência farmacêutica na região do Vale do Jurumirim - SP, envolvendo o estudo de campo de três municípios e do DRS-VI e possui o objetivo de identificar as principais virtudes e dificuldades encontradas na execução de cada etapa do ciclo da assistência farmacêutica.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### *Desenho do estudo*

Foi realizado estudo de caso qualitativo e quantitativo sobre a assistência farmacêutica na região do Vale do Jurumirim. A região foi definida por conveniência, uma vez que é constituída por 17 municípios com predomínio daqueles de pequeno porte, onde o polo possui 89.479 habitantes e todos os demais possuem população inferior a 30 mil

Os critérios da seleção inicial de municípios para estudo de campo e coleta de dados primários incluíam o município polo e aqueles que possuíam maior (exclusivo o polo) e menor número de estabelecimentos de saúde na região. Discussões com o DRS de Bauru e na Oficina de Trabalho com gestores na preparação de campo levou à substituição de um dos municípios por outro, devido à sua maior representatividade populacional e de serviços de saúde.

### *Coleta de dados*

A pesquisa de campo foi realizada entre os dias 12 e 16 de dezembro de 2016. Foram analisados dados resultantes de várias estratégias metodológicas, tendo entrevistas com questionários estruturados e questões abertas com coordenadores da AF dos municípios selecionados e DRS-VI como principais fontes de evidência; além de dados secundários e questões provenientes de outras dimensões do estudo.

O questionário de AF é composto por questões abertas, fechadas e do tipo escala de likert de 5 pontos – frequências (nunca, raramente, as vezes, quase sempre e sempre), qualidade (inexistente, ruim, regular, boa e ótima) e intensidade (muito baixa, baixa, média, alta e muito alta).

#### *Análise dos dados*

Os resultados obtidos a partir de questões fechadas foram tabulados em frequência simples. As respostas obtidas nas questões abertas foram transcritas, submetidas à análise de conteúdo, conforme Bardin [10], e trianguladas entre si e com as demais abordagens. Para manter o sigilo os coordenadores entrevistados foram codificados com a letra 'C' seguida de um numeral (C1,

C2...). A mesma regra foi utilizada para a codificação das instituições (I1, I2...). O código para cada coordenador e instituição não são correspondentes, de forma que o entrevistado C1 não corresponde necessariamente à instituição I1.

#### *Aprovação ética*

O projeto foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo com parecer nº 2.020.191.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### *Perfil de coordenação de AF no Vale do Jurumirim*

O perfil dos coordenadores da AF entrevistados nas localidades estudadas está descrito na tabela 1.

Tabela 1. Perfil dos respondentes de acordo com sexo, formação, tempo na função e tipo de vínculo. Vale do Jurumirim (2016).

<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Formação</b>	<b>Tempo no cargo/função</b>	<b>Vínculo</b>
Feminino	50 anos	Graduação	3 anos	Estatutário
Feminino	34 anos	Graduação	12 anos	Estatutário
Feminino	59 anos	Pós - Graduação	6 anos	Estatutário
Feminino	46 anos	Graduação	20 anos	Estatutário

Revelando um perfil de especificidade do cargo, todas as coordenadoras são farmacêuticas, porém nenhuma possuía formação pós-graduada relacionada à AF ou gestão (uma possuía especialização em área diversa). Alguns estudos apontam essa característica como um dos limites do SUS [11-14].

Por outro lado, durante análise das entrevistas foi possível identificar grande domínio das entrevistadas sobre os temas abordados, indicando capacitação técnica adquirida para a função através da formação em serviço, revelada na elevada média de tempo no cargo, certamente facilitada pela formação específica em farmácia.

#### *Acúmulo de funções e déficit de recursos humanos*

A questão do déficit de pessoal especializado não foi um tema abordado no questionário, porém emergiu espontaneamente nos discursos das coordenadoras. A sobrecarga de trabalho na região foi evidenciada no

acúmulo de funções, com maior impacto nos municípios menos populosos. Estes municípios contavam apenas com uma farmácia do SUS e um farmacêutico, que eram responsáveis por todas as atividades da farmácia, incluindo a dispensação de medicamentos, além de acumular a função de coordenação da AF. Em outros termos, de um lado acumulavam a responsabilidade pela gestão e execução das etapas de seleção, programação, aquisição e armazenamento dos medicamentos; e por outro o atendimento direto ao usuário. Isto também significa tarefas como a elaboração das normativas municipais neste campo e procedimentos necessários para atendimento às determinações judiciais relacionadas com medicamentos.

