

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA

WENDERSON HENRIQUE ROCHA

**FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR A DISPONIBILIDADE
DOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)**

Belo Horizonte

2019

WENDERSON HENRIQUE ROCHA

FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR A DISPONIBILIDADE
DOS MEDICAMENTOS ESSENCIAIS NA
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

Área de concentração: Assistência Farmacêutica.

Orientadora: Profa. Dra. Alessandra Maciel Almeida

Coorientadora: Profa. Dra. Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento

Belo Horizonte

2019

R672f Rocha, Wenderson Henrique.
Fatores que podem influenciar a disponibilidade dos medicamentos essenciais na Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) / Wenderson Henrique Rocha. – 2019.
82 f. : il.

Orientadora: Alessandra Maciel Almeida.
Coorientadora: Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Medicamentos e Assistência Farmacêutica.

1. Medicamentos essenciais – Teses. 2. Medicamentos – Utilização – Teses. 3. Assistência farmacêutica – Teses. 4. Cuidados primários de saúde – Teses. 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) – Teses. 6. Atenção primária à saúde. I. Almeida, Alessandra Maciel. II. Nascimento, Renata Cristina Rezende Macedo do. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Farmácia. IV. Título.

CDD: 362.10981



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICAMENTOS E ASSISTENCIA
FARMACEUTICA

UFMG

FOLHA DE APROVAÇÃO

**FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR A DISPONIBILIDADE DOS
MEDICAMENTOS ESSENCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).**

WENDERSON HENRIQUE ROCHA

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em MEDICAMENTOS E ASSISTENCIA FARMACEUTICA, como requisito para obtenção do grau de Mestre em MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, área de concentração MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.

Aprovada em 09 de julho de 2019, pela banca constituída pelos membros:

Prof. Alessandra Maciel Almeida - Orientadora
FCMMG

Prof. Renata Cristina Rezende Macedo do Nascimento - Coorientadora
UFOP

Prof. Nancy Scardua Binda
UFOP

Prof. Adriano Max Moreira Reis
UFMG

Belo Horizonte, 9 de julho de 2019.

RESUMO

Introdução: A maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e isto pode ser determinante para a obtenção dos resultados terapêuticos. A garantia de acesso aos medicamentos é particularmente importante no âmbito da Atenção Primária à Saúde e a disponibilidade física destes insumos é relevante e desafiadora para o acesso, principalmente quando se consideram sistemas universais com financiamento público. **Objetivo:** Verificar a influência da estrutura organizacional e das atividades técnico-gerenciais na disponibilidade de medicamentos essenciais traçadores em serviços da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Métodos:** Estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, integrante da Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015. Para a análise de disponibilidade física dos medicamentos essenciais, foram verificados 50 itens selecionados da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2012, conforme parâmetros estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas com os responsáveis pela dispensação de medicamentos e de roteiros de observação na amostra de farmácias dos serviços da atenção primária. O índice de disponibilidade foi apresentado como o percentual de unidades de dispensação, em que os medicamentos essenciais padronizados nos municípios estavam disponíveis naquele momento. As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências absolutas e relativas, e os índices de disponibilidade como média e intervalos de confiança de 95%. Para a comparação de grupos utilizou-se modelo linear para amostras complexas. **Resultados:** Foram realizadas 1.139 entrevistas com responsáveis pela dispensação de medicamentos e preenchidos roteiros de observação em 1.175 unidades de dispensação. A disponibilidade média de medicamentos traçadores padronizados, em âmbito nacional, foi de 83,3%, e as médias foram superiores a 80% nos três estratos de municípios (capitais, municípios de maior e menor porte). Dentre os grupos terapêuticos avaliados, as mais baixas disponibilidades médias foram na classe dos tuberculostáticos (24,1%), seguido pelos psicotrópicos/controle especial (30,3%). A disponibilidade média nacional para os medicamentos de compra centralizada foi de 73,3%, sendo que, dentre os estratos de municípios, a única média abaixo de 80% foi a dos municípios de menor porte (72,1%). De modo geral, ter farmacêutico responsável pela unidade de dispensação, haver sistema informatizado para registro de atividades da assistência farmacêutica e realizar inventário bimestralmente ou com menor frequência associaram-se à maior disponibilidade média em todos os grupos de medicamentos avaliados. **Conclusão:** O estudo apontou que a maioria dos municípios dispõe de Remume, mas que isto isoladamente não foi suficiente para garantir a disponibilidade média acima de 80% em todos os quesitos avaliados. A disponibilidade média dos medicamentos essenciais foi influenciada positivamente pela presença de farmacêutico responsável e pela existência de sistema informatizado na unidade dispensadora, e negativamente, foi associada à aquisição centralizada e influenciada pela logística de distribuição aos municípios de menor porte. A baixa disponibilidade média dos medicamentos psicotrópicos/controle especial e tuberculostáticos evidencia a necessidade de melhorias na assistência farmacêutica pública e de estudos que possibilitem avaliar o impacto desta em duas áreas importantes da Atenção Primária à Saúde: a saúde mental e as doenças infectocontagiosas de notificação compulsória.

Palavras-chave: Disponibilidade. Acesso a medicamentos essenciais e tecnologias de saúde. Assistência farmacêutica. Atenção primária à saúde. Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: Most health interventions involve the use of medications and this could be determinant for obtaining therapeutic results. Ensuring access to medicines is particularly important in Primary Health Care and their physical availability is relevant and challenging for access, especially when considering universal systems and public funding. **Objective:** To verify the influence of organizational structure and technical-managerial activities on the availability of essential tracer medicines in pharmaceutical services in the primary care of the Unified Health System. **Methods:** A cross-sectional, exploratory, evaluative study, part of the Pesquisa Nacional Sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos - Serviços, 2015 (PNAUM - National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines - Services, 2015). For the analysis of availability of essential medicines, 50 items selected from the Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename - National List of Essential Medicines) were verified, according to parameters established by the World Health Organization. The data were obtained throughout interviews with those responsible for dispensing medications and observation scripts in the pharmacy sample of the primary health care services. The availability rate was presented as the percentage of dispensing units, where essential medicines standardized in the municipalities were available. The categorical variables were presented as absolute and relative frequencies, and the availability rates as mean and 95% confidence intervals. The comparison of groups was carried out by linear model for complex samples. **Results:** There were conducted 1,139 interviews with medicine dispensers and observation scripts were completed at 1,175 dispensing units. The average availability of standardized essential medicines in Brazil was 83.3%, and the averages were higher than 80% in the three groups of municipalities (capitals, major and minor municipalities). Among the therapeutic groups evaluated, the lowest average availabilities were in the tuberculostatic class (24.1%), followed by psychotropic / special control medicines (30.3%). The national average availability of essential medicines purchased centrally by the Brazilian Ministry of Health was 73.3%. Among the municipalities' strata, the only mean below 80% was for the smaller municipalities (72.1%). As a whole, having a pharmacist responsible for the medicine dispensing unit, having a computerized system for recording pharmaceutical care activities, and conducting inventories bimonthly or less frequently were associated with higher average availability in all groups of medicines evaluated. **Conclusion:** The study pointed out that most municipalities have the Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (Remume - Municipal Relation of Essential Medicines), but it was not enough to guarantee the average availability above 80% in all the evaluated aspects. The availability of essential medicines was positively influenced by the presence of the pharmacist as responsible for the dispensing unit and by the computerized system deployed, and negatively associated with essential medicines purchased centrally by the federal government and influenced by logistics of distribution to smaller municipalities. The low average availability of psychotropic/special control and tuberculostatics medicines evidences the need for improvements in public pharmaceutical assistance and studies that could evaluate its impact in two important areas of the Primary Health Care: mental health and infectious diseases of compulsory notification.

Keywords: Availability. Access to essential medicines and health technologies. Pharmaceutical services. Primary health care. Unified Health System.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Representação esquemática da meta de disponibilidade de medicamentos essenciais.....	19
Figura 2: Esquema de amostragem da PNAUM – Serviços, Brasil, 2015.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Amostra planejada segundo estratos. PNAUM, 2015.....	30
Tabela 2: Medicamentos traçadores agrupados conforme classe terapêutica. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.....	32
Tabela 3: Características das unidades de dispensação de medicamentos e dos profissionais responsáveis pela dispensação dos medicamentos. PNAUM – Serviços, 2015.....	35
Tabela 4: Disponibilidade média de medicamentos essenciais, segundo classe terapêutica e forma de aquisição, no Brasil e por grupo de municípios. PNAUM – Serviços, 2015.....	37
Tabela 5: Disponibilidade média de medicamentos essenciais, por classe terapêutica, segundo características. PNAUM - Serviços, 2015	39
Tabela 6: Disponibilidade média geral de medicamentos essenciais segundo características. PNAUM - Serviços, 2015.....	40
Tabela 7: Disponibilidade média de medicamentos essenciais sujeitos a controle especial e termolábeis, segundo características do local de armazenamento. PNAUM – Serviços, 2015.....	40

LISTA DE ABREVIATURAS

AF – Assistência Farmacêutica
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS – Atenção Primária à Saúde
AMS – Assembleia Mundial da Saúde
ATC – Anatomical Therapeutic Chemical
CBAF – Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CBAF - Componente
Ceme – Central de Medicamentos
CFF – Conselho Federal de Farmácia
CFT – Comissão de Farmácia e Terapêutica
CGU – Controladoria Geral da União
CIT – Comissão Intergestores Tripartide
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNMAF – Conselho Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica
CONEP – Comitê Nacional de Ética em Pesquisa
Conitec – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DAF – Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos
DCNT – Doenças crônicas não transmissíveis
DIU – Dispositivo Intrauterino
ESF – Estratégia Saúde da Família
eSF – Equipe(s) de Saúde da Família
FTN – Formulário Terapêutico Nacional
GM – Gabinete do Ministro
IC – Intervalo de Confiança
MS – Ministério da Saúde
Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB – Norma Operacional Básica
NPH – Neutral Protamine Hagedorn
OMS – Organização Mundial da Saúde
PCDTs - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PNAF – Política Nacional de Assistência Farmacêutica

PNAUM – Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil

PNM – Política Nacional de Medicamentos

Remume – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SCTIE – Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos

SNTP – Saúde não tem preço

SVS – Secretaria de Vigilância Sanitária

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UD – Unidade de Dispensação

UBS – Unidade(s) Básica(s) de Saúde

URM – Uso racional de medicamentos

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS	11
1.1 A Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde	11
1.2 A Assistência Farmacêutica na Atenção Primária à Saúde	15
1.3 Acesso aos medicamentos	17
1.4 Processo da Assistência Farmacêutica: ações técnico-gerenciais e técnico-assistenciais	20
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivo geral	27
2.2 Objetivos específicos	27
3 MÉTODOS	28
3.1 Delineamento do estudo	28
3.1.1 Plano de amostragem de serviços da PNAUM	28
3.1.2 Instrumento e coleta de dados	30
3.2 Variáveis da pesquisa	33
3.2.1 Variável resposta	33
3.2.2 Variáveis explicativas	33
3.3 Análise estatística	34
3.4 Aspectos éticos	34
4 RESULTADOS	35
5 DISCUSSÃO	41
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXO I	61
ANEXO II	68
ANEXO III	74
ANEXO IV	82

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1.1 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Durante muitos anos, as ações de assistência farmacêutica (AF) no sistema público de saúde no Brasil confundiram-se com as ações da Central de Medicamentos (Ceme). A Ceme foi criada em 1971, e surge da preocupação do Estado com relação ao acesso aos medicamentos pelos estratos da população de baixa renda, a fim de promover e organizar as atividades de AF direcionadas a esta população, identificar os indicadores de saúde por região e faixa etária, levantar a capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos oficiais e nacionais, e coordenar os mecanismos de distribuição e venda de medicamentos em todo o território nacional (OLIVEIRA, SILVA, BARBONI, 2010). Os serviços farmacêuticos do setor público eram praticamente sinônimos de distribuição de medicamentos. Os municípios tinham um papel muito limitado, que era de distribuir os medicamentos adquiridos pelo governo federal de forma centralizada, sem considerar as particularidades de cada parte do país (MENOLLI, IVAMA, CORDONI, 2009).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) a saúde passa a ser considerada um direito a ser garantido mediante políticas que visem à redução do risco de doenças e agravos. Com isso, as ações e serviços de saúde devem ser prestados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (Lei 8.080/90), de caráter universal e igualitário, garantindo acesso à promoção, proteção e recuperação da saúde da população, e estabelecendo o direito de todos os cidadãos à assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

A partir de meados da década de 90, o Ministério da Saúde (MS) inicia a construção de uma nova política de medicamentos, que se baseia em quatro eixos principais: descentralização, melhoria dos processos de aquisição centralizados, intervenção mais ativa no mercado e fortalecimento da produção estatal. Dois fatos marcaram o início de uma revisão da atuação federal: a publicação da Norma Operacional Básica (NOB) 01/96, em novembro de 1996, que visava a promoção e consolidação da gestão do sistema de saúde municipal, e a extinção da Ceme, em julho do ano seguinte, por contradizer a proposta de descentralização do SUS (BRASIL, 2002).

A desarticulação da AF no país, em descompasso com as mudanças que ocorreram na área da saúde, especialmente com relação ao processo de descentralização do SUS, contribuiu para a formulação de novas diretrizes para a área de medicamentos (CFF, 2015). Dessa forma, oito anos após a Lei 8.080/90, foi promulgada a Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria n. 3.916 (BRASIL, 1998). A PNM contemplou os princípios e diretrizes do SUS, e definiu a responsabilidade dos três gestores quanto ao financiamento e a gestão da AF. Seu propósito é “garantir a eficácia, segurança e qualidade dos medicamentos, a promoção do seu uso racional e a ampliação do acesso da população aos medicamentos considerados essenciais”, além de estabelecer que a aquisição dos medicamentos deva ser realizada com base em critérios epidemiológicos para melhor atender às necessidades locais (BRASIL, 1998).

Neste sentido, a PNM apresenta as seguintes diretrizes: adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da AF com ênfase na gestão da AF pelos Estados, Municípios e Distrito Federal; promoção do uso racional de medicamentos (URM), com ênfase no processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados; desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de medicamentos, inclusive genéricos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos; criação da Secretaria de Vigilância Sanitária (SVS); desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998).

Em 1999, três importantes marcos regulatórios contribuíram para o fortalecimento da AF no Brasil: a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), como autarquia sob regime especial vinculada ao MS (BRASIL, 1999a), a regulamentação do medicamento genérico (BRASIL, 1999b) e a instituição do financiamento da AF, com incentivo à Assistência Farmacêutica Básica (BRASIL, 1999c). Paralelamente às ações de incentivo a ampliação do acesso aos medicamentos, outras ações foram realizadas no período de 2001 a 2005, como a criação, em 2003, do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos (SCTIE/MS), responsável pela implementação das políticas de AF, avaliação e incorporação de tecnologias no SUS e incentivo ao desenvolvimento industrial e científico do setor.

Diante da necessidade de uma construção mais ampla e participativa da AF, enquanto política pública, realizou-se a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNMAF), em 2003, que teve como tema “Acesso, Qualidade e Humanização da Assistência Farmacêutica com Controle Social”. Este processo democrático de construção envolveu não somente os gestores federais, mas todos os atores envolvidos com as políticas de saúde, como usuários, prestadores e profissionais do SUS, em um processo de construção ascendente partindo de estados e municípios. Como resultado das deliberações desse processo de participação social, foi criada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada pela Resolução nº 338, do Conselho Nacional de Saúde, que efetivou a AF como política de saúde (BRASIL, 2018a). A PNAF demarcou a AF como norteadora para a formulação de políticas setoriais e a definiu como “um conjunto de ações voltadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional” (BRASIL, 2004a).

Entre as diretrizes da PNM e da PNAF está a reorientação da assistência farmacêutica, conceituada como:

“um grupo de atividades relacionadas ao 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 URM” (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004a; CFF, 2015).

O Pacto pela Saúde, divulgado por meio da Portaria GM/MS nº 399 (BRASIL, 2006c), estabeleceu novas formas de alocação de recursos federais para o SUS agrupando os recursos de custeio em blocos de financiamento, possibilitando organizar os recursos em cada bloco de acordo com os serviços e atualizando o financiamento à demanda atual do sistema. O bloco de financiamento da AF foi organizado em três componentes: Básico, Estratégico e Medicamentos de Dispensação Excepcional (posteriormente denominado Especializado). O Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF) destina-se à aquisição de medicamentos e insumos, incluindo-se aqueles relacionados a agravos e programas de saúde específicos, no âmbito da APS (BRASIL, 2013a). São financiados pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios. Os medicamentos do componente estratégico destinam-se ao “controle de doenças e agravos específicos com potencial impacto endêmico, muitas vezes relacionadas

a situações de vulnerabilidade social e pobreza” (BRASIL, 2018b). O Ministério da Saúde é responsável pela aquisição e distribuição dos medicamentos estratégicos, das Insulinas Humanas NPH (Neutral Protamine Hagedorn) e regular (frascos de 10 ml) e dos contraceptivos orais e injetáveis, além do dispositivo intrauterino (DIU) e diafragma (ICTQ, 2018). As insulinas e os contraceptivos são entregues nos Almojarifados de Medicamentos dos Estados, a quem compete distribuí-los aos municípios, no entanto, as capitais e municípios brasileiros com população maior que 500 mil habitantes, recebem estes medicamentos diretamente dos fornecedores contratados pelo Ministério da Saúde (ICTQ, 2018). O componente especializado é financiado por Estados e União, mas a distribuição é de responsabilidade estadual. São medicamentos que visam “garantir a integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, para algumas situações clínicas, principalmente, agravos crônicos, com custos de tratamento mais elevados ou de maior complexidade” (BRASIL, 2018b), mas que não são disponibilizados em farmácias da APS.

Em 2004, o governo brasileiro, com o objetivo de oferecer mais uma alternativa de acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, implantou ação até então inédita no cenário nacional: a disponibilização de medicamentos mediante sistema de copagamento pelos usuários, denominada Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB) (2004b). A instituição do PFPB visou assegurar medicamentos básicos e essenciais à população, disponibilizando, a baixo custo, medicamentos para os cidadãos que são assistidos pela rede privada; considerando a necessidade de proporcionar diminuição do impacto causado pelos gastos com medicamentos no orçamento familiar, ampliando o acesso aos tratamentos (BRASIL, 2004b). Inicialmente instituído por meio de uma rede própria de farmácias estatais, o PFPB foi expandido posteriormente por meio de parcerias com o setor privado varejista farmacêutico, denominada “Aqui tem Farmácia Popular” (SILVA, CAETANO, 2015), com o intuito de levar o benefício da aquisição de medicamentos essenciais a baixo custo a mais lugares e mais pessoas, aproveitando a dinâmica da cadeia farmacêutica (produção x distribuição x varejo) (BRASIL, 2017). Lançada em 2011, com a publicação da Portaria GM/MS nº 184 (BRASIL, 2011a), a campanha “Saúde Não Tem Preço” (SNTP) objetivou disponibilizar medicamentos gratuitos para hipertensão, diabetes e asma, nos estabelecimentos credenciados no PFPB (BRASIL, 2004b, BRASIL, 2017b).

Em maio de 2017, após pactuação da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) sobre o fim do financiamento do MS para as 393 unidades próprias do Programa Farmácia Popular, os

recursos que seriam dispendidos com estas unidades foram realocados para o CBAF. Com o incremento de recursos, o valor enviado mensalmente pela União para a compra de medicamentos pelos municípios, passou de R\$ 5,10 por habitante para R\$ 5,58 (BRASIL, 2017c). Atualmente, o PFPB está vinculado apenas ao setor privado varejista e disponibiliza um elenco restrito de medicamentos contemplados pela CBAF. Os recursos financeiros destinados pelo MS ao setor privado, via PFPB, para fornecimento destes medicamentos foi equivalente ao orçamento repassado ao setor público para a oferta de 129 medicamentos integrantes da Relação Estadual de Medicamentos Básicos de Minas Gerais (GARCIA, GUERRA, ACÚRCIO, 2017). Desta forma, mais estudos seriam necessários para avaliar se a ampliação do acesso proposta pelo PFPB justificaria o investimento do MS.