A sobrecarga de trabalho de profissionais de saúde reflete diretamente na eficiência e qualidade dos serviços prestados [15,16]. Além disto, o excessivo número de tarefas e atribuições leva profissionais a realizarem escolhas pela execução de determinadas atividades em detrimento de

outras [15], a exemplo do relatado por uma das coordenadoras: "...Grupos com os pacientes? É bem raro. Não. O tempo é pouco. Bem que a gente queria, mas infelizmente..." (C1). Ou:

[...] a gente ainda não tem o farmacêutico inserido na sua totalidade, a gente não tem o seguimento farmacoterapêutico, a gente não tem a consulta clínica com o farmacêutico, até pela insuficiência de profissionais. (C2)

Mesmo o município mais populoso sofria com o problema, embora conseguia que o coordenador da AF se restringisse às atividades de gestão. O número de profissionais é insuficiente para a manutenção do pleno funcionamento da AF, conforme relatado: "...farmacêutico entra de férias, de licença, a gente não consegue, às vezes tem que remanejar, as vezes tem que fechar unidade. Falta de profissional mesmo."(C2)

A escassez de profissionais na assistência farmacêutica não é um problema exclusivo da região do Vale do Jurumirim-SP, e a falta de farmacêuticos em quantidade suficiente para execução das tarefas de AF no SUS tem sido descrita como uma constante em todo o país [17-19].

### *Estrutura Organizacional*

Nos municípios estudados, bem como no DRS – VI, a Assistência Farmacêutica estava formalizada no organograma da Secretaria de Saúde como coordenação, departamento ou equivalente, em acordo com as diretrizes para a estruturação de farmácias no SUS [20]. Esse é um primeiro indicador básico de que a coordenação da AF apresentava autonomia para planejar e decidir as ações de forma participativa. A AF só pode ser considerada unidade gestora no momento em que está formalizada no organograma, caso contrário, não disponibilizará de orçamento, respaldo legal e recursos humanos próprios [17,21].

A formalidade da assistência farmacêutica não é uma realidade na maioria dos municípios do país [17,22-24]. Estudo publicado em 2017 investigou a AF em 506 municípios brasileiros e identificou que em 24% deles não está formalizada no organograma da secretaria municipal de saúde [25].

Em alguns municípios onde a AF não é formalizada, esta função costuma ser exercida por farmacêuticos que, por iniciativa própria

assumem esse papel, ainda que de forma oficiosa [17,24]. Em outros, a coordenação realmente não existe e a AF consiste basicamente nos procedimentos logísticos para aquisição e disponibilização do medicamento ao usuário [24]. Existem ainda, municípios onde o farmacêutico não faz parte do quadro funcional da prefeitura, de forma que, tanto a gestão quanto a execução da AF são realizadas por profissionais com formação diversa [22,23].

### *Ciclo da Assistência Farmacêutica* Seleção e Aquisição de medicamentos

As etapas de Seleção e Aquisição de medicamentos no Vale do Jurumirim-SP foram objetos de estudo específico, em que constam os resultados e as discussões na íntegra [26]. O presente documento traz uma síntese dos principais resultados encontrados para essas duas etapas.

A etapa de seleção de medicamentos era realizada na região, na maior parte, pelas coordenadoras da AF, que atribuíram importante influência ao poder judiciário, médicos e Ministério Público. A pressão de atores externos expõe algumas fragilidades na gestão dessa etapa do ciclo e demonstra um potencial de incorporação acrítica de medicamentos e sem a devida evidência científica, fato que pode se tornar um grave problema para o uso racional e para a gestão da AF [21].

Apenas o município de maior população possuía uma CFT formalizada. A dificuldade em dispor de profissionais com formação apropriada constitui uma barreira importante para a formalização da CFT em diversos locais [21,27], especialmente nos municípios com população inferior a 100 mil habitantes [28].

Todas as entrevistadas afirmaram realizar licitação para aquisição de medicamentos, conforme estabelecido na legislação vigente, na modalidade pregão, seja na forma presencial ou eletrônica. Realizavam aquisição através de dispensa de licitação nos casos em que o resultado da licitação era fracassado ou deserto, ou ainda quando existia a necessidade de atendimento a determinações

judiciais, devido ao prazo exíguo para cumprimento delas.

Alguns obstáculos na etapa de aquisição foram apontados pelas entrevistadas como falta de verba, morosidade dos processos e descumprimento dos prazos de entrega por parte das empresas, no entanto, a questão mais alarmante esteve relacionada à falta de interesse dos fornecedores em participar dos procedimentos licitatórios.

Algumas destas questões podem ser solucionadas no âmbito municipal como a alteração dos procedimentos internos para uma maior agilidade dos processos de aquisição. Por outro lado, a solução dos principais problemas não passa pela capacidade de gestão do município. O desinteresse das empresas em fornecer medicamentos para os municípios de pequeno porte e o não cumprimento dos prazos

na entrega, são problemas que dificilmente serão superados por cada um de forma individual.

A aquisição de medicamentos de forma regionalizada foi uma alternativa encontrada por outros municípios do país para execução dessa atividade de forma otimizada e com racionalização dos recursos. A literatura traz relatos de formas exitosas de organização intermunicipal para aquisição de medicamentos [29-33].

#### *Programação*

Na etapa de programação, com exceção de um município, as demais localidades informaram possuir procedimento sistemático para sua execução (Tabela 2).

Tabela 2. Existência de procedimento formal para atividade de planejamento do consumo e distribuição de medicamentos, execução sistemática dos procedimentos e nota sobre o resultado final em escala de 1 (péssimo) a 5 (excelente). Vale do Jurumirim (2016).

	Percentual de respostas positivas	Nota média
Possui procedimento formal para a atividade	100%	---
Executa o procedimento de forma sistemática	75%	---
<b>Resultado final</b>	---	<b>3,75</b>

A região enfrentava dificuldades para programação baseada na série histórica de consumo, uma vez que as farmácias não estavam totalmente informatizadas. Nestes casos, os registros de movimentação dos medicamentos eram realizados de forma manual, aumentando a imprecisão. Outro fator

citado foi o longo período de desabastecimento de alguns medicamentos, em prejuízo da série histórica na região. Situação semelhante foi descrita em estudo realizado no município de João Pessoa- PB [34].

Tabela 3. Ferramentas utilizadas nas atividades de programação de medicamentos e nota sobre a utilidade de cada uma delas em escala de 1 (péssimo) a 5 (excelente). Vale do Jurumirim (2016).

	I1		I2		I3		I4		Média
	Utiliza	Nota	Utiliza	Nota	Utiliza	Nota	Utiliza	Nota	
Sistemas de Informação	Sim	5	Sim	4	Sim	4	Não	--	<b>4,33</b>
Banco de dados	Não	--	Não	--	Não	--	Não	--	--
Planilhas Excel ou Access	Sim	5	Sim	5	Sim	4	Sim	5	<b>4,75</b>
Documentos Word	Sim	5	Não	--	Sim	5	Sim	5	<b>5</b>
Controle Manual	Sim	5	Sim	4	Sim	4	Sim	5	<b>4,5</b>

Em um dos municípios foi relatada a impossibilidade de atender toda a demanda da população, revelando que a programação da AF não se furta a problemas mais graves da gestão municipal.

As localidades estudadas confirmaram a existência de ferramentas específicas (Tabela 3), e utilizavam sistemas de informação contratados nesta etapa, referidos com alto grau de satisfação. Todas realizavam o controle manual e utilizavam planilhas 'Excel' ou 'Access', além do editor de texto 'Word' como subsídio para gestão dessa etapa. Essas ferramentas também foram avaliadas como altamente satisfatórias

Todavia, o uso concomitante dessas ferramentas sinaliza que os sistemas de informação utilizados deixam lacunas que precisam ser preenchidas de forma complementar, o que aumenta a chance de erros.

O controle de estoque realizado de forma manual por algumas farmácias e CAF da região aumenta a chance de comprometer o abastecimento e o acesso da população aos medicamentos [35,36]. Esta situação de disponibilidade de sistema informatizado somente na CAF e controle de estoque manual nas farmácias é recorrente no país [37,38].

A etapa de programação apresentou avaliação satisfatória por parte dos entrevistados, tanto para a execução quanto para as ferramentas utilizadas e resultados

obtidos. No entanto, as entrevistas apontaram algumas situações ainda críticas na região.

A solução dos problemas na programação está ao alcance dos entes municipais. É importante que os gestores públicos reconheçam que o aprimoramento dessa etapa requer investimentos, mas que proporcionaria melhorias substanciais na regularidade do suprimento de medicamentos [39].