1.2 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

O Brasil vem experimentando, desde a criação do SUS, mudanças importantes no sistema público de saúde. Neste contexto, princípios importantes vêm norteando a política de saúde do país, tais como universalidade do acesso, integralidade da atenção e equidade. A universalidade trouxe consigo a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. Neste aspecto, a APS tem-se constituído uma prioridade governamental na reorientação das políticas de saúde em nível local, com a finalidade de fortalecer a “porta de entrada” do sistema (OLIVEIRA, SILVA, BARBONI, 2010).

A APS caracteriza-se por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, realizadas por equipes multiprofissionais, que visam à promoção e proteção da saúde, à prevenção de agravos, ao diagnóstico, ao tratamento, à reabilitação e à manutenção da saúde. É considerada como ordenadora do cuidado, porta preferencial de acesso dos usuários ao sistema de saúde, e centro de comunicação com outros pontos que integram as redes de atenção (BRASIL, 2012). No Brasil, o MS implantou a Estratégia Saúde da Família (ESF), a fim de repensar o modelo assistencial da APS. Inicialmente, a equipe era composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS); em seguida, ampliou seu escopo integrando a Saúde Bucal com o cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental. Na sequência, em 2008, implantou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), integrando outras categorias profissionais,

dentre elas o farmacêutico, conforme as necessidades de saúde locais, determinadas pela gestão municipal (BRASIL, 2012). De acordo com Carvalho *et al* (2016), observou-se, entre 2008 e 2013, uma expansão da rede assistencial da APS e com isso, categorias profissionais que até 2008 estavam em menor participação na composição da força de trabalho nas UBS, com percentuais em torno de 0,1 a 3%, cresceram entre 50% a 150%, apresentando aumento de 75% no número de farmacêuticos, excluindo os profissionais que executam atividades vinculadas às análises clínicas.

Uma análise dos sistemas de atenção à saúde, em perspectiva internacional, demonstrou que estes eram dominados por sistemas fragmentados, voltados para atenção às condições agudas e às agudizações de condições crônicas. Conceitualmente, os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e sem comunicação uns com os outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população adscrita de responsabilização, o que impossibilita a gestão baseada na população. Neles, a APS não se comunica fluidamente com a atenção secundária, e esses não se comunicam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio. Assim, nos sistemas fragmentados, a APS não pode exercer seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado (MENDES, 2010).

No que tange à organização do SUS, a sua fragmentação e os consequentes resultados negativos que interferem na gestão eficiente desse sistema amplo e complexo também são uma preocupação do ponto de vista da AF. Por isso, busca-se uma organização que supere a desarticulação entre seus componentes e que propicie uma interação mais harmônica nos diferentes elementos organizativos das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2018a). Diferentemente, os sistemas integrados de atenção à saúde são aqueles organizados por um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida (MENDES, 2011). Dessa forma, deverá ser possível garantir a manutenção e a qualificação dos serviços oferecidos à população, assim como a promoção do URM (BRASIL, 2018a).

O sistema de AF envolve uma organização complexa constituída por um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas pela comunidade, englobando intervenções logísticas do medicamento, bem como ações

assistenciais da farmácia clínica e de vigilância, apoiados pela farmacoeconomia e pela farmacoepidemiologia. Por isso, na construção das RAS, a organização do sistema de AF deve considerar essas duas dimensões (a logística dos medicamentos e a farmácia clínica). Em geral, no Brasil, prevalecem os esforços relativos à organização dos processos logísticos e coloca-se, ainda, pouco esforço no componente assistencial e de vigilância da farmácia clínica. Há que se considerar que todas as atividades da AF devem ocorrer de forma ordenada, já que uma atividade executada de forma imprópria prejudicará todas as demais atividades do sistema (MENDES, 2011). A população apresenta necessidades ligadas ao acesso e uso de medicamentos, que devem ser atendidas pelo sistema de saúde que funcione de forma integrada: “para que o medicamento possa ser utilizado como recurso terapêutico de forma segura e racional, várias ações ligadas à gestão do produto, do processo de uso e dos resultados devem acontecer no tempo certo e com a qualidade certa” (CORRER, OTUKI, 2013).

1.3 ACESSO AOS MEDICAMENTOS

A maioria das intervenções em saúde envolve o uso de medicamentos e isto pode ser determinante para a obtenção dos resultados terapêuticos. Dessa forma, a garantia do acesso e a promoção do URM são considerados requisitos fundamentais para assegurar a efetividade das intervenções em saúde atreladas ao seu uso (OPAS/OMS, 2016a).

A garantia de acesso aos medicamentos é particularmente importante no âmbito da APS, que se caracteriza como porta de entrada no SUS, e é parte integrante do processo de promoção, recuperação e prevenção das doenças mais prevalentes na população. Os serviços farmacêuticos na APS buscam garantir a atenção integral, contínua e compatível com as demandas em saúde de uma população, tendo o medicamento como um dos elementos essenciais (OPS/OMS, 2013).

A disponibilidade de medicamentos de qualidade pode ser entendida como o resultado de atividades relacionadas à seleção, programação, aquisição e distribuição, ou seja, os componentes técnico-gerenciais da AF. Cabe ressaltar, que é preconizada a importância de uma assistência farmacêutica plena, integrada à APS, com enfoque não apenas em seus

componentes técnico-gerenciais, mas também nos técnico-assistenciais, de modo a promover o uso apropriado de medicamentos, fundamental para a efetividade dos tratamentos e minimização dos riscos, impactando positivamente na resolubilidade das ações em saúde (MENDES *et al*, 2014).

O fornecimento de medicamentos no âmbito da APS é parte integrante do processo de promoção, recuperação e prevenção das doenças mais prevalentes na população. Ao final de 2018, o Brasil contava com quase 43 mil unidades básicas de saúde (UBS) em funcionamento, com 68% da população brasileira coberta com ações e serviço da APS (BRASIL, 2018c).

O desenvolvimento de um instrumento de medição do acesso, que considere as especificidades dos diversos sistemas de saúde, assim como o contexto em que está inserido, configura um grande desafio, devido à dificuldade de medição e variações dos sistemas de saúde (EMMERICK, 2011). Penchansky e Thomas (1981) definiram acesso como o “grau de ajuste entre os clientes e o sistema” e destacaram que uma análise completa do acesso deve incluir atributos das necessidades dos usuários e dos serviços de saúde. Essa análise engloba um conceito multidimensional, abrangendo dimensões específicas que incluem: disponibilidade (*availability*), acessibilidade geográfica (*accessibility*), adequação (*accommodation*), capacidade aquisitiva (*affordability*) e aceitabilidade (*acceptability*). A disponibilidade física dos medicamentos nos serviços públicos de saúde é uma dimensão importante e desafiadora, principalmente quando se consideram sistemas universais com financiamento público. É definida como a relação entre o tipo e quantidade de produtos necessários e os oferecidos (MSH, 2012; OPAS, 2005). Sob a perspectiva dos sistemas públicos e universais de saúde, a análise da disponibilidade física é muitas vezes assumida como uma *proxy* para a avaliação do acesso aos medicamentos essenciais (NASCIMENTO *et al.*, 2017). Tanto que, em 2015, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu, dentre as nove metas mundiais que visam à redução da carga das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), a garantia de 80% de disponibilidade de tecnologias básicas e medicamentos essenciais, incluídos os genéricos, necessários para tratar as principais DCNT, acessíveis em centros públicos e privados (OPAS/OMS, 2015).

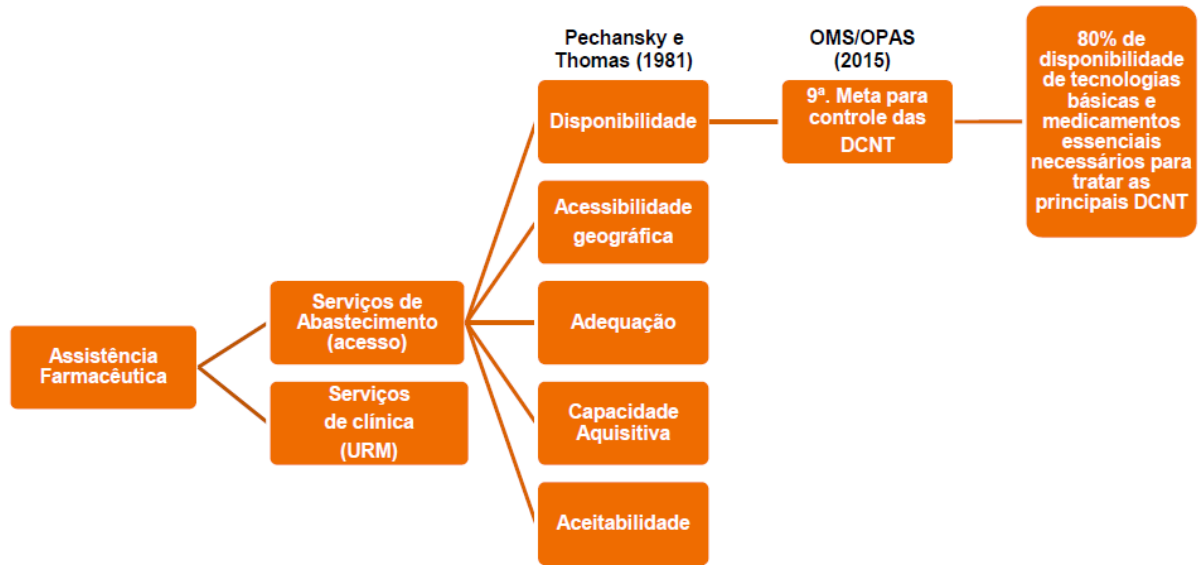


Figura 1: Representação esquemática da meta de disponibilidade de medicamentos essenciais.

Estudos de avaliação da AF (GUERRA JUNIOR *et al.*, 2004; MENDES *et al.*, 2014; NAVES, SILVER, 2005; NASCIMENTO *et al.*, 2017; TASCA, SOARES, CUMAN, 1999) realizados em UBS em distintas regiões do Brasil verificaram que grande parte dos municípios brasileiros, especialmente os mais carentes, sofre com a baixa disponibilidade e descontinuidade da oferta de medicamentos essenciais nas UBS.

A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional no Brasil (PNAUM) – Serviços, 2015, em entrevista padronizada com usuários no Brasil, avaliou o acesso aos medicamentos na APS, na perspectiva do usuário, utilizando os conceitos propostos por Pechansky e Thomas (1981), segundo as dimensões: disponibilidade, acessibilidade geográfica, adequação, aceitabilidade e capacidade aquisitiva. Verificou-se que 59,8% dos usuários declararam ter acesso total a medicamentos no SUS, sendo maior na região Sudeste (64,3%) e menor na região Centro-Oeste (46,3%). Também foi observado que 35,9% dos usuários declararam acesso parcial e 4,3% sem acesso aos medicamentos no SUS. Entretanto, não foram observadas diferenças estatisticamente significantes entre as regiões do país ($p = 0,167$) (ALVARES *et al.*, 2017a).

Nesta mesma pesquisa, também foi avaliada a disponibilidade física de medicamentos, sendo verificados 50 itens selecionados da Rename 2012. Foram aplicados roteiros de observação nos serviços de dispensação de medicamentos na APS e o índice de disponibilidade foi apresentado como o percentual de unidades de saúde onde os medicamentos estavam

disponíveis. Foram observadas diferenças estatisticamente significantes em relação ao tipo de unidade, infraestrutura e presença do profissional farmacêutico nas regiões do Brasil. A disponibilidade média dos medicamentos traçadores na atenção primária foi de 52,9%, com diferenças entre regiões e estratos amostrais. Quando analisados todos os medicamentos, exceto os fitoterápicos, o índice elevou para 62,5%. Verificou-se disponibilidade inadequada de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas e para doenças epidemiologicamente importantes, como a tuberculose e a sífilis congênita. De acordo com o estudo, a baixa disponibilidade de medicamentos de aquisição centralizada indica possíveis deficiências na gestão da cadeia logística (NASCIMENTO *et al.*, 2017). Este resultado foi coerente com o observado entre os usuários, pois 59,8% deles declararam ter acesso total a medicamentos no SUS (ÁLVARES, 2017a).

De acordo com os resultados da avaliação do segundo ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), em 2014, 90% dos cidadãos entrevistados afirmaram que conseguem gratuitamente os medicamentos para hipertensão e 69% retiram o medicamento na unidade de saúde. Em relação aos medicamentos para diabetes, 94% afirmaram que conseguem os medicamentos gratuitamente, e 69% os retiram na unidade de saúde (BRASIL, 2013b).

Mendes *et al.* (2014), em 2012, buscou caracterizar a disponibilidade de medicamentos nas UBS do Brasil por meio de banco de dados secundários do PMAQ. A disponibilidade média dos medicamentos-chave, incluindo os fitoterápicos, foi de 56,1% e, excluindo-os, foi de 58,5%.

1.4 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA: AÇÕES TÉCNICO-GERENCIAIS E TÉCNICO-ASSISTENCIAIS

Compreendem-se como componentes da AF, a gestão técnica da AF e a gestão clínica. O processo de utilização de medicamentos nos serviços de saúde ocorre por meio de etapas bem definidas e integradas ao processo do cuidado. A gestão técnica da AF (ações técnico-gerenciais) dá suporte à prescrição e dispensação dos medicamentos, é estruturada para dar conta da logística do medicamento e caracteriza-se como um conjunto de atividades farmacêuticas interdependentes e focadas na qualidade, no acesso e no URM, ou seja, no

planejamento, seleção, programação, aquisição, distribuição, armazenamento e dispensação dos medicamentos (PERINI, 2003, MARIN *et al.*, 2003).

O planejamento fornece:

Um conjunto de informações gerenciais obtidas a partir do levantamento de informações epidemiológicas, da definição da organização dos serviços, do financiamento, da padronização de medicamentos, da gestão de estoques e da infraestrutura de recursos humanos, físicos e materiais que permitirão à equipe responsável pela programação definir o quê, para quem, quando e quanto comprar (OPAS/OMS, 2016a).

A seleção é um processo de escolha de medicamentos essenciais que, segundo a OMS (2018):

São aqueles que satisfazem às necessidades prioritárias de saúde da população. São selecionados com a devida relevância à saúde pública, com evidências sobre eficácia e segurança e custo-efetividade comparativa. Os medicamentos essenciais devem estar disponíveis nos sistemas de saúde, em todos os momentos, em quantidades adequadas, nas formas farmacêuticas apropriadas, com qualidade assegurada e informação adequada e a um preço que o indivíduo e a comunidade possam pagar.

A Rename é a lista de medicamentos selecionados e padronizados oferecidos pelo SUS, que é orientadora para o processo de organização dos serviços, seleção, programação e aquisição (BRASIL, 2018b). É importante frisar que para ser incluído na Rename, é necessário que o medicamento atenda critérios que garantam segurança e eficácia em relação ao seu uso. Trata-se, portanto, de um instrumento que permite padronizar e definir os medicamentos a serem adquiridos, conforme demanda epidemiológica, em quantidade e qualidade que propiciem ganhos terapêuticos e econômicos, contribuindo para a racionalidade na prescrição e no uso dos medicamentos (OPAS/OMS, 2016a).

A partir da criação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (Conitec), esta passa a ser responsável por propor a atualização da Rename, conforme estabelecido no Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2011c; BRASIL, 2018b). A Conitec é um órgão colegiado de caráter permanente, que tem como objetivo assessorar o MS nas atribuições relativas à análise e à elaboração de estudos de avaliação dos pedidos de incorporação, ampliação de uso, exclusão ou alteração de tecnologias em saúde; e na constituição ou na alteração de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs). O trabalho ativo e permanente da Subcomissão Técnica de Atualização da Rename e do Formulário Terapêutico Nacional (FTN) é fundamental para que ocorra a revisão de medicamentos com tradicionalidade de uso ou com baixo interesse de mercado. Isso é importante para garantir a seleção de medicamentos efetivos e seguros, a partir das melhores

evidências disponíveis (BRASIL, 2018b). Todavia, o pedido de incorporação, exclusão ou alteração de tecnologias no âmbito do SUS passa a ser submetido à consulta pública, após avaliação da Conitec, balizada, prioritariamente, por critérios de eficácia, segurança e custo, e não necessariamente à essencialidade dos medicamentos, conforme as demandas epidemiológicas de âmbito nacional.

A programação dos medicamentos consiste em estimar as quantidades necessárias para atender às demandas de uma população por um determinado período de tempo. Vários fatores devem ser considerados para realizar a programação, tais como os dados de consumo e demanda, série histórica, perfil epidemiológico, dados populacionais, níveis de atenção, serviços ofertados e recursos financeiros (MARCONDES, 2002).

A aquisição dos medicamentos compreende o processo de compra de medicamentos, que no serviço público tem que obrigatoriamente seguir às determinações da Lei de Licitações - Lei nº 8.666/93 (BRASIL, 1993). Trata-se de um conjunto de procedimentos técnicos 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, melhor relação custo-efetividade e em tempo hábil para manter a regularidade do sistema de abastecimento (BRASIL, 2006; MARIN *et al.*, 2003). Busca, assim, proporcionar regularidade do suprimento de medicamentos por meio da execução de ações articuladas para que os pacientes recebam medicamentos apropriados às suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, pelo período necessário e ao menor custo para si e para a comunidade (OPAS/OMS, 2016a).

Dentre os diversos fatores que devem ser considerados para a boa execução das atividades de programação e aquisição, destaca-se a disponibilidade de recursos financeiros, visto sua influência na definição das prioridades e no quantitativo de medicamentos que poderão ser adquiridos para o período programado. Neste sentido, os instrumentos de planejamento da AF devem estabelecer o recurso orçamentário com previsão detalhada dos gastos, de acordo com as necessidades de saúde para garantir o fornecimento oportuno de medicamentos com qualidade e na quantidade requerida (OPAS/OMS, 2016a).

O armazenamento é uma atividade necessária para garantir a qualidade dos medicamentos, por meio da proteção contra os riscos de alterações físico-químicas e microbiológicas, durante

sua estocagem, incluindo recebimento de medicamentos, segurança, conservação e controle de estoque. O bom armazenamento de medicamentos depende de: temperatura, ventilação e iluminação adequadas, ausência de umidade, limpeza e higiene, normas de segurança, disciplina e organização (BRASIL, 1989). Esse processo envolve os seguintes procedimentos técnicos e administrativos: recebimento dos medicamentos; estocagem, respeitadas as especificações (termolábeis, fotossensíveis, medicamentos de controle especial, inflamáveis) em localização definida, que permita o acesso de forma pronta, ágil e inequívoca, de modo a garantir que o item com validade próxima à expiração seja disponibilizado primeiro; preservação da qualidade; e o controle de estoque dos medicamentos (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009).

O controle de estoque é uma atividade técnico-administrativa que visa subsidiar a programação e aquisição de medicamentos, na manutenção dos níveis de estoque necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoque ou desabastecimento do sistema (BRASIL, 2006). Um eficiente sistema de controle de estoque permite a disponibilidade de informações sobre a posição de estoques, dados de consumo e demanda, gastos efetuados com medicamentos, valor financeiro do seu estoque, quantitativo financeiro de perdas, bem como número de medicamentos utilizados no próprio serviço (BRASIL, 2009). Para estabelecer adequado controle, são realizados inventários que tem como objetivo permitir a identificação de divergências entre os registros e o estoque físico e possibilitar a avaliação do valor total dos estoques para efeito de balanço ou balancete (BRASIL, 2009).

A distribuição é a entrega de medicamento até o nível local. Compreende o transporte de medicamentos do almoxarifado central até as farmácias locais, em tempo hábil, por meio de um cronograma factível de ser realizado sem atrasos, com entrega dos produtos corretos, na quantidade requisitada, com garantia da manutenção da qualidade dos mesmos (BRASIL, 1984; OPAS/OMS, 2016b).