#### *Armazenamento*

A estrutura física das centrais de abastecimento farmacêutico da região foi relatada como adequada para a maior parte dos critérios investigados (tabela 4).

De forma diversa ao que ocorre nas etapas de seleção e aquisição, a etapa de armazenamento é executada com mais facilidade nos municípios de menor porte, dado que a área física de uma CAF e o número de equipamentos que esta deve possuir devem ser proporcionais ao volume de medicamentos a ser armazenado [39].

Dificuldades na etapa de armazenamento foram encontradas em outras localidades do país. Semelhante ao encontrado no Vale do Jurumirim, os principais problemas descritos na literatura tratam de falta de espaço físico, número insuficiente de equipamentos, ventilação inadequada e ausência de controle da temperatura [40,41].

Tabela 4. Aspectos relacionados a estrutura da Central de Abastecimento Farmacêutico em cada localidade investigada e proporção de locais que atendem aos critérios. Vale do Jurumirim (2016).

<b>Aspectos analisados</b>	<b>Percentual de respostas positivas</b>
Atende a necessidade de fluxo	75%
Possui espaço condizente para recebimento, armazenamento e expedição de medicamentos	75%
Há guarda específica de medicamentos de controle especial	100%
Medicamentos termolábeis possuem armazenamento específico	100%
O ambiente possui boa ventilação	50%
Possui uma única porta predial de entrada e saída por medida de segurança	100%
Há equipamentos em número suficiente para a quantidade de medicamentos armazenados	50%
Há controle e registro de temperatura	100%
Há espaço físico reservado para quarentena dos medicamentos	100%

Na região, todas as atividades envolvidas desde o processo de recebimento dos medicamentos, até a remessa para a unidade de dispensação eram formalizadas em documento

específico e executadas sistematicamente. Uma das entrevistadas não soube responder a essa questão (Tabela 5).

Tabela 5. Percentual de localidades com existência de procedimento formal para as atividades de recebimento, armazenagem, gestão e controle de estoque; e execução sistemática dos procedimentos. Vale do Jurumirim (2016).

<b>Localidade</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não sabe</b>
Possui procedimento formal para a atividade	75%	0%	25%
Executa o procedimento de forma sistemática	75%	0%	25%

As entrevistadas relataram que existem procedimentos formais sob a forma de Procedimento Operacional Padrão (POP), que são executados pelos responsáveis de cada setor e supervisionados pela coordenação de assistência farmacêutica. Afirmaram ainda que, no ato do recebimento, os materiais são conferidos, cadastrados no sistema de informação e armazenados no almoxarifado.

Neste quesito os resultados encontrados no Vale do Jurumirim são mais satisfatórios do que alguns disponíveis na literatura. Alguns autores apontam para a informalidade dos procedimentos para recebimento e armazenamento de medicamentos nas CAFs [41,42].

Embora tenham sido poucos os problemas estruturais, estes não devem ser ignorados, uma vez que podem afetar diretamente a garantia das condições adequadas de conservação e prejudicar a estabilidade e as características dos produtos em estoque [39].

A completa adequação da etapa de armazenamento na região, apesar de exigir recursos financeiros para ajustes do imóvel e aquisição de equipamentos, constitui um desafio menos complexo, uma vez que não depende de atores externos, não exige articulações interfederativas ou elaboração de políticas específicas para essa finalidade.

### *Distribuição*

A distribuição é a etapa da assistência farmacêutica responsável pelo suprimento de medicamentos às unidades de saúde, em quantidade, qualidade e tempo oportuno e não deve ser confundida com a dispensação de medicamentos [43].

Em dois dos municípios estudados essa etapa do ciclo não era realizada, uma vez que possuíam apenas uma farmácia para dispensação dos medicamentos da rede pública, de forma que a CAF e a farmácia estavam localizadas no mesmo imóvel.

A etapa de distribuição apresentou perfil completamente distinto na região quando analisados os municípios e o DRS-VI. No único município pesquisado em que a distribuição era realizada, todos os aspectos relacionados aos procedimentos e aos veículos utilizados eram adequados, enquanto que para o DRS-VI todos foram considerados inadequados (Tabela 6).

A etapa da distribuição dos medicamentos das CAFs para as farmácias tende a ser mais simples, ou até mesmo, inexistir em municípios de menor porte, uma vez que, ao menos em tese, esses têm a necessidade de um número menor de farmácias.

Tabela 6. Percentual de respostas sobre aspectos relacionados a distribuição de medicamentos. Vale do Jurumirim (2016).

<b>Aspectos analisados</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não se aplica</b>
Existem POPs formalizados para execução das tarefas.	25%	25%	50%
Os procedimentos formais ou informais são cumpridos.	25%	25%	50%
Os veículos utilizados são adequados.	25%	25%	50%
Os veículos recebem manutenção periódica.	25%	25%	50%

Para a distribuição o DRS apresentou maior dificuldade que os municípios em decorrência da característica desta etapa para o ente estadual, que contempla um maior volume de medicamentos transportados e por maiores distâncias que os municípios. No entanto, tais características não justificam a ausência de procedimentos formais para as atividades, tampouco a falta de manutenção dos veículos utilizados.

Um sistema de distribuição ineficiente pode ocasionar lapsos no abastecimento dos estoques nas unidades de dispensação, enquanto o transporte inadequado dos medicamentos pode trazer risco à sua estabilidade e integridade [39].

Assim como para os problemas citados na etapa de armazenamento, a solução para as incorreções na distribuição passa por atitudes a serem estabelecidas dentro da esfera de governo em que esta atividade ocorre, a partir de investimentos em infraestrutura e veículos, além da normatização de procedimentos a serem realizados na execução das tarefas concernentes a esta etapa.

#### *Dispensação*

Todas as farmácias, nas localidades estudadas possuíam farmacêutico. Dois municípios investigados possuíam apenas uma farmácia e o farmacêutico coordenador da AF era também o responsável pelas atividades de dispensação, se não de forma direta, na supervisão de outros funcionários. O município de maior população possuía farmacêutico responsável nas seis farmácias.

A presença do farmacêutico em todas as farmácias é uma virtude da AF na região,

estudo de abrangência nacional encontrou que apenas 16,6% dos profissionais responsáveis pela dispensação de medicamentos é farmacêutico [44].

A literatura é repleta de exemplos de localidades onde as farmácias não possuem farmacêuticos e a dispensação é realizada por outros profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros [45], ou, com maior frequência, por profissionais com formação até o ensino médio [5,17,18,46,47].

Uma das entrevistadas considerou que o farmacêutico realizava atividades administrativas para o suprimento de medicamentos em detrimento das atividades clínicas, conforme depoimento transcrito abaixo:

“Agora o que a gente observa é que o município ainda tá na fase do farmacêutico focado na parte logística, na parte de suprimento do medicamento, a gente ainda não tem o farmacêutico inserido na sua totalidade, a gente não tem o seguimento farmacoterapêutico, a gente não tem a consulta clínica com o farmacêutico, até pela insuficiência de profissionais” (C2).

Corroborando com o depoimento, a atuação do farmacêutico na atenção básica foi investigada através do questionamento da execução de 12 atividades, sendo 4 delas relacionadas a funções centradas no medicamento e 8 centradas no paciente, os resultados estão demonstrados nas tabelas 7 e 8. Cabe ponderar que as respostas refletem a concepção do entrevistado e não foram confirmadas por outros meios.

Tabela 7. Atividades centradas no medicamento realizadas pelos farmacêuticos na Atenção Básica. Vale do Jurumirim (2016).

<b>Atividade</b>	<b>Percentual de respostas positivas</b>
Promove educação permanente aos profissionais de saúde	100%
Produz documentos técnicos e disponibilizam informações que possibilitem o acompanhamento e ações dos profissionais da UBS	100%
Avalia e planeja a disponibilidade de medicamentos de acordo com o quadro epidemiológico, suficiência, qualidade apropriada, regularidade e uso correto do medicamento	100%
Garante o acesso dos usuários aos medicamentos	100%

Tabela 8. Atividades centradas no paciente realizadas pelos farmacêuticos na Atenção Básica. Vale do Jurumirim (2016).

<b>Atividade</b>	<b>Percentual de respostas positivas</b>
Identifica problemas de adesão ao tratamento	66,7%
Identifica ausência de tratamento necessário	33,3%
Identifica efetividade terapêutica	66,7%
Identifica e orienta intoxicações medicamentosas	100%
Identifica e orienta reações adversas	66,7%
Identifica e orienta profissionais e usuários sobre complicações pelo uso de medicamentos	100%
Promove o uso racional de medicamentos	100%
Participa de grupo de orientações sobre medicamentos	66,7%

Todas as atividades listadas, centradas no medicamento, eram executadas pelos farmacêuticos em todos os municípios estudados. Por outro lado, nem todos os municípios executavam 5 das 8 atividades centradas no paciente.