A dispensação do medicamento é um ato privativo do farmacêutico, que tem por finalidade propiciar o acesso ao medicamento e o uso adequado. Adicionalmente, o farmacêutico deve avaliar a prescrição, sob o ponto de vista técnico e legal, e intervir junto ao prescritor, quando necessário. A dispensação exige formação clínica do farmacêutico, haja vista a necessidade de avaliar a prescrição, correlacionar os medicamentos prescritos/não prescritos com as condições de saúde e características do paciente, além de considerar outros fatores que podem

interferir no resultado do tratamento e na segurança do paciente. Deve seguir os princípios preconizados pela OMS na Declaração de Tóquio, ou seja, além de entregar o medicamento ou produto para a saúde, o farmacêutico deve promover as condições para que o paciente utilize-o da melhor maneira possível (CFF, 2016).

Para organização e planejamento da AF, é necessário que se disponham de recursos humanos qualificados na área da farmácia, aptos para lidar com diversos aspectos dos medicamentos. Esses profissionais devem ser qualificados e preparados para contribuir na seleção de medicamentos mais seguros, eficazes e custo-efetivos, de acordo com as necessidades da população; programar adequadamente as aquisições, armazenar, distribuir e transportar de forma a garantir a manutenção da qualidade do produto farmacêutico, gerenciar os estoques, favorecer a criação e atualização de protocolos e diretrizes de tratamento a fim de assegurar a qualidade e o uso adequado de medicamentos (CGEE, 2003).

As ações técnico-gerenciais são estruturadas para dar conta da logística do medicamento, enquanto as ações técnico-assistenciais têm como foco central de ação o usuário, e como ator principal o farmacêutico. Essas ações integradas à equipe multiprofissional podem contribuir decisivamente para a melhoria da qualidade da atenção à saúde, centradas em uma prática resultante de intervenções planejadas, estruturadas, articuladas, monitoradas e avaliadas (SOLER *et al.*, 2010; GOMES *et al.*, 2010).

A atuação do farmacêutico no cuidado direto ao paciente, à família e à comunidade, a fim de reduzir a morbimortalidade relacionada ao uso dos medicamentos, promover a saúde e prevenir a doença e outras condições, é um desafio para o sistema de saúde brasileiro. O cuidado prestado pelo farmacêutico materializa-se para o paciente e para a sociedade na provisão de serviços farmacêuticos (conciliação de medicamentos, monitorização terapêutica de medicamentos, revisão da farmacoterapia, acompanhamento farmacoterapêutico, gestão da condição de saúde, entre outros), que se caracterizam pela expertise desse profissional em identificar, prevenir e resolver problemas relacionados à farmacoterapia. Contudo, o farmacêutico ainda pode prover outros serviços, como a educação e o rastreamento em saúde, bem como vários procedimentos (verificação/monitorização de parâmetros clínicos, realização de pequenos curativos, organização dos medicamentos em uso pelo paciente, entre outros) (CFF, 2016).

Ao analisar o trabalho do farmacêutico na atenção à saúde, identifica-se sua atuação tanto nas atividades-meio ou nos sistemas de apoio, quanto nas atividades-fim ou de cuidado direto ao paciente, à família e à comunidade. As primeiras relacionam-se à produção de medicamentos e de outros produtos para a saúde, bem como à sua gestão logística, visando ao acesso do paciente a recursos terapêuticos e propedêuticos. A atividade-fim de qualquer instituição ou empresa é “aquela que caracteriza o objetivo principal da empresa/instituição, a sua destinação e o seu empreendimento, normalmente expresso no contrato social”. No caso dos sistemas de saúde, as atividades-fim referem-se àquelas relativas à assistência direta ao paciente, à família e à comunidade (CFF, 2016).

Vieira *et al* (2007) verificaram, em estudos realizados nas UBS e nas unidades de dispensação (UD) de medicamentos, que a maioria dos profissionais que atuam na farmácia não possuía qualificação para orientar os usuários quanto ao uso correto dos medicamentos e, em muitas, as condições de armazenamento dos medicamentos foram consideradas inapropriadas, comprometendo sua qualidade. Foram verificados também problemas com relação à prescrição de medicamentos que não pertenciam à Renome, comprometendo o acesso dos usuários à farmacoterapia. Também foram apontados problemas como a falta de comprometimento ou a ingerência do gestor em relação à AF; escassez de recursos financeiros, ausência de planejamento e programação para a aquisição de medicamentos; aquisições equivocadas. Também foram constatados problemas com as condições físicas, sendo que as farmácias geralmente ocupam espaços pequenos, sem condições mínimas necessárias para o armazenamento de medicamentos, e muitas vezes existem grades separando o usuário do profissional que faz o atendimento, descaracterizando a humanização do serviço.

Em contrapartida, experiências de gestores municipais têm comprovado que o farmacêutico, inserido nas equipes do SUS, tem contribuído de forma significativa para a melhora na saúde da população local, além de gerar economia aos cofres públicos, humanizar o atendimento e, interferir, de forma positiva, na gestão da logística dos medicamentos e dos serviços de saúde (CFF, 2015).

Os desafios para a estruturação e a implementação de uma AF efetiva na APS iniciam-se pela conscientização, por parte dos gestores, da importância da estruturação da AF municipal, por meio de investimentos em estrutura física, organização dos processos e capacitação

permanente dos trabalhadores envolvidos com as atividades que fazem parte da AF. Desta maneira, o fornecimento de medicamentos à população pode se tornar viável, racional e mais eficiente. Além disso, há necessidade de aproximação do profissional farmacêutico com as equipes das Unidades de Saúde (US) que dispensam o medicamento, de maneira a se comprometer não só com as atividades relacionadas ao processo de programação, aquisição, armazenamento e controle de estoque, como também promover o URM e obtenção de melhores resultados farmacoterapêuticos para os usuários.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a influência da estrutura organizacional e das atividades técnico-gerenciais na disponibilidade dos medicamentos essenciais traçadores em serviços da AF na APS do SUS.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Avaliar as características da estrutura organizacional e das atividades técnico-gerenciais nos serviços de AF da APS do SUS, além do perfil do profissional responsável pela UD.
- Avaliar a disponibilidade média de medicamentos essenciais segundo classe terapêutica e modelo de aquisição (compra centralizada/outros), por estratificação conforme porte populacional (capitais, municípios com população superior a 290 mil habitantes e com população inferior a 290 mil habitantes) e no Brasil;
- Avaliar a disponibilidade média dos medicamentos essenciais por classe terapêutica, segundo as características organizacionais do serviço de saúde e atividades farmacêuticas técnico-gerenciais (seleção/Remume, armazenamento, abastecimento e controle de estoque/inventário).

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Este trabalho é parte da PNAUM – Serviços, estudo transversal, exploratório, de natureza avaliativa, composto por um levantamento de informações numa amostra representativa de municípios, serviços de atenção primária, usuários, médicos e responsáveis pela dispensação de medicamentos nas cinco regiões do Brasil.

3.1.1 PLANO DE AMOSTRAGEM DE SERVIÇOS DA PNAUM

O plano de amostragem considerou as várias populações de estudo e estimou os diversos tamanhos de amostra para cada uma dessas populações (ÁLVARES *et al.*, 2017a). Optou-se pela utilização de amostragem em vários estágios de seleção, em cada estágio uma ou duas dessas populações foram amostradas e as estimativas referentes a elas foram feitas independentemente. Assim, nos municípios sorteados, foram acessados os secretários de saúde e os responsáveis pela assistência farmacêutica (duas pessoas em cada município, exceto quando havia acumulação das duas funções) e nos serviços de saúde, os responsáveis pela dispensação (uma pessoa por serviço), além de usuários e médicos (ÁLVARES *et al.*, 2017b). Para este estudo, foram utilizados apenas dados referentes à dispensação de medicamentos.

Foram sorteadas, portanto, três amostras: de municípios, de serviços e de usuários. Na primeira, os municípios constituíram-se nas únicas unidades de sorteio, uma vez que há somente um secretário de saúde e um responsável pela AF em cada município, em procedimento equivalente à amostragem de elementos. Na segunda, esses municípios passaram a ser conglomerados (unidades primárias de amostragem), nas quais foram sorteados os serviços que compuseram a amostra. E na terceira, os serviços tornaram-se unidades secundárias de amostragem, nas quais foram sorteados os usuários. As populações

de estudo foram estratificadas por região: Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste e esses estratos constituíram domínios de estudo (ÁLVARES *et al.*, 2017b).

A amostra total (600 municípios) foi estratificada em capitais (26 e Distrito Federal); municípios maiores (0,5% dos maiores municípios da região, totalizando 27) e menores, em termos de população (546 municípios sorteados) (NASCIMENTO *et al.*, 2017). A amostra de serviços de saúde, nos quais deveriam ser entrevistados os dispensadores de medicamentos, foi sorteada em dois estágios: municípios e serviços (Figura 2).

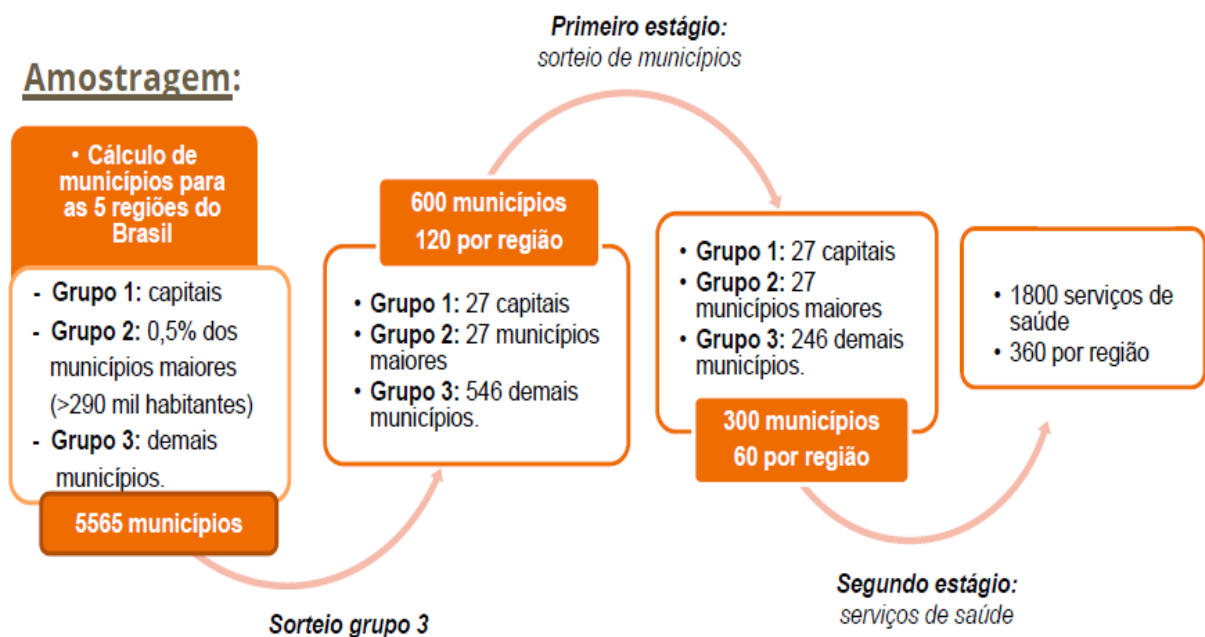


Figura 2: Esquema de amostragem da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

No primeiro estágio, foram sorteados 60 municípios a partir dos 120 municípios selecionados previamente, por região do país. Foi tomada a totalidade das capitais e dos municípios maiores e os outros municípios, em número que faltava para completar 60, foram sorteados entre os municípios menores, conforme tabela 1. No segundo estágio, foram sorteados, em cada município, serviços de saúde referentes a estabelecimentos de atenção básica, registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) como sendo dos tipos: posto de saúde, centro de saúde ou unidade básica de saúde e unidade mista. Foram excluídas as unidades móveis fluviais e terrestres. Para o sorteio, os municípios pequenos foram divididos em dois grupos: com um ou dois serviços de saúde e com três ou mais serviços de saúde. No primeiro grupo, com um ou dois serviços, não houve sorteio de serviços. Os serviços foram

distribuídos nos estratos fixando-se 100 serviços no estrato 1 (de capitais), de forma a permitir a obtenção de estimativas em separado para as capitais. (ÁLVARES *et al.*, 2017b).

Tabela 1. Amostra planejada segundo estratos. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

Amostra	Unidade	Região	Capitais	Municípios de maior porte*	Municípios de menor porte**	Total	
Municípios	Municípios	Norte	7	2	111	120	
		Nordeste	9	9	102	120	
		Sudeste	4	8	108	120	
		Sul	3	6	111	120	
		Centro-Oeste	4	2	114	120	
Serviços	Municípios	Norte	7	2	(a) 20	(b) 31	60
		Nordeste	9	9	8	34	60
		Sudeste	4	8	17	31	60
		Sul	3	6	28	23	60
		Centro-Oeste	4	2	23	31	60
	Serviços	Norte	100	25	27	142	295
		Nordeste	100	29	13	172	315
		Sudeste	100	27	24	161	312
		Sul	100	27	34	152	313
		Centro-Oeste	100	22	32	152	306

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

* municípios de maior porte= população superior a 290 mil habitantes.

** municípios de menor porte= população inferior a 290 mil habitantes.

(a) Municípios com 1 ou 2 serviços de saúde

(b) Municípios com 3 ou mais serviços de saúde

3.1.2 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Foi elaborado um questionário estruturado, a fim de entrevistar os responsáveis pela dispensação dos medicamentos (Anexo I), e um roteiro de observação (Anexo II), para verificar as instalações dos serviços farmacêuticos e a disponibilidade física dos medicamentos.

Para cada instrumento da pesquisa foi elaborado um manual e um glossário de termos técnicos. Após o treinamento dos entrevistadores, foi realizado um pré-teste, envolvendo municípios de diferentes portes populacionais, a fim de validar os instrumentos e detectar possibilidades de melhoria. Os dados foram coletados de julho de 2014 a maio de 2015.

A entrevista com os responsáveis pela dispensação dos medicamentos foi realizada na unidade dispensadora de medicamentos, incluindo serviços implantados em unidades de saúde e em edificação independente. As UD que não dividiam espaços e estruturas com outros serviços de saúde foram consideradas como “farmácia independente”; as UD localizadas com outros serviços de saúde e consideradas pertencentes à rede municipal de atenção básica (UBS, centros de saúde, unidade mista ou outros) foram consideradas como “farmácia de unidade de saúde” (farmácia de UBS). O questionário estruturado continha questões relativas à estrutura organizacional do serviço (tipo de UD, presença de profissional responsável pela UD, responsável ser farmacêutico, presença de sistema informatizado) e questões relativas às atividades técnico-gerenciais (seleção/presença de Remume, armazenamento, abastecimento, controle de estoque/inventário).

A observação das instalações dos serviços farmacêuticos e a disponibilidade física dos medicamentos foram verificadas por roteiro de observação. A disponibilidade física foi verificada a partir de uma lista de medicamentos traçadores. Um grupo de especialistas selecionou 58 medicamentos da Renome 2012, agrupados em 50 itens para verificação. O critério norteador para a seleção do elenco foram os parâmetros estabelecidos pela OMS (WHO, 2008) para viabilizar pesquisas sobre disponibilidade de medicamentos essenciais, incluindo aqueles indicados ao tratamento de condições epidemiologicamente relevantes no país, no âmbito da atenção primária (NASCIMENTO *et al.*, 2017). Do total de medicamentos traçadores, 39 foram agrupados em classes terapêuticas, conforme tabela 2, classificados de acordo com a terminologia da Anatomical Therapeutic Chemical (ATC). Foram considerados medicamentos psicotrópicos/controlados especiais aqueles com efeito sobre a função neurológica ou psicológica, incluindo os antidepressivos e tranquilizantes (inclusive os antipsicóticos e ansiolíticos) (DeCS, 2017).

Demais medicamentos traçadores foram agrupados em “outras” (classes terapêuticas): fitoterápicos (8 traçadores: guaco, isoflavona-de-soja, unha-de-gato, espinheira-santa, aroeira, cáscara-sagrada, garra-do-diabo e alcachofra), dexametasona creme/pomada, nicotina e sais de reidratação. Esta categoria não foi utilizada como classe individualizada na análise por estratos de municípios, mas os dados foram considerados na avaliação da disponibilidade geral.

Tabela 2. Medicamentos traçadores agrupados conforme classe terapêutica. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, 2015.

Classe terapêutica (classificação ATC*)	Medicamentos traçadores (classificação ATC*)
Antianêmicos (B03)	sulfato ferroso (B03AD03) ácido fólico (B03BB01)
Antiasmáticos (H02/R03)	prednisolona (H02AB07)/prednisona (H02AB06) sulfato de salbutamol (R03AC02) brometo de ipratrópio (R03BB01)
Antidiabéticos (A10) hipoglicemiantes orais (A10B) insulinas (A10A)	metformina (A10BA02) glibenclâmida (A10BB01)/gliclazida (A10BB09) insulina humana regular (A10AB) insulina humana NPH (A10AC)
Anti-hipertensivos (C03/C07/C09)	hidroclorotiazida (C03AA03) propranolol (C07AA05)/metoprolol (C07AB02) atenolol (C07AB03)/carvedilol (C07AG02) captopril (C09AA01)/enalapril (C09AA02)
Anti-infecciosos (D01/G01/J01/J02)	miconazol creme/pomada (D01AC02) nistatina creme (G01AA01) benzilpenicilina benzatina (J01CE08) ciprofloxacino (J01MA02) fluconazol (J02AC01)/itraconazol (J02AC02)
Anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs) ou Analgésicos/antipiréticos/ anti-inflamatórios (N02B/M01)	dipirona solução (N02BB02) paracetamol (N02BE01) ibuprofeno (M01AE01)
Antiparasitários (P01/P02/P03)	metronidazol (P01AB01)/teclozana (P01AC04) albendazol (P02CA03) permetrina (P03AC04)
Antissecretores/antiácidos (A02)	hidróxido de alumínio (A02AB01) ranitidina (A02BA02) omeprazol (A02BC01)
Contraceptivos/hormônios (G03)	noretisterona+estradiol (G03AA05) etinilestradiol+levonorgestrel (G03AA07) noretisterona (G03AC01) levonorgestrel (G03AD01) estriol creme vaginal (G03CA04) estrógenos conjugados creme vaginal (G03CA57) medroxiprogesterona comprimido (G03DA02)
Psicotrópicos/controle especial (N03/N06)	clonazepam (N03AE01) carbamazepina (N03AF01) amitriptilina (N06AA09) fluoxetina (N06AB03)
Tuberculostáticos/antimicobacterianos (J04)	rifampicina 300mg (J04AB02) rifampicina+isoniazida+pirazinamida+etambutol (J04AM06)

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

* WHO, 2018; WHO, 2019.

3.2 VARIÁVEIS DA PESQUISA

3.2.1 VARIÁVEL RESPOSTA

A disponibilidade foi definida como a presença de pelo menos uma unidade do medicamento traçador que estivesse padronizado no município (Remume), visível no momento da coleta dos dados, conforme observação direta do pesquisador de campo. Para os traçadores com mais de um medicamento, considerou-se a existência de pelo menos uma unidade dentre as opções estabelecidas. O índice de disponibilidade corresponde ao percentual de unidades de saúde avaliadas onde os medicamentos padronizados estavam disponíveis (NASCIMENTO *et al.*, 2017), considerando a afirmativa de que o medicamento fosse padronizado no município.