A AF voltada para aspectos logísticos e administrativos e ações voltadas ao medicamento em detrimento das demais é situação comum no país e está bem descrita na literatura [17,46,48].

A entrevistada C2 identificou esta situação como um ponto a ser melhorado na AF do município. Por outro lado, o depoimento da representante C1 demonstra um certo perfil de restrição das atividades farmacêuticas aos atos administrativos, uma vez que, ao ser questionada sobre a existência de clínica farmacêutica, a mesma respondeu da seguinte forma: “Nem queira inventar né, aí não vão mais querer passar no médico”

Este relato, além de demonstrar uma concepção de AF fortemente centrada no medicamento, traz à tona uma certa confusão sobre o espaço de atuação do farmacêutico dentro da equipe de saúde. Com esta fala, fica claro que a entrevistada não identifica o farmacêutico como um profissional com conhecimentos e qualidades técnicas complementares aos profissionais de saúde para a efetivação do cuidado do usuário, mas considera a atuação junto aos pacientes como concorrente aos demais.

Na região é possível observar um distanciamento da assistência farmacêutica das demais ações de saúde, o que evidencia uma cultura institucionalizada do farmacêutico como profissional responsável pela provisão de medicamentos. Não há a completa

compreensão da AF como parte indissociável do SUS e do farmacêutico como profissional que possa agregar valor ao cuidado.

A atuação do farmacêutico junto ao paciente na promoção do uso racional de medicamentos traz uma série de benefícios nos resultados clínicos, econômicos e, conseqüentemente, na qualidade de vida [49]. Diversos estudos nacionais e internacionais demonstraram a importância da atuação do farmacêutico como parte integrante da equipe multidisciplinar de saúde [49-53].

A adequação da etapa de dispensação de medicamentos na região depende de uma mudança na percepção sobre as possibilidades de atuação do farmacêutico, não apenas por parte do gestor municipal, como também dos profissionais de saúde, inclusive dos próprios farmacêuticos. Além disso, para que possa executar ações relacionadas à prática clínica, se faz necessária a ampliação do quadro funcional da assistência farmacêutica, uma vez que na atual conjuntura, é inviável que um único indivíduo acumule todas as responsabilidades inerentes à AF.

## CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar de forma consistente as virtudes e dificuldades enfrentadas pela região do Vale do Jurumirim na gestão da AF e demonstrou que parte deles não podem ser imputados apenas ao preparo dos municípios, pois, em análise mais profunda, revelam-se principalmente em consequência do pequeno porte populacional, especialmente aqueles relacionados às etapas de seleção e aquisição de medicamentos, associados ao número restrito de profissionais de saúde disponíveis e eminentemente à escala

de aquisição insuficiente para a maioria deles. Apesar da necessidade de aprimoramento de gestão da AF nos municípios, o estudo conclui que a superação dos obstáculos depende de ações de atores nas três esferas de governo e, especialmente considerando os municípios de pequeno porte, a AF deve ser incluída nas discussões sobre regionalização do SUS.