3.2.2 VARIÁVEIS EXPLICATIVAS

A disponibilidade média dos medicamentos essenciais nos serviços de AF na APS do SUS foi avaliada segundo classe terapêutica e modelo de aquisição, comparando-se por estrato populacional (capitais, municípios maiores e menores) e Brasil. Por meio da seleção de alguns itens do questionário do dispensador e do roteiro de observação, a disponibilidade média destes medicamentos foi avaliada também levando em consideração as características da estrutura organizacional das UD (tipo de unidade, presença do responsável pela UD, responsável ser farmacêutico, presença de sistema informatizado para registro e acompanhamento de atividades farmacêuticas) e das atividades técnico-gerenciais nos serviços de AF (seleção/presença de Remume, armazenamento, abastecimento, controle de estoque/inventário). Em relação ao armazenamento, foi avaliada a disponibilidade média dos medicamentos essenciais sujeitos a controle especial e termolábeis, segundo características do local de armazenamento destes nas UD. Dentre os medicamentos analisados, apenas as insulinas humanas NPH e regular requerem acondicionamento sob refrigeração. Os medicamentos traçadores, cuja aquisição é centralizada, são os antidiabéticos termolábeis (insulina humana NPH e insulina humana regular), a nicotina e os medicamentos das classes terapêuticas contraceptivos/hormônios e tuberculostáticos.

3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências absolutas e relativas, e os índices de disponibilidade como média e intervalos de confiança de 95%. Para a comparação de grupos utilizou-se modelo linear para amostras complexas. A análise dos dados foi construída no programa SPSS® versão 22, utilizando-se o plano de amostras complexas, e foi adotado nível de significância de 5%.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa sob o parecer CONEP nº 398.131/2013 (Anexo III). Todas as entrevistas foram precedidas pelo esclarecimento dos objetivos ao entrevistado e pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo IV).

4 RESULTADOS

Foram realizadas 1.139 entrevistas com responsáveis pela dispensação de medicamentos e preenchidos roteiros de observação em 1.175 farmácias. Com relação às características das unidades de dispensação de medicamentos, 86,6% eram farmácias de UBS e 13,4%, farmácias independentes. Em quase metade das UD (44,5%), o farmacêutico estava presente durante todo o horário de funcionamento. No entanto, em 42,6% destas UD, o farmacêutico estava presente eventualmente, não diariamente ou a UD não contava com este profissional. O farmacêutico não era o responsável pela farmácia em 57,0% das 1.175 UD avaliadas (Tabela 3). Com relação às características do profissional responsável pela UD, 74,2% eram do sexo feminino e 61,0% estavam na faixa etária de 18 a 39 anos.

Tabela 3. Características das unidades de dispensação de medicamentos e dos profissionais responsáveis pela dispensação dos medicamentos. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, Brasil, 2015.

Característica	n*	%	IC 95%
Tipo de unidade			
Farmácia Independente	116	13,4	(9,6 – 18,3)
Farmácia de UBS	1.059	86,6	(81,7 – 90,4)
Presença de farmacêutico na Farmácia/UD			
Todo o horário de funcionamento	396	44,5	(38,7 – 50,3)
Horário parcial	170	13,0	(10,0 – 16,6)
Eventual ou não diário/não possui	609	42,6	(37,7 – 47,7)
Responsável pela Farmácia/UD			
<i>Responsável farmacêutico</i>			
Sim	506	43,0	(37,8 – 48,4)
Não	669	57,0	(51,6 – 62,2)
A Farmácia/UD possui sistema informatizado para registro das atividades da assistência farmacêutica?			
Sim	449	39,4	(34,0 – 45,0)
Não	721	60,6	(55,0 – 66,0)
Existe lista padronizada de medicamentos no município?			
Sim	995	89,5	(82,3 – 94,0)
Não	56	10,5	(6,0 – 17,7)
Possui armário com chave para medicamentos controlados?			
Sim	502	43,4	(38,0 – 49,0)
Não	673	56,6	(51,0 – 62,0)
Como são armazenados os medicamentos termolábeis?			
Refrigerador/geladeira para armazenamento exclusivo de Medicamentos	650	47,2	(42,0 – 52,5)
Refrigerador/geladeira para armazenamento compartilhado de outros produtos e/ou alimentos	101	7,8	(5,9 – 10,1)
O inventário do estoque dos medicamentos armazenados é realizado com qual frequência?			
Pelo menos mensalmente	853	71,7	(64,5 – 78,0)
Bimestralmente ou menos frequente	219	28,3	(22,0 – 35,5)

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

Aproximadamente 60% das UD não possuíam sistema informatizado para registro das atividades da assistência farmacêutica; em contrapartida, 89,5% informaram haver lista padronizada de medicamentos no município (Remume) e 71,7% realizavam o inventário do estoque dos medicamentos armazenados pelo menos mensalmente (Tabela 3). Na avaliação de frequência de falta de medicamentos nos últimos três meses, 35,3% das UD declararam ocorrer sempre ou repetidamente; 38,1% às vezes e 26,6% raramente ou nunca.

Verificou-se no Brasil, que as mais baixas disponibilidades médias, dentre todos os grupos terapêuticos avaliados, foram na classe dos tuberculostáticos (24,1%), seguido pelos psicotrópicos/controle especial (30,3%). Disponibilidade média abaixo de 80% também foi observada para os antissecretores/antiácidos (72,7%), insulinas (73,8%), anti-infecciosos (74,7%) e contraceptivos/hormônios (77,3%). As médias de disponibilidade foram ainda mais baixas nos municípios de menor porte para tuberculostáticos (20,9%), insulinas (72,2%), anti-infecciosos (74,0%) e contraceptivos/hormônios (76,2%). Nas capitais, foi observada disponibilidade média abaixo de 80% para psicotrópicos/controle especial (44,3%), tuberculostáticos (57,3%) e também para os antissecretores/antiácidos (66,1%) e anti-infecciosos (79,5%). Em relação aos municípios de maior porte, isso ocorreu somente para os antissecretores/antiácidos (70,6%). A disponibilidade média no Brasil para os medicamentos de compra centralizada foi de 73,3%, sendo que, dentre os estratos de municípios, a única média abaixo de 80% foi a dos municípios de menor porte (72,1%). Em capitais e municípios de maior porte, a disponibilidade média dos medicamentos de compra centralizada foi superior a 80%. De acordo com o levantamento, a disponibilidade média de medicamentos traçadores padronizados, considerando o âmbito nacional foi de 83,3%, e as médias foram superiores a 80% nos três estratos de municípios (Tabela 4).

Tabela 4. Disponibilidade média de medicamentos essenciais, segundo classe terapêutica e forma de aquisição, no Brasil e por grupo de municípios. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, Brasil, 2015.

Classificações	Disponibilidade % (IC 95%)			
	Capitais	Municípios maior porte*	Municípios menor porte**	Brasil
<i>Geral</i>	84,0 (82,8–85,2)	85,0 (82,4–87,7)	80,9 (78,9–83,0)	83,3 (82,1–84,5)
<i>Classe terapêutica (ATC)</i>				
Antianêmicos (B03)	86,0 (83,7–88,3)	90,4 (85,8–95,0)	83,6 (80,5–86,6)	84,0 (81,4–86,7)
Antiasmáticos (H02/R03) [†]	86,5 (84,1–88,9)	82,9 (77,2–88,5)	81,2 (78,1–84,4)	81,7 (78,9–84,6)
Antidiabéticos (A10) [†]	85,3 (83,1–87,4)	86,8 (82,1–91,5)	79,7 (76,8–82,5)	80,4 (77,9–82,9)
Insulinas (A10A) [†]	86,5 (83,5–89,5)	81,3 (72,7–89,9)	72,2 (67,6–76,9)	73,8 (69,8–77,8)
Hipoglicemiantes orais (A10B)	86,5 (84,2–88,8)	91,6 (87,3–95,8)	88,6 (85,7–91,5)	88,5 (86,0–91,1)
Anti-hipertensivos (C03/C07/C09)	88,8 (86,8–90,9)	91,2 (86,8–95,7)	86,0 (83,6–88,5)	86,4 (84,3–88,6)
Antiinfeciosos (D01/G01/J01/J02) [†]	79,5 (77,2–81,9)	80,5 (75,4–85,6)	74,0 (71,1–76,9)	74,7 (72,2–77,2)
AINEs (N02B/M01)	88,5 (86,2–90,8)	91,3 (86,9–95,7)	85,6 (82,8–88,5)	86,1 (83,6–88,6)
Antiparasitários (P01/P02/P03)	86,4 (84,1–88,7)	90,2 (85,9–94,4)	85,1 (81,7–88,5)	85,4 (82,4–88,4)
Antissecretores/antiácidos (A02) [†]	66,1 (62,6–69,5)	70,6 (62,5–78,7)	73,4 (69,3–77,5)	72,7 (69,1–76,3)
Contraceptivos/hormônios (G03) [‡]	84,6 (82,5–86,8)	85,5 (81,0–89,9)	76,2 (72,4–80,0)	77,3 (74,0–80,5)
Psicotrópicos/controle (N03/N06) [‡]	44,3 (40,8–47,8)	25,7 (14,5–36,9)	29,1 (23,1–35,1)	30,3 (25,0–35,5)
Tuberculostáticos (J04) [‡]	57,3 (53,1–61,5)	26,6 (17,0–36,1)	20,9 (15,0–26,7)	24,1 (19,0–29,2)
<i>Quanto à aquisição</i>				
Compra centralizada [‡]	82,2 (80,5–84,0)	80,4 (76,2–84,7)	72,1 (68,7–75,6)	73,3 (70,3–76,3)
Demais	84,8 (83,6–86,0)	86,9 (84,2–89,7)	83,9 (82,0–85,7)	84,1 (82,4–85,7)

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

* municípios de maior porte= população superior a 290 mil habitantes.

** municípios de menor porte= população inferior a 290 mil habitantes.

A associação foi avaliada via modelo linear para amostras complexas.

[†]Diferença significativa entre os grupos capitais e municípios menores

[‡]Diferença significativa entre o grupo municípios menores e os outros dois grupos

[‡]Diferença significativa entre o grupo capitais e os outros dois grupos

Ao analisar as características das UD, como tipo (farmácia independente ou farmácia de UBS), responsável ser farmacêutico (sim/não), possuir sistema informatizado (sim/não) e a frequência de realização de inventário (pelo menos mensalmente ou bimestralmente e menos frequente), constatou-se, em todas as situações, disponibilidades médias abaixo de 80% para as classes de psicotrópicos/controle especial ($p < 0,05$) e tuberculostáticos ($p > 0,05$). O mesmo foi observado para os antissecretores/antiácidos, salvo associação com a presença de sistema informatizado (82,6%). Os antidiabéticos apresentaram pior disponibilidade média em farmácias de UBS (79,5%), em unidades sem farmacêutico responsável (74,6%), em locais sem sistema informatizado (76,8%) e com frequência de realização de inventário pelo menos mensalmente (78,9%; $p < 0,05$). O mesmo foi observado para os contraceptivos/hormônios com disponibilidades médias abaixo de 80% associadas a farmácias de UBS (76,3%), a unidades sem farmacêutico (73,0%; $p < 0,05$), a locais sem sistema informatizado (72,8%;

$p < 0,05$) e com frequência de realização de inventário pelo menos mensalmente (73,4%; $p < 0,05$). Para os anti-infecciosos, pior disponibilidade média foi observada em UD sem farmacêutico (67,9%; $p < 0,05$), seguida de ausência de sistema informatizado (69,8%; $p < 0,05$) e farmácias de UBS (73,4%; $p < 0,05$); mas independente da frequência de realização de inventário. Para as demais classes, em todas as situações a disponibilidade média de medicamentos foi superior a 80% (Tabela 5).

De modo geral, considerando os 50 traçadores, ter farmacêutico responsável pela UD de medicamento e haver sistema informatizado para registro de atividades de AF se associaram à maior disponibilidade média em todos os grupos de medicamentos em comparação às UD sem farmacêutico responsável e sem sistema informatizado ($p < 0,05$). Com relação ao tipo de UD, a disponibilidade média dos medicamentos essenciais nas farmácias independentes foi superior às farmácias de UBS, no entanto, esta diferença não foi estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Curiosamente, a disponibilidade média foi maior em unidades que realizavam o inventário de estoque com menor frequência (bimestral ou menos frequente) que pelo menos mensalmente ($p < 0,05$) (Tabela 6).

Com relação ao armazenamento dos medicamentos sujeitos a controle especial, na maioria das UD (56,6%) não havia armário com chave. Na análise de acondicionamento dos medicamentos termolábeis, constatou-se que 55,0% das UD tinham refrigerador/geladeira para armazenamento, sendo que em 47,2% destas, o armazenamento era exclusivo para medicamentos (Tabela 3). A disponibilidade média de medicamentos essenciais sujeitos a controle especial foi influenciada positivamente pela presença de local específico para armazená-los, entretanto disponibilidades médias mais elevadas foram observadas nas UD que tinham local específico para armazenamento em armário sem chave (98,1%), comparado ao armazenamento em armário com chave (86,7%; $p < 0,05$). A média da disponibilidade de medicamentos essenciais termolábeis (insulinas) foi mais elevada em farmácias que tinham geladeiras/refrigeradores com termômetro para controle e registro de temperatura (90,1%), em relação às UD com geladeiras/refrigeradores sem controle e registro de temperatura (82,3%; $p > 0,05$) (Tabela 7).

Tabela 5. Disponibilidade média de medicamentos essenciais, por classe terapêutica, segundo características. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, Brasil, 2015.

Classes Terapêuticas (ATC)	Características							
	Tipo de Unidade		Responsável Farmacêutico		Farmácia/UD possui sistema informatizado?		Frequência de realização de inventário	
	Farmácia Independente	Farmácia de UBS	Sim	Não	Sim	Não	Pelo menos mensalmente	Bimestralmente ou menos frequente
Antianêmicos (B03)	87,7	83,4	87,3*	81,5	89,6*	80,4	83,3	87,8
Antiasmáticos (H02/R03)	84,0	81,4	87,8*	77,1	88,1*	77,6	80,9	83,6
Antidiabéticos (A10)	86,2*	79,5	88,1*	74,6	85,9*	76,8	78,7*	85,6
Anti-hipertensivos (C03/C07/C09)	91,0*	85,7	91,2*	82,8	90,6 *	83,7	84,3 *	91,7
Anti-infecciosos (D01/G01/J01/J02)	83,0 *	73,4	83,7*	67,9	82,5*	69,8	74,0	76,5
AINEs (N02B/M01)	92,4*	85,1	91,8*	81,7	93,7*	81,1	85,5	87,5
Antiparasitários (P01/P02/P03)	81,3	86,1	87,8	83,7	89,2	83,1	84,2	88,1
Antissecretores/antiácidos (A02)	70,6	73,0	77,5*	69,0	82,6*	66,3	72,6	76,7
Contraceptivos/hormônios (G03)	83,6	76,3	83,0*	73,0	84,1*	72,8	74,6*	83,9
Psicotrópicos /contr.especial (N03/N06)	59,5*	25,7	54,7*	11,8	54,8*	14,4	23,7*	50,1
Tuberculostáticos (J04)	30,5	23,1	29,7	19,9	28,8	21,2	20,8	35,4
Geral (11 classes = 39 traçadores)	84,6	80,8	87,2*	76,9	87,6*	77,3	79,9*	85,5

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015. A associação foi avaliada via modelo linear para amostras complexas.

* p<0,05

Tabela 6. Disponibilidade média geral de medicamentos essenciais, segundo características de infraestrutura e técnico-gerenciais. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, Brasil, 2015.

Características	Disponibilidade % (IC 95%)
Tipo de unidade	
Farmácia independente	85,5 (80,7-90,4)
Farmácia de UBS	81,7 (79,8-83,7)
Responsável farmacêutico	
Sim	87,6 (85,0-90,3)*
Não	78,2 (75,8-80,6)
A Farmácia /UD possui sistema informatizado para registro das atividades da AF?	
Sim	88,4 (85,6-91,2)*
Não	78,3 (76,0-80,6)
O inventário do estoque é realizado com qual frequência?	
Pelo menos mensalmente	81,0 (79,2-82,8)*
Bimestralmente ou menos frequente	85,8 (81,6-90,0)

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015. A associação foi avaliada via modelo linear para amostras complexas.

* $p < 0,05$

Tabela 7. Disponibilidade média de medicamentos essenciais sujeitos a controle especial e termolábeis, segundo características do local de armazenamento. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos – Serviços, Brasil, 2015.

Característica	Disponibilidade % (IC 95%)
Existe um local específico e adequado para o armazenamento de medicamentos de controle especial? †	
Sim, há local específico (armário com chave)	86,7 (82,1-91,3)
Sim, porém não é um armário específico com chave	98,1 (95,4-100)
Não existe local específico	70,6 (47,1-94,1)
Como são armazenados os medicamentos termolábeis? ‡	
Em geladeiras/refrigeradores, com termômetro para controle e registro de temperatura	90,1 (87,3-93,0)
Em geladeiras/refrigeradores, porém sem controle e registro de temperatura	82,3 (64,1-100)

Fonte: PNAUM – Serviços, 2015.

Associação avaliada via modelo linear para amostras complexas.

†Disponibilidade de medicamentos controlados, diferença significativa entre a primeira e a segunda repostas, e a segunda e a terceira repostas.

‡Disponibilidade de medicamentos termolábeis, sem associação.

5 DISCUSSÃO

A disponibilidade de medicamentos essenciais nas UD, em quantidade e qualidade necessárias, pode ser entendida como o resultado de atividades técnico-gerenciais da AF (MENDES *et al.*, 2014) e influenciada pelas características da organização dos serviços públicos de saúde, no nível local, em função da diversidade administrativa existente entre os municípios, além de fatores associados às condições geográficas e epidemiológicas das diferentes regiões do Brasil.

A OMS recomenda a instituição de uma relação nacional de medicamentos essenciais (Rename) que funcione como orientadora para o processo de organização dos serviços estaduais e municipais. Os medicamentos selecionados devem atender a critérios que garantam qualidade, eficácia e segurança, e o conjunto destes medicamentos visa atender às demandas das populações vinculadas aos seus respectivos territórios, assegurando ganhos terapêuticos e econômicos, além de contribuir para a racionalidade na prescrição e o uso correto dos medicamentos (OPAS/OMS, 2016a).

De acordo com a recomendação da OPAS/OMS (2015), que preconiza a disponibilidade mínima de 80% de medicamentos essenciais, foi avaliada, neste estudo, a disponibilidade dos medicamentos traçadores, que estavam padronizados pelas Remume vigentes no período da pesquisa. A disponibilidade média observada para estes medicamentos foi de 83,3%, com médias acima de 80% nos três estratos de municípios (capitais, municípios de maior e menor porte). Este valor foi superior ao encontrado em dois estudos realizados em âmbito nacional, que também utilizaram medicamentos traçadores, e isto pode ser explicado pelo fato deste estudo considerar apenas a disponibilidade de medicamentos traçadores padronizados nos municípios, ou seja, nem todo município avaliado neste estudo teve sua disponibilidade balizada pelo número total dos itens de verificação, como nos estudos de Mendes *et al.* (2014) e NASCIMENTO *et al.* (2017). Apesar da seleção dos medicamentos traçadores ser baseada na Rename, conforme ponderação de Mendes *et al.* (2014), cabe ao gestor municipal a decisão de elencar os medicamentos mais adequados ao perfil epidemiológico local e, portanto, não se pode afastar a possibilidade de que a baixa disponibilidade de alguns itens tenha sido compensada pela oferta de outros medicamentos com a mesma indicação. Em contrapartida, também não se descarta a possibilidade de haver padronização de

medicamentos diferentes dos traçadores, que acabam não atendendo, em quantidade e qualidade, às demandas da população adscrita.

Apesar de haver uma política que estimula a utilização de medicamentos fitoterápicos (BRASIL, 2006), esta prática ainda se encontra incipiente, com dados de disponibilidade de apenas 0,8% (MENDES *et al.*, 2014) e 8,8% (NASCIMENTO *et al.*, 2017). Desta forma, para a maioria dos municípios, cujas Remume não contemplavam os fitoterápicos, o parâmetro dos medicamentos traçadores foi reduzido de 58 para, no máximo 50, sendo este um dos possíveis motivos que também pode ter impactado na maior disponibilidade geral encontrada neste estudo, comparado a 58,5% de MENDES *et al.*, 2014 e 62,5% de NASCIMENTO *et al.*, 2017, valores estes desconsiderando os medicamentos fitoterápicos na avaliação da disponibilidade geral.