## REFERÊNCIAS

- 1 - Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 1988. Artigo 196. Brasília: Senado Federal. 1988.
- 2 - Brasil. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 set 1990.
- 3 - Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos. Brasília. 2001. 40p.
- 4 - Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções técnicas para a sua organização. Brasília. 2001. 116 p.
- 5 - Alencar TO, Nascimento MS. Assistência farmacêutica no programa saúde da família: encontros e desencontros do processo de organização. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(9): 3939-49.
- 6 - Pasqueti CV, Junges F. O Desenvolvimento da Assistência Farmacêutica no Brasil: evolução da legislação e o seu contexto histórico. Universidade de Brasília – UnB, 2013.
- 7 - Silva Junior DB. Assistência Farmacêutica em um município do estado de São Paulo: diagnósticos e perspectiva [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2006.
- 8 - Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Assistência Farmacêutica no SUS: 20 anos de políticas e propostas para desenvolvimento e qualificação: relatório com análise e recomendações de gestores, especialistas e representantes da sociedade civil organizada. Brasília. 2018. 125p.
- 9 - Brasil, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativa Populacional; [cited 2018 Jun 18]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>
- 10 - Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
- 11 - Ceccim BR, Feuerwerker LC. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*. 2004; 20(5): 1400-10.
- 12 - Ceccim BR, Feuerwerker LC. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*. 2004; 14(1): 41-65.
- 13 - Saturnino LT, Luz RP, Perini E, Modena CM. O internato rural na formação do profissional farmacêutico para atuação no sistema único de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(4): 2303-10.
- 14 - Sousa IF, Bastos PR, Bogo D. Diretrizes curriculares nacionais: desafio na formação dos farmacêuticos para atuação no Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. 2013; 15(1):129-34.
- 15 - Lautert L. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. *R gaúcha enferm*. 1999; 20(2): 50-64.
- 16 - Pires DE, Machado RR, Soratto J, Scherer MA, Gonçalves ASR, Trindade LL. Cargas de trabalho da enfermagem na saúde da família: implicações no acesso universal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2016 [cited 2018 Mar 16];24:e2677. [Access 19/03/2018]; Available from: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt\\_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/pt_0104-1169-rlae-0992-2682.pdf).

- 17 - Barreto JL, Guimarães MC. Avaliação da gestão descentralizada da assistência farmacêutica básica em municípios baianos, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26(6): 1207-1220.
- 18 - Oliveira LC, Assis MM, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010; 15(3):3561-7.
- 19 - Alencar BR. Processo de trabalho no programa saúde da família: um enfoque na assistência farmacêutica [dissertação]. Feira de Santana: Universidade Estadual de Feira de Santana; 2013.
- 20 – Brasil, Ministério da Saúde . Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 44p.
- 21 - Magarino-Torres R, Esther A, Caetano R, Pepe VL, Osorio-de-Castro CG et al. Adesão às listas de medicamentos essenciais por médicos brasileiros em atuação no Sistema Únicos de Saúde. *Rev Bras Educ Médica*. 2014; 38(3): 323-30.
- 22 - Naves JO, Silva LD. Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(2): 223-30.
- 23 - Bernardi CL, Bieberbach EW, Thomé HI. Avaliação da assistência farmacêutica básica nos municípios de abrangência da 17ª coordenadoria regional de saúde do Rio Grande do Sul. *Saúde e Sociedade*. 2006; 15(1): 73-83.
- 24 - Mendes SJ. Capacidade de gestão municipal da assistência farmacêutica: avaliação no contexto catarinense. [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
- 25 - Gerlack LF, Karnikowski MG, Areda CA, Galato D, Oliveira AG, Alvares J, et al. Gestão da Assistência Farmacêutica na Atenção Primária no Brasil. *Rev Saude Publica* [internet]. 2017 [cited 2018 Mar 15]; 51 (Supl 2):15s. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_artt\\_ext&pid=S0034-89102017000300304&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&pid=S0034-89102017000300304&lng=en).
- 26 – Perez Junior V, Mello GA. Análise da gestão das etapas de seleção e aquisição de medicamentos na região do Vale do Jurumirim – SP. In: Ibañez N, Iozzi FL, Uchimura LY, Viana AL. Gestão regional e redes: estratégias para a saúde em São Paulo. São Paulo: Hucitec. No prelo.
- 27 - Assunção IA, Santos K, Blatt CR. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais: semelhanças e diferenças. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2013; 34(3): 431-439.
- 28 - Dal Pizzol TS, Trevisol DJ, Heineck I, Flores LM, Camargo AL, Köenig A, et al. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 4(26):827-836.
- 29 - Ferraes AM, Cardoni Junior L. Consórcio de Medicamentos no Paraná: análise de cobertura e custos. *RAP*. 2007; 41(3): 475-86.
- 30 - Amaral SM, Blatt CR. Consórcio intermunicipal para aquisição de medicamentos: impacto no desabastecimento e no custo. *Rev Saúde Pública*. 2011; 45(4):799-801.
- 31 - Wolfarth L. Central de compras do consórcio intermunicipal de saúde do Vale do Rio Taquari – CONSISA VRT: uma análise de cobertura e custos [monografia]. Picada Café (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2015.
- 32 - Fadini LB, Pereira FR. Sistema estadual de registro de preços (Serp): compra eficiente de medicamentos para a atenção primária. Experiências exitosas de farmacêuticos no SUS. 2016; 4(4): 32-9.
- 33 - Sousa Filho HC, Alcântara RG, Oliveira P, Souza Júnior NC, Pedras DS, Oliveira ER, et al. Regionalização da Assistência Farmacêutica: uma estratégia para garantia de abastecimento de medicamentos. *J Assist Farmac Farmacocon*. 2016; 1(2): 17-23.