Segundo Nascimento *et al.* (2017) a correlação entre melhor disponibilidade e porte populacional foi identificada no Brasil por outros estudos em que a taxa de fornecimento de medicamentos crescia com o porte populacional (BARRETO *et al.*, 2015; MENDES *et al.*, 2014). Municípios de menor porte podem ter a disponibilidade média influenciada pelo repasse insuficiente de recursos do nível federal e estadual, comprometendo os orçamentos municipais com gastos relativos à compra de medicamentos para atendimento às Remume. Além disto, estes municípios podem ter pequena escala de compra, que reduz o poder de negociação, quando comparado a capitais e municípios de maior porte. No entanto, de acordo com o presente estudo, observou-se não haver diferença significativa entre as disponibilidades dos estratos de municípios, exceto quando associadas à aquisição centralizada.

Das 5 classes terapêuticas com disponibilidades médias inferiores a 80%, duas referem-se a medicamentos de aquisição centralizada: contraceptivos/hormônios e tuberculostáticos. Apesar da classe de antidiabéticos apresentar disponibilidade média superior a 80%, as insulinas, que também são adquiridas e financiadas pelo governo federal, apresentaram média inferior. Estudo de Nascimento *et al.* (2017), que avaliou também a disponibilidade de cada um dos medicamentos traçadores, identificou baixa disponibilidade para estes medicamentos de aquisição centralizada, incluindo a nicotina (15,3%). A disponibilidade destes medicamentos pode estar influenciada também pela logística de distribuição, seja por questão dos meios de transporte disponíveis para realização da entrega dos medicamentos ou pela distância dos municípios em relação às centrais de distribuição. A disponibilidade média

de insulinas e contraceptivos/hormônios encontrada nos municípios de menor porte pode estar relacionada à forma de distribuição destes insumos pelo governo federal, uma vez que a entrega direta deles ocorre somente para os almoxarifados de capitais e municípios com população maior que 500 mil habitantes.

Com relação à disponibilidade por classe terapêutica, observou-se que os tuberculostáticos seguido dos psicotrópicos/controlado especial foram as classes com menor disponibilidade no âmbito nacional, fato este, também observado nos três estratos de municípios.

A disponibilidade média dos medicamentos tuberculostáticos ficou abaixo de 80% nos três estratos de municípios, com média superior para as capitais, comparada aos demais estratos ($p < 0,05$). As características farmácia independente, presença de farmacêutico responsável técnico, existência de sistema informatizado e realização de inventário bimestralmente ou com frequência inferior impactaram positivamente na disponibilidade, contudo estas diferenças não foram estatisticamente significativas. Um dos possíveis fatores que poderia explicar a maior disponibilidade dos tuberculostáticos nas capitais brasileiras seria a alta incidência de tuberculose nestas cidades. Dezesesseis capitais (59,3%) estavam com coeficiente de incidência superior à média nacional (33,5 casos novos/100.000 hab.), em 2014 (BRASIL, 2015a), acarretando em maior demanda dessa classe terapêutica neste estrato de municípios. Isto pode ter refletido no maior número de UD com disponibilidade destes medicamentos em seus estoques. Apesar da maior disponibilidade média estar nas capitais, a porcentagem foi bem inferior aos 80% preconizados.

O esquema para tratamento da tuberculose foi alterado em 2009 (BRASIL, 2011d) e o medicamento adotado na farmacoterapia em adultos passou a ser a dose fixa combinada (rifampicina+isoniazida+pirazinamida+etambutol), com aquisição e distribuição realizada pelo governo federal. O outro traçador da classe terapêutica analisada, a rifampicina 300mg, como monoterapia, não constitui alternativa terapêutica para o tratamento da tuberculose. Dessa forma, na tentativa de racionalizarem o uso e evitarem perdas, alguns municípios podem ter planejado estratégias logísticas que centralizassem a dispensação dos tuberculostáticos em algumas UD ou realizassem a distribuição destes medicamentos às UD mediante demanda e, neste caso, não disponibilizariam estoque mínimo deles em todas as farmácias. Esta estratégia pode estar prevista, principalmente, na gestão da AF de municípios com menor incidência de casos de tuberculose, tanto que a disponibilidade média encontrada

para as capitais foi superior aos municípios de maior e menor porte. Este poderia ser mais um dos fatores associados à baixa disponibilidade geral encontrada neste estudo para esta classe terapêutica (24,1%). No entanto, não é possível avaliar se essa forma de gestão logística represente dificuldade no acesso ao tratamento oportuno (assim que confirmado o diagnóstico), conforme preconizado pelo MS (BRASIL, 2018d). Com a aprovação da “Estratégia pelo Fim da Tuberculose”, pela Assembleia Mundial da Saúde (AMS), em 2014, propôs-se como objetivo o fim da epidemia global da doença tendo, dentre os componentes para prevenção e cuidado integral e centrado no paciente, o tratamento para todos os casos de tuberculose e tratamento preventivo para as pessoas com alto risco de adoecimento. Desta forma, com o Brasil ocupando a 20ª. posição dentre os 30 países de maior coeficiente de incidência de tuberculose, é importante investigar se esta baixa disponibilidade média de medicamentos tuberculostáticos (dose fixa para o tratamento e agora, rifampicina 300mg, como alternativa terapêutica para prevenção/infecção latente, juntamente com a isoniazida 100mg), principalmente em relação aos municípios de maior e menor porte, teria impacto para o alcance das metas dessa Estratégia (BRASIL, 2018d)

A disponibilidade de medicamentos psicotrópicos/controlado especial está condicionada ao atendimento de requisitos regulatórios, dentre eles a exigência de área física protegida para armazenagem, com chave, além da obrigatoriedade, sem exceção, de responsabilidade técnica farmacêutica nos locais que os dispensam (BRASIL, 1998b; MENDES *et al.*, 2014). O fato da disponibilidade destes medicamentos ser maior nas farmácias independentes sugere que a dispensação desta classe pode estar centralizada nestas UD e em parte das farmácias de UBS, selecionadas a critério do gestor local. Além disto, somente 43,4% das UD possuíam armário com chave para armazenamento destes medicamentos, estando de acordo com o percentual de UD com farmacêutico na função de responsável técnico (43,0%), que também podem corroborar a possível centralização de dispensação de medicamentos sob controle especial. Mendes *et al.* (2014), que caracterizou a disponibilidade de medicamentos nas UBS no Brasil em 2012, verificou que poucas destas ofertavam os psicotrópicos/controlado especial (5,7%), além disso, em apenas 3,3% das farmácias que dispensavam estes medicamentos, a disponibilidade era igual ou superior a 80%.

Não se pode inferir que a presença do farmacêutico, no presente estudo, esteja vinculada somente às UD que dispensam medicamentos sujeitos a controle especial, mas observou-se esta tendência. A centralização da dispensação pode ser atribuída a questões legais, mas

também influenciada por racionalização de gastos com recursos humanos e estruturais, visto que 42,6% das UD funcionam sem a assistência diária deste profissional. Além dos aspectos legais, vale ressaltar a importância da presença do farmacêutico nas unidades que dispensam medicamentos de controle especial com vistas à supervisão da entrega do medicamento correto, com orientação em relação ao uso adequado, auxiliando na segurança do paciente (farmacovigilância), além de avaliar estratégias de educação em saúde para promoção do URM.

Leite *et al.* (2017), em estudo conduzido na PNAUM que buscou caracterizar os serviços de dispensação de medicamentos na rede de atenção básica no Brasil, verificou que a centralização da dispensação de medicamentos em farmácias independentes esteve associada a melhores condições estruturais e de profissionais. Observou-se que o modelo de farmácia independente apresenta um perfil de estrutura mais desenvolvido, com maior espaço físico, maior carga horária de atendimento, maior número de pacientes atendidos, maior proporção de unidades com sistema informatizado com profissionais exclusivos para este serviço, e maior número de unidades com farmacêuticos responsáveis.

Não foi possível avaliar, neste estudo, se havia correlação de proximidade entre as farmácias que dispensam medicamentos psicotrópicos/controle especial e a rede de apoio clínico em saúde mental (generalistas, psiquiatras e psicólogos). Da mesma forma, não foi avaliada a existência de padronização de outros medicamentos desta classe terapêutica. Os medicamentos traçadores amitriptilina e fluoxetina, por exemplo, únicos medicamentos constantes na relação de medicamentos essenciais da OMS (2017) para tratamento de distúrbios depressivos, podem ter suas disponibilidades de fato reduzidas ou compensadas pela padronização de outros antidepressivos com eficácia semelhante, porém mais seguros, no caso da amitriptilina, principalmente para a população idosa (AGS, 2019).

Estudo de ÁLVARES *et al.* (2017b) apontou que 83,0% dos usuários afirmaram ser muito fácil/fácil chegar até a UBS, no entanto, não houve associação entre o acesso e as farmácias independentes, não permitindo avaliar se estas também estariam distribuídas de modo a facilitar o acesso. Portanto, seria importante a realização de novos estudos que possam avaliar o impacto dessa possível centralização na acessibilidade geográfica para tuberculostáticos e medicamentos psicotrópicos/controle especial.

A média da disponibilidade de medicamentos essenciais termolábeis foi maior nas capitais, com diferença significativa em relação aos municípios de menor porte, e nas UD que tinham geladeiras/refrigeradores com termômetro para controle e registro de temperatura. Mesmo com alto valor atribuído à disponibilidade de termolábeis, na presença de refrigerador, a disponibilidade média em âmbito nacional foi de 73,8%. Apenas as capitais e municípios de maior porte apresentaram disponibilidade acima de 80%. No entanto, estes valores parecem não concordar com o baixo percentual nacional de UD que possuíam refrigerador (55,0%). Costa *et al.* (2017), em estudo conduzido na PNAUM, que avaliou a situação sanitária dos medicamentos no Brasil, apontou a existência de 47,2% de geladeiras/freezer para armazenamento exclusivo de medicamentos, e evidenciou frequência desproporcional destes equipamentos nas cinco regiões do país (de 21,3%, na região Nordeste, a 76,0%, na região Sudeste). O Nordeste costuma apresentar médias de temperatura frequentemente acima de 30°C, em contrapartida, os municípios desta região tiveram o menor percentual de UD com refrigeradores, exclusivos para medicamentos ou não (29,8%), presença de termômetro digital para verificação da temperatura da geladeira (16,2%) e do ambiente (6,1%), além possuir ar condicionado na área de dispensação em apenas 29,0% das farmácias. Tal fato pode representar um alerta em relação à manutenção da qualidade dos medicamentos termolábeis, visto que a disponibilidade média de insulina NPH e regular, nesta região foi de 55,5% e 50,6%, respectivamente (NASCIMENTO *et al.*, 2017).

Em relação à disponibilidade das insulinas, outra questão a ser considerada diz respeito à provável falta de veículos adequados para o transporte e de rodovias em bom estado de conservação, fatores que podem prejudicar o processo de logística e a qualidade dos medicamentos transportados no Brasil, por se tratar de um país com grande dimensão territorial e o meio de transporte mais utilizado ser o rodoviário (59%) (CARVALHO JR, MACEDO, 2012). Com isso, os cuidados relacionados ao armazenamento e o transporte adequado de medicamentos termolábeis devem ser redobrados.

Com relação aos anti-infecciosos, vale ressaltar que os medicamentos traçadores utilizados para este estudo podem não atender às mesmas demandas epidemiológicas dos municípios avaliados. Dessa forma, a compensação, mediante padronização de outros medicamentos, pode ser um dos fatores que afetaram a média de disponibilidade geral dos anti-infecciosos traçadores (74,7%). Exemplo deste panorama foi a incorporação, em abril de 2015, da ceftriaxona 500mg injetável para o tratamento da gonorreia resistente ao cloridrato de

ciprofloxacino (BRASIL, 2015b), que coincidiu com o final do período de coleta dos dados para esta pesquisa (julho/2014 a maio/2015). Por se tratar de medicamentos para tratamento prioritariamente de condições agudas, que podem ser influenciadas pelo efeito da sazonalidade e contextos epidemiológicos locais, o estoque dos agentes anti-infecciosos requer um controle maior a fim de evitar faltas (quantidade demandada maior que a programada). Outra consideração, em relação a esta classe terapêutica, diz respeito à disponibilidade média da benzilpenicilina benzatina, medicamento de escolha para o tratamento da sífilis, único fármaco seguro e eficaz para a sífilis na gestação e a opção recomendada para o tratamento da sífilis congênita (CARDOSO *et al.*, 2017; BRASIL, 2015b). Houve problemas na aquisição de matéria-prima pelas empresas produtoras da benzilpenicilina benzatina, em maio e junho de 2014, persistindo com períodos de faltas até 2017 (CARDOSO *et al.*, 2017). O desabastecimento coincidiu com o período de coleta de dados deste estudo, de modo que pode ter influenciado na baixa disponibilidade média nacional para a benzilpenicilina benzatina (49,5%); a menor dentre os anti-infecciosos traçadores analisados por Nascimento *et al.* (2017). Neste estudo, observou-se também disponibilidade média inferior a 80% para todos os anti-infecciosos da classe, variando de 49,5% da benzilpenicilina benzatina, a 74,9% de fluconazol/itraconazol.

A disponibilidade média dos medicamentos foi influenciada pelo tipo de UD, sendo superior nas farmácias independentes em cinco classes terapêuticas (anti-infecciosos, AINEs, antidiabéticos, anti-hipertensivos e psicotrópicos/controle especial), quando comparada às farmácias de UBS ($p < 0,05$). A disponibilidade média para os antidiabéticos, associada às farmácias de UBS, foi de 79,5%, que pode ser impactante para a saúde pública, por se tratar de uma condição de alta prevalência nacional, 8 a 9% da população (4º. lugar mundial em número de indivíduos com diabetes) (SBD, 2017), e por estimar que a glicemia elevada é o terceiro fator, em importância, da causa de mortalidade prematura, superada apenas por pressão arterial aumentada e uso de tabaco (WHO, 2009). Não foram observadas diferenças estatisticamente significantes para o tipo de UD em relação à disponibilidade média geral de medicamentos essenciais e não foi possível verificar se há diferença no perfil assistencial entre estes grupos de UD, exceto em relação aos psicotrópicos/controle especial, com disponibilidade maior nas farmácias independentes.

No presente estudo, mesmo com apenas 44,5% das UD contando com a assistência de farmacêutico durante todo o horário de funcionamento, verificou-se impacto positivo na

disponibilidade, comparada às unidades em que ele não era o responsável. A presença do farmacêutico pode estar associada a um melhor gerenciamento das atividades técnico-gerenciais, influenciando em maior disponibilidade de medicamentos nas UD, fato este também reforçado positivamente pela existência de sistema informatizado para gestão da AF.

Em outro estudo, Mendes *et al.* (2014) verificou maior chance de disponibilidade (> 80%, para o conjunto de 56 medicamentos-chave considerados na investigação) nas UBS com indicativos de AF melhor organizada, ou seja, que contavam com apoio de farmacêutico (OR=1,23; p=0,000), UBS com sala para estocagem de medicamentos (ORajust=2,38; p=0,000) e geladeira para a farmácia (ORajust=4,57; p=0,000).

A presença do farmacêutico, inserido nas equipes de saúde do SUS, tem contribuído de forma significativa para a melhora na saúde da população local, além de gerar economia aos cofres públicos, humanizar o atendimento e, interferir, de forma positiva, na gestão da logística dos medicamentos e nos cuidados em saúde da população (CFF, 2015). Estudo que avaliou o processo da inserção do farmacêutico na equipe de uma UBS em São Paulo verificou que a atuação do farmacêutico apresentou resultados estatisticamente significativos na redução da falta de medicamentos e contribuiu, efetivamente, para o acesso e a promoção do URM (MELO, CASTRO, 2017). A presença do farmacêutico na UD, neste contexto, pode estar associada a revisões mais periódicas do consumo médio dos medicamentos, proporcionando programações mais adequadas ao perfil epidemiológico local e, assim, reduzir número de faltas evitáveis (de medicamentos que possuem estoque nas centrais de abastecimento do município). Vieira (2008) verificou a partir de relatórios de fiscalização de municípios de São Paulo na Controladoria Geral da União (CGU), entre agosto de 2004 e julho de 2006, que os municípios em que havia falta de medicamentos, apresentavam como principal problema (81%), o “controle de estoque ausente ou deficiente”.

Para que haja regularidade na disponibilidade de medicamentos no nível local, uma atividade importante é o controle de estoque, visando subsidiar a programação e aquisição de medicamentos, na manutenção dos níveis de estoque necessários ao atendimento da demanda, evitando-se a superposição de estoque ou desabastecimento do sistema (BRASIL, 2006). Melo e Castro (2017) observaram redução no percentual de não dispensação, em decorrência de faltas no estoque, dos medicamentos da Remume que eram prescritos na UBS de São Paulo que adotou a realização de inventários periódicos diários e semanais, de acordo com as

características dos medicamentos (10,7%, em 2007, para 1,3%, em 2011; com $p < 0.0000001$). Neste estudo, a realização de inventários de estoque com intervalos de até um mês, ao contrário do que se esperava, não proporcionou maior disponibilidade de medicamentos, quando comparado às UD que realizavam com frequência de intervalos superiores a um mês.

Limitações

Os resultados de disponibilidade geral e por classe terapêutica podem estar, de certa forma, superestimados por considerarem a existência de ao menos uma unidade farmacêutica disponível no estoque no momento da observação que, para a maioria dos medicamentos, não representa a quantidade adequada para tratamento total ou mensal, no caso de condições crônicas. Esta limitação também ocorreu nos estudos de Mendes *et al.* (2014) e Nascimento *et al.* (2017).

Vale ressaltar que este estudo é transversal e permite identificar a disponibilidade apenas no momento da realização da entrevista, não considerando o fato que o fluxo de medicamentos no estoque (entradas e saídas) é dinâmico e varia também em função da organização do município, como por exemplo, a periodicidade em que são realizados os ressuprimentos, vinculados ou não à realização de inventários de estoque, e a capacidade que cada UD possui para estocar os medicamentos que serão dispensados aos usuários. Além disso, não foi possível avaliar, neste estudo, o possível impacto do financiamento de União e Estados, estratégias adotadas pelos municípios para aquisição de medicamentos e formas de alocação de recursos municipais sobre a disponibilidade média, principalmente em relação aos estratos de municípios.

O farmacêutico que atua na APS pode ter sua carga horária dividida entre atividades técnicas-gerenciais e técnico-assistenciais ou até mesmo, atuando em mais de uma US, conforme organização da AF municipal. Mesmo atuando de forma parcial no serviço (13,0% dos farmacêuticos), estes profissionais também podem ter contribuído para os resultados. Dessa forma, os dados de disponibilidade média associada com a presença de farmacêutico responsável pela UD podem ter sido influenciados também pelas intervenções dos profissionais que estavam presentes durante parte do horário de funcionamento da farmácia.

Pontos positivos

O estudo foi realizado utilizando-se dados de uma pesquisa nacional, com amostra significativa de UD, contemplando as cinco regiões do país e com análise por extrato de municípios. Foi um estudo pioneiro ao utilizar as Remume como filtro para avaliação das disponibilidades dos medicamentos essenciais, considerando as particularidades de cada município; além de identificar a influência negativa da aquisição centralizada na disponibilidade de medicamentos em municípios de menor porte. Apresentou achados importantes em relação ao impacto positivo da presença de farmacêutico, conforme preconizado pela legislação vigente, e da existência de sistema informatizado de gestão da AF na disponibilidade de medicamentos essenciais na APS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A AF integral é um desafio dentro de um sistema universal de saúde, principalmente em relação ao Brasil, com dimensão territorial continental, com diversidade geográfica e diferenças socioeconômicas importantes. Dessa forma, garantir uma AF plena significa prover medicamentos essenciais, em quantidade e qualidade, que atendam às demandas epidemiológicas da população, por meio de seleção qualificada para obtenção de Remume que sejam, de fato, norteadoras para a qualidade das prescrições e capazes de impactar positivamente nos desfechos de saúde.

O estudo apontou que a maioria dos municípios dispõe de Remume, mas que isto isoladamente não foi suficiente para garantir a disponibilidade média acima de 80% em todos os quesitos avaliados. A disponibilidade média foi influenciada positivamente nas UD que contavam com farmacêutico responsável e sistema informatizado para gestão da AF. No geral, municípios de menor porte apresentaram médias menores, comparadas a capitais e municípios maiores, sobretudo em relação às classes terapêuticas que contemplavam algum traçador de aquisição centralizada. A baixa disponibilidade média dos medicamentos psicotrópicos/controlado especial e tuberculostáticos evidencia a necessidade de melhorias na AF e de estudos que possibilitem avaliar o impacto disto em duas áreas importantes da APS: a saúde mental e as doenças infectocontagiosas de notificação compulsória.

Com isso, propostas que visem a garantia e ampliação de financiamento para a aquisição de medicamentos pelos municípios, o aumento no número de profissionais farmacêuticos na APS, atualizações constantes da Rename e Remume, melhorias na infraestrutura das UD (principalmente, com relação às condições de armazenamento dos medicamentos psicotrópicos/controlado especial e termolábeis), a operacionalização das atividades farmacêuticas técnico-gerenciais por meio de sistema informatizado e aprimoramento dos sistemas logísticos de distribuição dos medicamentos de aquisição centralizada sejam importantes para garantir o acesso universal a medicamentos efetivos e seguros, com qualidade e quantidade suficientes para atender às demandas da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁLVARES, J.; GUERRA, Junior A.A.; ARAÚJO, V.E.; ALMEIDA, A.M.; DIAS, C.Z.; OLIVEIRA B.A.; *et al.* **Acesso aos medicamentos pelos usuários da atenção primária no Sistema Único de Saúde.** Rev Saúde Pública. 2017(a);51 Supl2:20s.

ÁLVARES, J.; ALVES, M.C.G.P., ESCUDER, M.M.L.; ALMEIDA, A.M.; IZIDORO, J.B.; GUERRA, Júnior A.A.; *et al.* **Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos: métodos.** Rev. Saúde Pública. 2017(b); 51 Supl. 2:4s.

American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. J Am Geriatr Soc. 2019. April, 2019–vol. 67, n°. 4. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/jgs.15767>>. Acesso em: 23 mai. 2019.

Barreto, M.N.S.C.; Cesse, E.A.P.; Lima, R.F.; Marinho, M.G.S.; Specht, Y.S.; Carvalho, E.M.F.; *et al.* **Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil.** Rev. Bras. Epidemiol. 2015;18(2):413-24.

Brasil. Ministério da Saúde. **Almoxarifados Centrais de Medicamentos.** Brasília, 1984.

Brasil. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.** Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. 292p.

Brasil. Ministério da Saúde. **Boas Práticas para Estocagem de Medicamentos.** Brasília, 1989.

Brasil. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 20 de setembro de 1990; Seção 1:18055.

Brasil. **Lei Federal nº 8.666, 21 jun. 1993.** Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2203, de 5 de novembro de 1996.** Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB - SUS 01/96. Diário Oficial da União, Brasília, v.84, n.216, p.22932, 6 nov. 1996. Seção 1.

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria GM. nº 3916, de 30 de outubro de 1998.** Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil; 1998.

Brasil. Ministério da Saúde/SNVS. **Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998.** Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 31 de dezembro de 1998 (b).

Brasil. **Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências, 1999(a).

Brasil. **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999.** Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências, 1999(b).

Brasil. **Portaria GM/MS nº 176, de 8 de março de 1999.** Estabelece critérios e requisitos para a qualificação dos municípios e estados ao incentivo à Assistência Farmacêutica Básica e define valores a serem transferidos, 1999(c).

Brasil. Ministério da Saúde. **Política Federal de Assistência Farmacêutica 1990 a 2002.** Ministério da Saúde; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004.** Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2004(a).

Brasil. **Decreto nº 5.090, de 20 de maio de 2004.** Regulamenta a Lei nº 10.858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa "Farmácia Popular do Brasil", e dá outras providências, 2004(b).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006(a).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006(b).

Brasil. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto, 2006 (c)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <https://farmacia.ufba.br/sites/farmacia.ufba.br/files/diretrizes_de_farmacias_no_sus.pdf>. Acesso em 08 jun. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 184, de 3 de fevereiro de 2011.** Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, n. 25, p. 35, 4 fev. 2011(a).

Brasil. Ministério da Saúde. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; 2011(b).

Brasil. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7646, de 21 de dezembro de 2011.** Dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. 2011(c).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011(d).

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

Brasil. **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), 2013 (a).

Brasil. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. **Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ) – (PMAQ2 - 2013) – Resultado da avaliação – Medicamentos disponíveis nas UBS.** 2013 (b). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/cidadao_pmaq2.php?conteudo=resultado_avaliacaoFORM>. Acesso em: 22 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 9 – Detectar, tratar e curar: desafios e estratégias brasileiras frente à tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, Vol 46, 2015 (a). 19p. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/25/Boletim-tuberculose-2015.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2019

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégico, 2015(b). Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf. Acesso em: 26 mai. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal do Ministério da Saúde. **Programa Farmácia Popular**. Publicado em: 9 de maio de 2017 (2017a). Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/693-aco-es-e-programas/40176-farmacia-popular>. Acesso em: 6 fev. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal do Ministério da Saúde. **Farmácia Popular - Campanha saúde não tem preço** (2017b). Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/aco-es-e-programas/farmacia-popular/campanha-saude-nao-tem-preco>. Acesso em: 22 ago. 2018.

Brasil. Portal Brasil. Governo Federal. Saúde. **Estados e municípios recebem R\$ 100 milhões para compra de remédios básicos** (2017c). Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2017/04/estados-e-municipios-recebem-r-100-milhoes-para-compra-de-remedios-basicos>. Acesso em: 22 ago. 2018.

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018(a). 125 p. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_farmacutica_sus_relatorio_recomendacoes.pdf. Acesso em: 08 jun. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename 2018** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018(b). 218 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal do Ministério da Saúde. **Ministério da Saúde libera R\$ 4,9 milhões para reformas de UBS** (2018c). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44953-ministerio-da-saude-libera-r-4-9-milhoes-para-reformas-de-ubs>>. Acesso em: 5 jun. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018 (d).

Cardoso, A.S.T; Souza, G.S.; Costa, E.A.; Araújo, P.S.; Lima, Y.O.R. **Desabastecimento da penicilina e impactos para a saúde da população**. Observatório de Análise Política em Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, UFBA; 16 de maio de 2017. Disponível em: <<http://analisepoliticaemsaude.org/oaps/pensamentos/8d4373c163b7217b193ffdc7c29135b3/4/>> Acesso em: 26 mai. 2019.

Carvalho Junior, S.; Macedo, S.H.M. **Logística Farmacêutica Geral: da teoria à prática**. São Paulo: CONTENTO, 2012.

Carvalho, M.N.; Dalla Costa, E.M.O.; Sakai, M.H.; Gil, C.R.R.; Leite, S.N. **Expansão e diversificação da força de trabalho superior nas Unidades Básicas de Saúde no Brasil, 2008 - 2013**. Saúde Debate. 2016; 40 (109): 154-162. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104201610912>>. Acesso em: 08 jun. 2019.

Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. **Formação de recursos humanos para a área farmacêutica: documento síntese**. Brasília: CGEE; 2003. Disponível em: <https://www.cgee.org.br/documents/10195/734063/m04a07_doc_sintese_1062.pdf/bd55f041-4ba1-46b6-9f44-07d373d3836a?version=1.0>. Acesso em: 08 jun. 2019.

Conselho Federal de Farmácia. **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação** / Fernanda Manzini...[et al.]. – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2015. 298 p.: il. Disponível em: < <http://www.cff.org.br/userfiles/file/livro.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2019.

Conselho Federal de Farmácia. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual**. Conselho Federal de Farmácia – Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 200 p.: il. Disponível em: < http://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2019.

Correr, C.J.; Otuki, M.F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013. 440p.

Costa, E.A.; Araújo, P.S.; Pereira, M.T.; *et al.* **Questões técnicas e condições de conservação de medicamentos na atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde.** Rev Saúde Pública. 2017; 51 (supl. 2): 12s.

Descritores em Ciências da Saúde: DeCS.*. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2017. Disponível em: < <http://decs.bvsalud.org> >. Acesso em 01 ago. 2019.

Emmerick, I.C.M. **Dimensões e determinantes do acesso a medicamentos em três países da América Central.** Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

Garcia, M.M.; Guerra Junior, A.A.; Acúrcio, F.A. **Avaliação econômica dos Programas Rede Farmácia de Minas do SUS versus Farmácia Popular do Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 22(1):221-233, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2017.v22n1/221-233/pt>>. Acesso em: 31 jul. 2019.

Gomes, C.A.P.; Fonseca, A.L.; Rosa, M.B., Machado, M.C.; Fassy, M.F.; Silva, R.M.C.; *et al.* **A assistência farmacêutica na atenção à saúde.** 2. ed. Belo Horizonte: Fundação Ezequiel Neves; 2010.

Guerra Junior, A.A.; Acurcio, F.A.; Gomes, C.A.P.; Miralles, M.; Girardi, S.N.; Werneck, G.A.F.; Carvalho, C.L. **Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil.** Rev. Panam Salud P Pública 2004; 15(3): 168-175.

Instituto de Pós-Graduação para Farmacêuticos – ICTQ. **Como funciona a compra de medicamentos pelo SUS.** Publicado em: 12 nov. 2018. Disponível em: <<https://www.ictq.com.br/varejo-farmaceutico/826-como-funciona-a-compra-de-medicamentos-pelo-sus>>. Acesso em: 5 jun. 2019.

Leite, S.N.; Bernardo, N.L.M.C.; Álvares, J.; Guerra Junior, A.A.; Costa, E.A.; Acurcio, F.A.; *et al.* **Serviço de dispensação de medicamentos na atenção básica no SUS.** Rev. Saúde Pública. 2017; 51Supl 2:11s.

Management Sciences for Health (msh). 2012. **MDS-3: managing access to medicines and health technologies.** Arlington: MSH; 2012. Disponível em: <<https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19577en/s19577en.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2019.

Marcondes, N.S.P. **A Assistência Farmacêutica Básica e o Uso de Medicamentos na Zona Urbana do Município de Ponta Grossa Paraná: estudo de caso.** 2002. 157 p. Dissertação (Mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Curso Interinstitucional de Mestrado em Saúde Pública, Universidade Estadual de Ponta Grossa. Rio de Janeiro.

Marin N.; Luiza, V.L.; Osório de Castro, C.G.S.; Machado dos Santos, S. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/84%20-%20MARIN%20N%20ET%20AL%20Assistencia%20Farmaceutica%20para%20gerentes%20municipais_2003.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2019.

Melo, D.O.; Castro, L.L.C. **A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2017; 22(1):235-244. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100235&lng=en&nrm=iso&tlng=pt&ORIGINALLANG=pt>. Acesso em: 08 jun. 2019.

Mendes, E.V. **As redes de atenção à saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5): 2297-2305, 2010.

Mendes, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549p.: il. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2019.

Mendes, L.V.; Campos, M.R.; Chaves, G.C.; Silva, R.M.; Freitas, P.S.; Costa, K.S.; Luiza, V.L. **Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal**. *Saúde Debate*. Outubro, 2014; 38: 109-123.

Menolli, P.V.; Ivama, A.M.; Cordoni Júnior, L. **Description of the pharmaceutical services offered by the universal health care system at the primary care level in Londrina, Paraná, Brazil**. *Rev Panam. Salud. Publica*. 2009 Mar;25(3):254-9.

Nascimento, R.C.R.M.; Álvares, J.; Guerra Junior, A.A.; Gomes, I.C.; Costa, E.A.; Leite, S.N.; *et al.* **Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde**. *Ver Saúde Pública*. 2017; 51Supl 2:10s

Naves, J.O.S.; Silver, L.D. **Evaluation of pharmaceutical assistance in public primary care in Brasília, Brazil**. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39(2):223-230.

Oliveira, L.C.F.; Assis, M.M.A.; Barboni, A.R. **Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde**. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2010 Nov; 15 (Supl3): 3561-3567.

Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília (DF): OPAS, MS; 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_assistencia_farmaceutica_estrutura_resultados.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2019.

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Brasil, Ministério da Saúde. **Avaliação da Assistência Farmacêutica: estrutura, processo e resultados**. Brasília: OPAS/OMS; Ministério da Saúde; 2005. 260p.

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Brasil. **Doenças crônicas não transmissíveis causam 16 milhões de mortes prematuras todos os anos**. Publicado em: 19 de janeiro de 2015. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=4766:doencas-chronicas-nao-transmissiveis-causam-16-milhoes-de-mortes-prematuras-todos-os-anos&Itemid=839>. Acesso em: 22 ago. 2018.

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Brasil. **Planejamento, Programação e Aquisição: prever para prover**. Brasília: OPAS/OMS; 2016 (a), Vol. 1, nº 10. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&alias=1538-planejamento-programacao-e-aquisicao-prever-para-prover-8&Itemid=965>. Acesso em: 15 mai. 2019.

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Brasil. **Armazenamento e distribuição: o medicamento também merece cuidados**. Brasília: OPAS/OMS; 2016 (b), Vol. 1, nº 12. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1540-armazenamento-e-distribuiçao-o-medicamento-tambem-merece-cuidados-0&category_slug=serie-uso-racional-medicamentos-284&Itemid=965>. Acesso em: 08 jun. 2019.

Organización Panamericana de la Salud. **Servicios farmacéuticos basados en la atención primaria de salud: documento de posición de la OPS/OMS**. Washington, DC: OPS; 2013. Disponível em: <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/SerieRAPSANo6-2013.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2019.

Penchansky, R; Thomas, J.W. **The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction**. MedCare. 1981;19(2):127-40.

Perini, E. **Assistência farmacêutica: fundamentos teóricos e conceituais**. In: Acurcio FA, editor. Medicamentos e assistência farmacêutica. Belo Horizonte: Coopmed; 2003.
Silva, R.M.; Caetano, R. **Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012**. Ciência & Saúde Coletiva, 20(10): 2943-2956, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Atlas IDF 2017 – Diabetes no Brasil**. Disponível em: < <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2018/poster-atlas-idf-2017.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

Soler, O; Rosa, M.B.; Fonseca, A.L.; Fassy, M.F.; Machado, M.C.; Silva, R.M.C., *et al.* **Assistência farmacêutica clínica na atenção primária à saúde por meio do programa saúde da família**. Rev. Bras Farm. 2010; 91(1): 37-45.

Tasca, R.S.; Soares, D.A.; Cuman, R.K.N. **Acesso a medicamentos anti-hipertensivos em unidade básica de saúde em Maringá-Paraná**. Arq Ciências Saúde Unipar 1999; 3(2): 117-124.

Vieira, F.S. **Qualificação dos serviços farmacêuticos no Brasil: aspectos inconclusos da agenda do Sistema Único de Saúde**. Rev Panam Salud Pública 2008; 24(2):91- 100.

Vieira, S.V. **Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde**. Ciência Saúde Coletiva 2007; 12(1): 213-220.

World Health Organization. **The Medicines Strategy 2008-2013**. Geneva: WHO; 2008. Disponível em: <https://www.who.int/medicines/publications/Medicines_Strategy_draft08-13.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2019.

World Health Organization. **Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks**. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2009.

World Health Organization. **WHO Model Lists of Essential Medicines – 20th list edition; March, 2017**. Disponível em: <<https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>>. Acesso em: 23 mai. 2019.

World Health Organization. **WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD assignment 2019**. Oslo, Norway, 2018. Disponível em: < https://www.whocc.no/filearchive/publications/2019_guidelines_web.pdf>. Acesso em: 09 jun. 2019.

World Health Organization. **WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology – ATC/DDD Index 2019**. Oslo, Norway, 2019. Disponível em: <https://www.whocc.no/atc_ddd_index/>. Acesso em: 09 jun. 2019

ANEXO I


Questionário para o profissional responsável pela Dispensação de Remédio na Farmácia Pública Municipal ou Farmácia da UBS

Bom dia/ boa tarde/ boa noite! O meu nome é _____. Eu sou entrevistador (a) do instituto de pesquisa CP2 – Consultoria, Pesquisa e Planejamento, sediado em Belo Horizonte. Estamos realizando uma pesquisa cujo objetivo é conhecer o acesso e utilização de medicamentos nas unidades básicas de saúde (UBS). Este questionário é confidencial e as informações que você fornecer serão tratadas de forma estatística, de acordo com o código de ética da ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – à qual a CP2 é filiada.

Data da entrevista |__|_|_| / |__|_|_| / |__|_|_|_|_|

Horário do INÍCIO da entrevista |__|_|:|__|_|

1. Informações Gerais da Farmácia/ Unidade de dispensação

1. CNES - Número do Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde [__][__][__][__][__][__]
2. Município: _____ [__][__]
3. Nome da Unidade Básica de Saúde _____ [__][__]
4. Endereço: _____
5. Estado: _____ [__][__]
6. CEP: [__][__][__][__][__][__]-[__][__][__]
7. Telefone: _____

2. Informações do Entrevistado

8. Nome do responsável pela Farmácia/ Unidade de dispensação: _____
9. Sexo:
 1. Feminino
 2. Masculino [__][__]
10. Qual a sua data de nascimento? _____
11. Qual sua cor ou raça?
 1. Branca
 2. Preta
 3. Amarela
 4. Parda
 5. Indígena [__][__]
12. Qual seu estado civil?
 1. Solteiro (a)
 2. Casado (a)
 3. União estável
 4. Divorciado (a)/ Separado judicialmente
 5. Viúvo [__][__]
13. Qual o nível de escolaridade?
 1. Sem escolaridade (Vá p/ 11)
 2. Ensino fundamental (1o grau) incompleto (Vá p/ 11)
 3. Ensino fundamental (1o grau) completo (Vá p/ 11)
 4. Ensino médio (2o grau) incompleto (Vá p/ 11)
 5. Ensino médio (2o grau) completo (Vá p/ 11)
 6. Superior incompleto (Vá p/ 11)
 7. Superior completo
 8. Pós-graduação lato sensu (Vá p/ 11)
 9. Mestrado ou doutorado (Vá p/ 11) [__][__]
- 13A. Em relação ao nível superior, especifique o nome do curso: _____ [__][__]
999. NA.