- 34 - Bruns SF. Política de assistência farmacêutica no município de João Pessoa – PB: contexto, desafios e perspectivas [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2013.
- 35 - Silva Junior EB, Nunes LM. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE). *Arq. Bras. Ciênc. Da Saúde*. 2012; 37(2): 65-9.
- 36 - Coradi AE. A importância do farmacêutico no ciclo da assistência farmacêutica. *Arq. Bras. Ciênc. da Saúde*. 2012; 37(2): 62-64.
- 37 - Marcondes NS. Assistência farmacêutica básica e o uso de medicamentos na zona urbana do município de Ponta Grossa, Paraná: Estudo de caso [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2002.
- 38 - Freitas JM, Nobre AC. Avaliação da assistência farmacêutica no município de Mombaça – CE. *R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*. 2011; 2(1): 15-20.
- 39 - Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CG Machado-dos-Santos S. (Org.). Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: Opas/OMS; 2003. 373 p.
- 40 - Volpato DC, Padiá RB. Avaliação da Assistência Farmacêutica em municípios de uma Regional de Saúde do Paraná. *Rev Saúde e Pesq*. 2014; 7(2): 221-32.
- 41 - Oliveira LC, Assis MM, Barboni AR. Avaliação da Assistência Farmacêutica Básica em um município da Bahia, Brasil. *Rev B S Pública*. 2010; 34(4): 853-64.
- 42 - Velozo CC. Armazenagem e movimentação de medicamentos no município de Apiaí (SP) [monografia]. Curitiba (PR): Universidade Federal Tecnológica do Paraná; 2011.
- 43 – Brasil, Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: Instruções técnicas para sua organização. 2ª ed. Brasília. 2006. 90 p.
- 44 - Karnikowski MGO, Galato D, Meiners MM, Silva EV, Gerlack LF, Bós AJ, et al. Caracterização da seleção de medicamentos para a Atenção Primária no Brasil: dados da PNAUM. *Rev Saude Publica* [internet]. 2017 [cited 2018 Mar 15]; 51 (Supl 2): 9s. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000300305&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300305&lng=en).
- 45 - Canabarro IM, Hahn S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2009; 18(4): 345 – 55.
- 46 - Araujo AL, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Rev Bras Ciências Farmacêuticas*. 2006; 42(1): 137-46.
- 47 - Souza LS, Porto JG, Lyra Junior DP. Avaliação da estrutura e dos processos de organização e gestão da assistência farmacêutica em município do estado do Sergipe. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2011; 32(3): 403-10.
- 48 - Costa EA, Araújo PS, Penaforte TR, Barreto JL, Guerra Junior AA, Acurcio FA, et al. Concepções de assistência farmacêutica na atenção primária à saúde, Brasil. *Rev Saúde Pública* [internet]. 2017 [cited 2018 Mar 15]; 51 (Supl 2):5s. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102017000300308&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000300308&lng=pt).
- 49 - Provin MP, Campos AP, Nelson SE, Amaral RG. Atenção farmacêutica em Goiânia: inserção do farmacêutico na estratégia de saúde da família. *Saúde Soc*. 2010; 19(3): 717-23.
- 50 - Chisholm-Burns MA, Lee JK, Spivey CA, Slack M, Herrier RN, Hall-Lipsy et al. US Pharmacists as team members on patient care: systematic review and meta-analyses. *Medical Care*. 2010; 45(10): 923-33.

51 - Ferracini FT, Almeida SM, Locatelli J, Petriccione S, Haga CS. Implantação e evolução da farmácia clínica no uso racional de medicamentos em hospital terciário de grande porte. *Einstein*. 2011; 9(4):456-60.

52 - Reis WC, Scopel CT, Correr CJ, Andrzejewski VM. Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário do Brasil. *Einstein*. 2013, 11(2):190-6.

53 - Alfayez OM, Yami MS, Fazel MT. The impact of pharmacists providing direct patient care as members of a interprofessional teams on diabetes management. *Saudi Pharmaceutical Journal*. 2017; 25: 1019-21.