3. Vínculo Empregatício

14. Há quanto tempo trabalha na atividade de dispensação /entrega de medicamentos nesta Farmácia/ Unidade de dispensação? _____ anos e _____ meses
15. Carga horária/semanal de trabalho nesta Unidade de Saúde: (Caso seja inferior a 10 horas, registrar o número precedido de 0: Ex 08 horas/semana).
[__][__] horas/semana
16. Carga horária/semanal de trabalho na Farmácia/ Unidade de dispensação.
[__][__] horas/semana
17. Qual o seu vínculo com o município?
 1. Servidor público concursado
 2. Servidor estadual/federal cedido
 3. Contrato
 4. Terceirizado
 5. Cargo comissionado
 - Outro. Especifique _____ [__][__]
18. O (A) Sr (a) tem outros vínculos de trabalho?
 1. Sim
 2. Não (Vá p/ 19) [__][__]
- 18A. Especifique os outros vínculos de trabalho _____ [__][__]
- 18B. Especifique os outros vínculos de trabalho _____ [__][__]
- 18C. Especifique os outros vínculos de trabalho _____ [__][__]
- 18D. Especifique os outros vínculos de trabalho _____ [__][__]
- 18E. Especifique os outros vínculos de trabalho _____ [__][__]
999. NA.
19. Você é o responsável pela Farmácia/ Unidade de dispensação?
 1. Sim
 2. Não [__][__]
20. Você é:
 1. Farmacêutico (a)
 2. Auxiliar da Farmácia
 3. Enfermeiro (a)
 4. Auxiliar de Enfermagem
 - Outro. Especificar: _____ [__][__]
21. Com relação aos profissionais que trabalham nesta Farmácia/ Unidade de dispensação, especifique a quantidade e carga horária: (Assinalar uma opção para cada item)

	Profissional	Nº total	Carga horária semanal total (horas)
A	Farmacêuticos	[] []	[] []
B	Outros profissionais com curso superior	[] []	[] []
C	Atendente de Farmácia/ Unidade de dispensação	[] []	[] []
D	Outro: _____	[] []	[] []
E	Outro: _____	[] []	[] []
F	Outro: _____	[] []	[] []
G	Outro: _____	[] []	[] []
H	Outro: _____	[] []	[] []

22. Quais funções você desempenha nesta Farmácia...: (Assinalar uma opção para cada item)

1.Sim 2.Não 99. Não Sei 999. NA

A	Dispensação/entrega de medicamentos aos usuários	[] []
B	"Responsabilidade técnica" (sujeita a sanções de natureza cível, penal e administrativa) pela Farmácia/ Unidade de dispensação.	[] []
C	Supervisão dos outros funcionários da Farmácia/ Unidade de dispensação	[] []
D	Realiza atividades com a equipe de saúde da unidade	[] []
E	Realiza atividades com equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	[] []
F	Responsável pela sala de vacinas	[] []
G	Responsável pelo setor de Curativos	[] []
H	Realiza pré-consulta	[] []
I	Realiza Visita domiciliar	[] []
J	Coordenação de Grupos Operativos (Ex: reunião com pacientes hipertensos, diabéticos)	[] []
K	Outro(a)	[] []
L	Outro(a)	[] []
M	Outro(a)	[] []
N	Outro(a)	[] []
O	Outro(a)	[] []

4. Gestão da Assistência Farmacêutica

23. Quantas pessoas você atende por dia nesta Farmácia/ Unidade de dispensação considerando suas atividades como um todo (em média)?

[] []
99. Não Sei

24. Quantas pessoas são atendidas no horário de funcionamento da Farmácia/ Unidade de dispensação por dia (em média)?

[] []
99. Não Sei

25. Qual o número de medicamentos por receita (em média)?

1. Um 4. Quatro
2. Dois 5. Cinco ou mais
3. Três 99. Não Sei [] []

26. Quais os tipos de medicamentos são dispensados nesta Farmácia/ Unidade de dispensação? (Assinalar uma opção para cada item)

1.Sim 2.Não 99. Não Sei 999. NA

A	Componente básico	[] []
B	Portaria 344 (Controlados)	[] []
C	Componente especializado	[] []
D	Componente estratégico	[] []
E	Fitoterápicos	[] []
F	Atendimento de demanda judicial	[] []
G	Outro: _____	[] []
H	Outro: _____	[] []
I	Outro: _____	[] []
J	Outro: _____	[] []
K	Outro: _____	[] []

27. Nos últimos 2 anos, você participou de algum tipo de curso e/ou capacitação para profissionais da Assistência Farmacêutica no município?

1. Sim 2. Não (Va p/ 29) 99. Não Sei (Va p/ 29) [] []

28. Especifique qual curso e/ou capacitação que participou nos últimos 2 anos

_____ [] []
999. NA.

29. Existe um sistema informatizado para a gestão da Assistência Farmacêutica?

1. Sim
2. Não (Va p/ 31) 99. Não Sei (Va p/ 31) [] []

29A. Especifique o sistema informatizado:

_____ [] []
999. NA.

30. Este sistema informatizado está ligado em rede com as Unidades de Saúde?

1. Sim 999. NA
2. Não 99. Não Sei [] []

31. Quais fontes o (a) Sr (a) utiliza para obter informações sobre os medicamentos? (Assinalar uma opção para cada item)

1.Sim 2.Não 99. Não Sei 999. NA

A	Livros, artigos científicos.	[] []
B	Formulário terapêutico	[] []
C	Protocolos clínicos, diretrizes terapêuticas, linhas guia.	[] []
D	Centros de Informação sobre medicamentos	[] []
E	Sistema Informatizado	[] []
F	Bula de medicamentos	[] []
G	Colegas de trabalho	[] []
H	Outro: _____	[] []
I	Outro: _____	[] []
J	Outro: _____	[] []
K	Outro: _____	[] []
L	Outro: _____	[] []

32. Existe norma que regula a entrada de: representantes de laboratórios; distribuidoras de medicamentos; material de propaganda de medicamentos na rede pública de saúde do município?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [] []

33. Nesta unidade de saúde ocorre a distribuição de amostras grátis de medicamentos?

1. Sim 2. Não (Va p/ 34) 99. Não Sei (Va p/ 34) [] []

33A. Se sim, onde?

_____ [] []
999. NA.

34. De quais atividades o farmacêutico participa nesta Unidade de Saúde ou Farmácia/ Unidade de dispensação? (Assinalar uma opção por cada item)

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

A	Programação de medicamentos	[] []
B	Controle de estoque	[] []
C	Organização das prateleiras	[] []
D	Dispensação (entrega) de medicamentos	[] []
E	Outra: _____	[] []
F	Outra: _____	[] []
G	Outra: _____	[] []
H	Outra: _____	[] []
I	Outra: _____	[] []

5. Seleção

35. Existe no Município uma lista padronizada de medicamentos?

1. Sim 2. Não (Va p/ 40) 99. Não Sei (Va p/ 40) [] []

36. A lista padronizada de medicamentos é disponibilizada na Unidade de Saúde para consulta pelos profissionais?

1. Sim 2. Não (Va p/ 40) 99. Não Sei (Va p/ 40) [] []

37. O (A) Sr (a) conhece os procedimentos para realizar a solicitação de inclusão/exclusão de medicamento na lista deste município?

1. Sim 999. NA
2. Não 99. Não Sei [] []

38. O(A) Sr(a) já reivindicou ou sugeriu a inclusão e/ou a exclusão de medicamentos da lista padronizada pelo Município?

1. Sim 999. NA
2. Não 99. Não Sei [] []

39. Em sua opinião, a lista padronizada de medicamentos adotada atende à demanda por medicamentos deste Município?

1. Sim 999. NA
2. Não 99. Não Sei [] []

6. Programação

40. Esta Farmácia/ Unidade de dispensação realiza programação de medicamentos?

1. Sim
2. Não (Va p/ 43) 99. Não Sei (Va p/ 43) [] []

41. Quais informações são utilizadas para realizar a programação de medicamentos desta Unidade de Saúde?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA.

A	Perfil de saúde da população cadastrada na Unidade de Saúde	[] []
B	Serviços oferecidos pela Unidade de Saúde	[] []
C	Controle de estoque da Unidade de Saúde	[] []
D	Consumo histórico da Unidade de Saúde	[] []
E	Outras: _____	[] []
F	Outras: _____	[] []
G	Outras: _____	[] []
H	Outras: _____	[] []
I	Outras: _____	[] []

42. Com qual periodicidade é realizada a programação de medicamentos?

1. Semanal 4. Bimestral
2. Quinzenal 5. Trimestral
3. Mensal

Outra. Especificar: _____ [] []
99. Não Sei 999. NA.

7. ABASTECIMENTO

43. Nos últimos três meses, houve falta de medicamento na Farmácia/ Unidade de dispensação ou Unidade de Saúde?

1 Sempre 4 Raramente
2 Repetidamente 5 Nunca. (Va p/ 46)
3 Às vezes 98. Não Sei (Va p/ 46) [] []

44. Em sua opinião, qual (is) o(s) motivo(s) da falta de medicamento?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

A	Programação inadequada	[] []
B	Desorganização do setor de compras	[] []
C	Falta de medicamentos no mercado farmacêutico (atrasos de entrega, por exemplo)	[] []
D	Atraso na distribuição de medicamentos por outras instâncias do SUS	[] []
E	Problemas de logística do município	[] []
F	Orçamento	[] []
G	Outra: _____	[] []
H	Outra: _____	[] []
I	Outra: _____	[] []
J	Outra: _____	[] []
K	Outra: _____	[] []

45. Qual o procedimento adotado com o usuário quando falta algum medicamento?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

A	Informa que não tem o medicamento	[] []
B	Busca informação sobre disponibilidade em outra Farmácia/ Unidade de dispensação ou Unidade de Saúde	[] []
C	Orienta o usuário a procurar o Programa Farmácia Popular ou o Aqui Tem Farmácia Popular	[] []
D	Registra o contato do usuário para avisar quando o medicamento chegar	[] []
E	Outra: _____	[] []
F	Outra: _____	[] []
G	Outra: _____	[] []
H	Outra: _____	[] []
I	Outra: _____	[] []

46. Nos últimos 3 meses, ocorreu sobra de medicamentos na Farmácia/ Unidade de dispensação ou Unidade de Saúde?

1 Sempre 4 Raramente
2 Repetidamente 5 Nunca. (Vá p/ 48)
3 Às vezes 98. Não Sei (Vá p/ 48)

47. O que é feito quando sobra medicamento na Unidade de Saúde?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

A	Ajuste da programação	[] []
B	Redistribuição entre unidades de saúde do município	[] []
C	Devolução para a Central de Abastecimento Farmacêutica (CAF)/ almoxarifado	[] []
D	Remanejamento/troca com outro município	[] []
E	Outras: _____	[] []
F	Outras: _____	[] []
G	Outras: _____	[] []
H	Outras: _____	[] []
I	Outras: _____	[] []

8. Armazenamento

48. Com relação às condições do local de armazenamento de medicamentos na Farmácia/ Unidade de dispensação /Unidade de Saúde

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

A	As paredes, teto e piso estão limpos e livres de mofo, umidade ou insetos?	[] []
B	Os medicamentos estão armazenados sem contato direto com paredes ou piso?	[] []
C	Possui registro de temperatura/climatização verificado através de termômetro em planilhas/sistema específico, com registro na última semana?	[] []
D	Possui ambiente iluminado (sem incidência de luz solar direta)?	[] []
E	Possui controle de pragas/roedores com apresentação de registro do controle realizado nos últimos 6 meses?	[] []

49. Existe um local específico e adequado para o armazenamento de medicamentos de controle especial (medicamentos com tarjas pretas ou vermelhas, com a descrição de obrigatoriedade retenção de receituário)?

1. Sim, há local específico (armário fechado com chave)
2. Sim, há local específico, porém não é um armário específico, com chave.
3. Não existe local específico
4. Não há medicamentos de controle especial na Farmácia/ Unidade de dispensação/ Unidade de Saúde
99. Não Sei [] []

50. Como são armazenados os medicamentos termolábeis (que necessitam de refrigeração) na Farmácia/ Unidade de dispensação /Unidade de Saúde?

1. Em geladeiras/ refrigeradores, com termômetro para controle e registro de temperatura.
2. Em geladeiras/ refrigeradores, porém não são realizados controle e registro de temperatura.
3. Não existe local específico
4. Não há medicamentos termolábeis
99. Não Sei [] []

51. Existe um sistema de controle de estoque (entrada e saída) de medicamentos?

1. Sim, manual (Vá p/ 52)
2. Sim, informatizado.
3. Não (Vá p/ 52)
99. Não Sei (Vá p/ 52) [] []

51A. Se sim, informatizado. Especificar o nome do sistema:

_____ [] []
999. NA.

52. Existe controle da validade dos medicamentos?

1. Sim, manual (Vá p/ 53)
2. Sim, informatizado.
3. Não (Vá p/ 53)
99. Não Sei (Vá p/ 53) [] []

52A. Se sim, informatizado. Especificar o nome do sistema:

_____ [] []
999. NA.

53. O inventário do estoque dos medicamentos armazenados é feito:

1. Semanalmente 5. Trimestralmente
2. Quinzenalmente 6. Semestralmente
3. Mensalmente 7. Anualmente
4. Bimestralmente 8. Não é feito
Outros. Especificar: _____ [] []

54. Há fracionamento de medicamentos na Farmácia/ Unidade de dispensação /Unidade de Saúde

1. Sim
2. Não (Vá p/ 56) 99. Não Sei (Vá p/ 56) [] []

55. O medicamento fracionado entregue ao usuário é identificado com número de lote e prazo de validade?

1. Sim (Vá p/ 56) 99. Não Sei (Vá p/ 56)
2. Não 999. NA [] []

55A. Se não, Por quê?

_____ [] []
999. NA.

56. A Farmácia/ Unidade de dispensação/ Unidade de Saúde possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde (PGRSS)?

1. Sim
2. Não 99. Não Sei [] []

57. Existe na Farmácia/ Unidade de dispensação /Unidade de Saúde um local específico e adequado para o armazenamento de resíduos de medicamentos (embalagens, sobras, medicamentos inapropriados para o consumo) até que sejam recolhidos da Unidade?

1. Sim. Há local específico em conformidade com as normas vigentes
2. Há local específico, mas não está em conformidade com as normas vigentes.
3. Não há local específico
99. Não Sei [] []

58. Existe um serviço de recolhimento de resíduos de medicamentos (embalagens, sobras, medicamentos inapropriados para o consumo) na Farmácia/ Unidade de dispensação?

1. Sim
2. Não 99. Não Sei [] []

59. A Farmácia/ Unidade de dispensação /Unidade de Saúde adota algum procedimento padronizado para o descarte de resíduos de medicamentos? (Assinalar uma opção para cada item)

	1. Sim	2. Não	99. Não Sei	999. NA
A	Enterrado			[] []
B	Incinerado			[] []
C	Descartado em aterro sanitário público			[] []
D	Outro. _____			[] []
E	Outro. _____			[] []
F	Outro. _____			[] []
G	Outro. _____			[] []
H	Outro. _____			[] []

9. Dispensação

60. O tempo de espera para ser atendido na Farmácia/ Unidade de dispensação é maior que 15 minutos?

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei [] []

61. O (A) Sr(a) sabe onde são disponibilizados os medicamentos no município para:

61A HIV/ AIDS?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 61B) 99. Não Sei (Vá p/ 61B) [] []

61A1. Se sim, especifique onde:

_____ [] []
999. NA

61B Saúde Mental?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 61C) 99. Não Sei (Vá p/ 61C) [] []

61B1. Se sim, especifique onde:

_____ [] []
999. NA

61C Tuberculose?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 61D) 99. Não Sei (Vá p/ 61D) [] []

61C1. Se sim, especifique onde:

_____ [] []
999. NA

61D Hanseníase?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 61E) 99. Não Sei (Vá p/ 61E) [] []

61D1. Se sim, especifique onde:

_____ [] []
999. NA

61E Hepatite?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 62) 99. Não Sei (Vá p/ 62) [] []

61E1. Se sim, especifique onde:

_____ [] []
999. NA

62. No momento da entrega do medicamento, o (a) Sr (a) fornece informações ao usuário sobre a forma de utilizá-lo?

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei [] []

63. No momento da entrega do medicamento, o (a) Sr (a) fornece informações ao usuário sobre como armazená-los em casa?

1. Sempre 4. Raramente
2. Repetidamente 5. Nunca
3. Às vezes 99. Não Sei [] []

64. Nesta Unidade de Saúde, quem costuma dar orientações sobre o uso dos medicamentos para os pacientes, quando é necessário?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

A	Médico (a)	[] []
B	Farmacêutico (a)	[] []
C	Auxiliar da farmácia	[] []
D	Enfermeiro (a)	[] []
E	Outro: _____	[] []
F	Outro: _____	[] []
G	Outro: _____	[] []
H	Outro: _____	[] []
I	Outro: _____	[] []

65. Existe algum procedimento para o registro de queixa técnica e/ou notificação de eventos adversos por medicamentos?

1 Sim 2 Não (Vá p/ 66) [] []

65A. Se sim, especifique:

_____ [] []
999. NA.

66. Qual encaminhamento é dado às queixas técnicas e/ou notificações de eventos adversos a medicamento?

1. Encaminha para CAF
2. Encaminha para a Coordenação Municipal de Assistência Farmacêutica
3. Encaminha para a Vigilância Sanitária
4. Nenhum

Outros. Especifique: _____ [] []
99. Não Sei

67. Você já realizou uma notificação de queixa técnica ou evento adverso por medicamentos?

1. Sim 2. Não [] []

68. O (A) Sr (a) realiza alguma atividade que tenha caráter clínico?

1. Sim (Vá p/ 70) 2. Não (Faça a 69 e vá p/77) [] []

69. Por que você não realiza atividades de caráter clínico (acompanhamento farmacoterapêutico de pacientes consulta farmacêutica)? **(Assinalar uma opção para cada item)**
(FAÇA ESTA QUESTÃO E PULE P/77)

1. Sim 2. Não 999. NA.

A	Não é farmacêutico	[] []
B	Não dispõe de espaço físico	[] []
C	Não tem tempo	[] []
D	Nunca foi solicitada a realização desta atividade	[] []
E	Outro: _____	[] []
F	Outro: _____	[] []
G	Outro: _____	[] []
H	Outro: _____	[] []
I	Outro: _____	[] []

70. Você denomina essas atividades de caráter clínico de que maneira?

1. Atenção Farmacêutica
2. Seguimento farmacoterapêutico
3. Farmácia clínica
4. Consulta farmacêutica
5. Orientação farmacêutica
6. Cuidado farmacêutico

Outros. Especificar: _____ [] []
99. Não Sei

71. Essa atividade de caráter clínico é oferecida:

1. A todos os usuários da Unidade de Saúde.
2. Apenas quando é solicitado pelo usuário.
3. Quando o usuário apresenta alguma dificuldade com o uso dos medicamentos
4. A um grupo específico de usuários.

Outros. Especificar: _____ [] []
99. Não Sei 999. NA.

72. Essas atividades de caráter clínico são realizadas em conjunto com outros profissionais? **(Assinalar uma opção para cada item)**

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

A	Médicos	[] []
B	Enfermeiros	[] []
C	Nutricionistas	[] []
D	Dentistas	[] []
E	Outros: _____	[] []
F	Outros: _____	[] []
G	Outros: _____	[] []
H	Outros: _____	[] []
I	Outros: _____	[] []

73. O (A) Sr (a) dispõe de algum local específico para realizar as atividades de caráter clínico?

1. Sim 2. Não (Vá p/ 73B) [] []

73A. Se sim, especifique:

_____ (Vá p/ 74A) [] []
999. NA.

73B. Se não, em qual local você realiza essa atividade?

_____ [] []
99. Não Sei 999. NA.

74. Onde você realiza o registro dessas atividades de natureza clínica? (Assinalar uma opção para cada item)

1. Sim 2. Não 99. Não Sei 999. NA

A	Prontuário da unidade	[] []
B	Registro próprio arquivado na farmácia	[] []
C	Sistema informatizado	[] []
D	Outro: _____	[] []
E	Outro: _____	[] []
F	Outro: _____	[] []
G	Outro: _____	[] []
H	Outro: _____	[] []

75. O(A) Sr(a) considera essas atividades de caráter clínico:

1. Muito importante
 2. Importante
 3. Nem muito/nem pouco importante
 4. Pouco importante
 5. Muito pouco importante
 99. Não Sei 999. NA. [] []

76. Você já participou de algum tipo de treinamento/capacitação para esse tipo de atividade/ações de caráter clínico?

1. Sim 2. Não 99. Não Sei [] []

9. Outras Atividades Realizadas

77. O(A) Sr(a) participa de reuniões da equipe de saúde da Unidade de Saúde?

1. Sempre 3. Às vezes
 2. Repetidamente 4. Raramente
 5. Nunca 99. Não Sei [] []

78. O(A) Sr(a) participa de outras atividades na Unidade de Saúde?

1. Sim 2. Não (Va p/ 80) [] []

79. Marque a alternativa referente à sua participação nas atividades descritas a seguir:

1. Sim 2. Não 99. Não Sei

A	Atividades realizadas com outros setores (educação, assistência social, ambiente etc.)	[] []
B	Atividades de mutirão para solução de problemas na comunidade	[] []
C	Atividades de prevenção e controle de obesidade	[] []
D	Atividades voltadas para a preservação da natureza	[] []
E	Atividades para a prevenção e controle de hipertensão e diabetes	[] []
F	Atividades organizativas da comunidade	[] []
G	Atividades de controle ambiental de doenças (ex: combate à dengue)	[] []
H	Atividades de prevenção de câncer de colo de útero	[] []
I	Atividades de prevenção de câncer de próstata	[] []
J	Atividades de Prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (AIDS, HPV, Hepatite, etc.)	[] []
K	Atividades de planejamento familiar	[] []
L	Programas de atividades físicas	[] []

80. A Unidade de Saúde/ Farmácia/ Unidade de dispensação realiza atividades individuais e/ou em grupos sobre o uso de medicamentos?

1. Sim 2. Não 98. Não Sei [] []

81. Qual o seu entendimento sobre Assistência Farmacêutica?

_____ [] []
 99. Não Sei 999. NA.

82. O (A) Sr (a) considera a organização da Assistência Farmacêutica do Município:

1. Muito Boa 4. Ruim
 2. Boa 5. Muito Ruim
 3. Nem ruim/ Nem boa 99. Não Sei [] []

83. O (A) Sr (a) gostaria de fazer alguma observação sobre a pesquisa ou incluir mais alguma informação?

1. Sim, qual: _____ [] []
 2. Não

ANEXO II



PESQUISA NACIONAL DE ACESSO E UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS
FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA FARMÁCIA/UNIDADE DE DISPENSAÇÃO

Bom dia/ boa tarde/ boa noite! O meu nome é _____. Eu sou entrevistador (a) do instituto de pesquisa CP2 – Consultoria, Pesquisa e Planejamento, sediado em Belo Horizonte. Estamos realizando uma pesquisa cujo o objetivo é conhecer o acesso e utilização de medicamentos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Este questionário é confidencial e as informações que você fornecer serão tratadas de forma estatística, de acordo com o código de ética da ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – à qual a CP2 é filiada.

Data da Observação ____ / ____ / 2014

Horário inicial ____:____

O questionário será dividido em três etapas:

1ª Registro Fotográfico:

O observador deverá tirar fotos das diferentes áreas, identificando cada área na foto. Em TODAS AS FARMÁCIA/ UNIDADE DE DISPENSAÇÃO as seguintes áreas devem ter registro fotográfico: área de atendimento (guichê/balcão/janela de entrega de medicamentos, fila de espera), área interna da Farmácia/ Unidade de Dispensação, área de armazenamento da Farmácia/ Unidade de Dispensação, prateleira dos medicamentos (foto panorâmica e foto com proximidade para identificação dos produtos), local de armazenamento dos medicamentos controlados (armário ou sala específica, quando houver). Quando a Farmácia/ Unidade de Dispensação estiver implantada em edificação independente da Unidade de Saúde, registrar também a fachada e o acesso principal à Farmácia/ Unidade de Dispensação.

2ª Registro da Documentação:

O observador deverá também obter cópias dos Procedimentos Operacionais Padronizados (POP) utilizados no setor de dispensação.

3ª Roteiro de Observação:

O observador deverá ser acompanhado pelo responsável da Farmácia/ Unidade de Dispensação. Todas as questões devem ser respondidas com base na OBSERVAÇÃO LOCAL e não apenas com a informação do profissional que acompanha.

REGISTRO FOTOGRÁFICO

A. Entrada da Farmácia/ Unidade de Dispensação

a. Comentários

_____ []

B. Área de recepção/atendimento (Foto 1: Porta de entrada)

a. Comentários

_____ []

C. Área de recepção/atendimento (Foto 2: Lateral)

a. Comentários

_____ []

D. Almoxarifado – Armazenamento medicamentos (Foto 1: Porta de entrada)

a. Comentários

_____ []

E. Almoxarifado – Armazenamento medicamentos (Foto 2: Lateral direita)

a. Comentários

_____ []

F. Almoxarifado – Armazenamento medicamentos

(Foto 3: Lateral esquerda)

a. Comentários

_____ []

G. Prateleira dos medicamentos (Foto 1: Panorâmica)

a. Comentários

_____ []

H. Prateleira dos medicamentos (Foto 2: Proximidade)

a. Comentários

_____ []

I. Refrigerado ou Câmara Fria dos medicamentos (Foto 1: Aberto)

a. Comentários

_____ []

J. Refrigerado ou Câmara Fria dos medicamentos (Foto 2: Fechado)

a. Comentários

_____ []

K. Sala do Farmacêutico

a. Comentários

_____ []

L. Remédio Controlado (Foto 1: Armário Aberto)

a. Comentários

_____ []

M. Remédio Controlado (Foto 2: Armário Fechado)

a. Comentários

_____ []

N. Foto Capa do Procedimentos Operacionais Padrão (POP)

a. Comentários

_____ []

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DA FARMÁCIA/ UNIDADE DE SAÚDE

1. Número do Cadastro Nacional de estabelecimentos de Saúde (CNES) (7 dígitos):

[][][][][][][][]

2. Município: _____ [][]

3. Nome da Farmácia/Unidade de Saúde

_____ [][]

4. Endereço: _____ [][]

5. Estado: _____ [][]

6. CEP: [][][][][][][]-[][][][]

7. Telefone: (____) - _____



8. Tipo de unidade:

1. Farmácia isolada.
2. Posto de Saúde
3. Centro de Saúde/ Unidade Básica
4. Unidade mista
5. Outro. _____ [] []

REGISTRO DA DOCUMENTAÇÃO**9. Documentação técnica:**

1. Sim
2. Não

A	Possui Alvará sanitário visível e vigente.	[]
B	Possui Certificado de Responsabilidade Técnica (CRT) emitido pelo Conselho Regional de Farmácia visível e vigente	[]
C	Possui licença de funcionamento e localização	[]
D	Licença do corpo de bombeiros	[]

FARMÁCIA/ UNIDADE DE DISPENSAÇÃO**10. Responsável pela Farmácia/ Unidade de dispensação (APENAS UM RESPONSÁVEL)**

1. Sim
2. Não

A	Farmacêutico	[]
B	Outro profissional de saúde com formação superior	[]
C	Outro profissional:	[]

10D Nome do responsável pela Farmácia/ Unidade de dispensação (*em caso da ausência do mesmo, inserir o nome do substituto*) _____

11. Área da Farmácia/ Unidade de dispensação (EM METROS QUADRADOS)

_____ m²

12. Horário de atendimento da Farmácia/ Unidade de dispensação

De _____: _____ h às _____: _____ h

13. Funcionamento semanal da Farmácia/ Unidade de dispensação

1. Um dia
 2. Dois dias
 3. Três dias
 4. Quatro dias
 5. Cinco dias ou mais
- [] []

14. Número total de horas de atendimento da Farmácia/ Unidade de dispensação ao público semanal:

_____ horas/semana

15. Presença de Farmacêutico na Farmácia/ Unidade de dispensação:

1. Todo o horário de funcionamento
2. Horário parcial
3. Eventual ou não diário
4. Não possui [] []

16. Quantos profissionais são EXCLUSIVOS para trabalho na Farmácia/ Unidade de dispensação?

A	Farmacêutico	[]
B	Auxiliar ou técnico de enfermagem	[]
C	Enfermeiro	[]
D	Outros profissionais de nível médio	[]
E	Outros profissionais de nível superior	[]

17. Quantos profissionais que trabalham na Farmácia/ Unidade de dispensação e são COMPARTILHADOS COM OUTROS SETORES?

A	Farmacêutico	[]
B	Auxiliar ou técnico de enfermagem	[]
C	Enfermeiro	[]
D	Outros profissionais de nível médio	[]
E	Outros profissionais de nível superior	[]

18. Número médio de pessoas atendidas na Farmácia/ Unidade de dispensação:

_____ por dia

LOCAL DE ATENDIMENTO**19. A Farmácia/ Unidade de dispensação possui área destinada à espera dos usuários para atendimento na farmácia?**

1. Sim, exclusiva para Farmácia/ Unidade de dispensação
2. Sim, compartilhada com outros serviços
3. Não. (Vá p/ 21) []

20. A área de espera da Farmácia/ Unidade de dispensação possui:

A	Sistema de senha para atendimento	[]
B	Cadeiras	[]
C	Quadro de avisos	[]
D	Televisão	[]
E	Disponibilização de materiais educativos em saúde	[]
F	Bebedouro/purificador de água/ filtro	[]
G	Acesso a sanitários	[]
H	Proteção do sol e chuva	[]
I	Lixeira COM PEDAL	[]

21. A Farmácia/ Unidade de dispensação possui Sistema informatizado para registro das atividades da Assistência Farmacêutica?

1. Sim.
2. Não. (Vá p/ 24) 98. Não Sei (Vá p/ 24) [] []



22. Qual(is) o(s) nome(s) desse(s) sistema(s)?

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]

23. Quais as atividades são registradas no(s) sistema(s) informatizado(s)?

1. Sim 2. Não 999. NA

23A	Programação de medicamentos/insumos	[][]
23B	Controle de estoque/ armazenamento	[][]
23C	Cadastro de usuários	[][]
23D	Distribuição para outras unidades de saúde	[][]
23E	Dispensação	[][]
23F	Acompanhamento de pacientes	[][]

ÁREA DE DISPENSAÇÃO

24. Área para dispensação de medicamentos da Farmácia/ Unidade de dispensação

1. É exclusiva para dispensação (Vá p/ 25)
 2. É compartilhada com outros serviços
 3. Não existe (Vá p/31) [][]

24A. É compartilhada com quais serviços?

- A. _____ [][]
 B. _____ [][]
 C. _____ [][]

25. Área de dispensação, em metros quadrados aproximados (EM METROS QUADRADOS)

_____ m² 999. NA

26. A área de dispensação possui:

1. Sim 2. Não 999. NA

26A	Sistema de senha para atendimento	[][]
26B	Guichês individuais de atendimento/mesa com cadeiras para sentar	[][]
26C	Guichês/balcão para atendimento em pé	[][]
26D	Grades, no guichê de atendimento, separando o atendente do usuário	[][]
26E	Atendimento	[][]
26F	Computador	[][]
26G	Impressora	[][]
26H	Telefone	[][]
26I	Acesso à internet	[][]
26J	Mesa para o atendente	[][]
26K	Cadeira para o atendente	[][]
26L	Cadeira para o usuário	[][]
26M	Controle de entrada e circulação de pessoas	[][]
26N	Aparelho de ar condicionado	[][]

27. Condições ambientais da área de dispensação de medicamentos da Farmácia/ Unidade de dispensação:

1. Sim 2. Não

27A	Possui controle de temperatura	[][]
27B	Permite incidência de luz solar diretamente sobre medicamentos	[][]
27C	Possui sistema interno de circulação de ar	[][]
27D	Possui controle de umidade	[][]
27E	Indício da presença de roedores e insetos	[][]
27F	Presença de mofo ou infiltração	[][]

ÁREA DE CONSULTA FARMACÊUTICA

28. A Farmácia/ Unidade de dispensação possui área destinada à consulta farmacêutica ou seguimento farmacoterapêutico:

1. Sim, exclusiva
 2. Sim, compartilhada com outros profissionais
 3. Não (Vá p/ 31) [][]

29. Área para realizar consulta farmacêutica ou seguimento farmacoterapêutico, em metros quadrados aproximados: (EM METROS QUADRADOS)

_____ m² 999. NA

30. Esta área de atendimento farmacêutico possui:

1. Sim 2. Não 999. NA

30A	Mesa	[][]
30B	Cadeiras	[][]
30C	Armário para guarda de registros dos atendimentos	[][]
30D	Computador	[][]
30E	Acesso à internet	[][]
30F	Lixeira COM PEDAL	[][]
30G	Impressora	[][]
30H	Telefone	[][]
30I	Balança	[][]
30J	Livros e outras referências bibliográficas	[][]

ÁREA DE ARMAZENAMENTO

31. A Farmácia/ Unidade de dispensação possui área destinada ao armazenamento de medicamentos, diferente da área de dispensação:

1. Sim 2. Não [][]

32. Com relação a área de armazenamento: da Farmácia/ Unidade de dispensação é:

1. Exclusiva para medicamentos
 2. Compartilhada com outros produtos [][]

33. Área de armazenamento, em metros quadrados aproximados: _____ m² 999. NA



34. Área de armazenamento possui:

1. Sim 2. Não

34A	Aparelho de ar condicionado	<input type="checkbox"/>
34B	Armário com chave para medicamentos controlados	<input type="checkbox"/>
34C	Refrigerador/ geladeira para armazenamento exclusivo de medicamentos	<input type="checkbox"/>
34D	Refrigerador/ geladeira para armazenamento compartilhado de outros produtos e/ou alimentos	<input type="checkbox"/>
34E	Medicamentos em contato direto com chão ou paredes	<input type="checkbox"/>
34F	Controle de entrada e circulação de pessoas	<input type="checkbox"/>
34G	Estantes ou prateleiras para o armazenamento dos produtos (medicamentos, insumos)	<input type="checkbox"/>
34H	Paletes/estrados	<input type="checkbox"/>
34I	Termômetro digital (temperatura do ambiente)	<input type="checkbox"/>
34J	Higrômetro (umidade do ar)	<input type="checkbox"/>
34K	Caixas tipo BIN para armazenamento de medicamentos	<input type="checkbox"/>
34L	Mesa auxiliar	<input type="checkbox"/>
34M	Escada	<input type="checkbox"/>
34N	Termômetro para geladeira	<input type="checkbox"/>

35. Os medicamentos na área de armazenamento estão organizados (A MAIS UTILIZADA)

1. Em ordem alfabética, pelo nome do princípio ativo (nome genérico)
2. Em ordem alfabética pelo nome comercial (marca registrada)
3. Por forma farmacêutica e ordem alfabética em cada forma farmacêutica
4. Por Programa de Saúde/ Indicação
5. Outra. _____
6. Não há regra de armazenamento

36. A Farmácia/ Unidade de dispensação realiza o fracionamento de medicamentos?1. Sim 2. Não (Vá p/ 38) **37. Quais as condições para a realização do fracionamento?**

1. Sim 2. Não

37A	Área específica para o fracionamento	<input type="checkbox"/>
37B	Bancada revestida de material liso e resistente	<input type="checkbox"/>
37C	Material e equipamentos de embalagem e rotulagem	<input type="checkbox"/>
37D	Instrumentos cortantes	<input type="checkbox"/>

38. Condições ambientais da Farmácia/Unidade de dispensação:

Sim 2. Não

38A	Possui controle de temperatura	<input type="checkbox"/>
38B	Permite incidência de luz solar diretamente sobre medicamentos	<input type="checkbox"/>
38C	Possui sistema interno de circulação de ar	<input type="checkbox"/>
38D	Possui controle de umidade	<input type="checkbox"/>
38E	Indício da presença de roedores e insetos	<input type="checkbox"/>
38F	Presença de mofo ou infiltração	<input type="checkbox"/>

39. Temperatura no momento da observação

1. Temperatura de até 25°C 999. NA
2. Temperatura entre 25°C e 30°C
3. Temperatura acima de 30°C
4. Não possui termômetro/ Não é possível verificar a temperatura

OUTRAS ÁREAS**40. A Farmácia/ Unidade de dispensação possui área destinada ao armazenamento de produtos vencidos/ impróprios para uso?**1. Sim 2. Não **41. A Farmácia/ Unidade de dispensação possui área exclusiva destinada a execução de atividades administrativas?**1. Sim 2. Não **42. A Farmácia/ Unidade de dispensação possui espaço reservado para lanches e refeições (copa)?**1. Sim 2. Não **43. A Farmácia/ Unidade de dispensação possui depósito de materiais de limpeza?**1. Sim 2. Não **44. A Farmácia/ Unidade de dispensação possui espaço destinado à guarda dos pertences dos funcionários?**1. Sim 2. Não **SEGURANÇA E NORMAS PADRONIZADAS****45. Os funcionários da Farmácia/ Unidade de dispensação trabalham com uniforme ou jaleco?**1. Sim 2. Não **46. A Farmácia/Unidade de dispensação possui equipamento de prevenção contra incêndios?**1. Sim 2. Não **47. A Farmácia/Unidade de dispensação possui gerador de energia?**1. Sim 2. Não 

LISTA DE MEDICAMENTOS PARA VERIFICAÇÃO

48 – 85 . Preencher as questões 48 a 85 de acordo com as orientações de A, B e C

A) Medicamento padronizado no município 1.Sim 2. Não 98. Não Sei

(B) Disponibilidade do medicamento na Farmácia/ Unidade de dispensação 1.Sim 2. Não

(C) Presença de medicamentos vencidos em estoque 1.Sim 2. Não

	MEDICAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO NO ANEXO I NA RENAME 2012	A	B	C
48.	Hidróxido de alumínio	Antiácidos	[] []	[] []	[] []
49.	Cloridrato de ranitidina	Medicamentos para úlcera péptica e doença do refluxo gastro esofágico	[] []	[] []	[] []
50.	Omeprazol	Medicamentos para úlcera péptica e doença do refluxo gastro esofágico	[] []	[] []	[] []
51.	Insulina Humana NPH	Insulinas e análogos	[] []	[] []	[] []
52.	Insulina Humana Regular	Insulinas e análogos	[] []	[] []	[] []
53.	Metformina	Medicamentos hipoglicemiantes, excluindo insulinas	[] []	[] []	[] []
54.	Glibenclamida / Glicazida	Medicamentos hipoglicemiantes, excluindo insulinas	[] []	[] []	[] []
55.	Sulfato ferroso	Preparações com ferro	[] []	[] []	[] []
56.	Ácido fólico	Vitamina B12e ácido fólico	[] []	[] []	[] []
57.	Sais para reidratação oral	Outros nutrientes	[] []	[] []	[] []
58.	Hidroclorotiazida	Diuréticos de baixa potência	[] []	[] []	[] []
59.	Captopril /Enalapril	Inibidores da enzima conversora de angiotensina, simples	[] []	[] []	[] []
60.	Atenolol / Cloridrato propranolol/ Carvedilol / Succinato de metoprolol	Agentes beta bloqueadores	[] []	[] []	[] []
61.	Nitrato de Miconazol creme/pomada	Antifúngicos para uso tópico	[] []	[] []	[] []
62.	Dexametasona creme/pomada	Corticoesteroides simples	[] []	[] []	[] []
63.	Nistatina creme		[] []	[] []	[] []
64.	Benzilpenicilina benzatina	Antibacterianos Beta-lactâmicos, penicilina.	[] []	[] []	[] []
65.	Cloridrato de Ciprofloxacino	Antibacterianos quinolônicos	[] []	[] []	[] []
66.	Fluconazol / Itraconazol	Antimicótico de uso sistêmico	[] []	[] []	[] []
67.	Dipirona solução oral	Outros analgésicos e antipiréticos	[] []	[] []	[] []
68.	Ibuprofeno	Produtos anti-inflamatórios não esteroidais e antirreumáticos	[] []	[] []	[] []
69.	Paracetamol	Outros analgésicos e antipiréticos	[] []	[] []	[] []
70.	Acetato de medroxiprogesterona comp	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico	[] []	[] []	[] []
71.	Enantato noretisterona + valerato de estradiol	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico	[] []	[] []	[] []
72.	Estriol creme vaginal	Estrogênios	[] []	[] []	[] []
73.	Estrogênios conjugados Creme vaginal	Estrogênios	[] []	[] []	[] []
74.	Etinilestradiol +levonorgestrel	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico	[] []	[] []	[] []
75.	Levonorgestrel	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico	[] []	[] []	[] []
76.	Noretisterona	Contraceptivos hormonais para uso sistêmico	[] []	[] []	[] []
77.	Albendazol	Agentes antinematóides	[] []	[] []	[] []
78.	Permetrina	Ectoparasiticidas, incluindo escabicidas	[] []	[] []	[] []
79.	Metronidazol /Teclozana	Agentes contra amebíase e outras doenças protozoárias	[] []	[] []	[] []
80.	Sulfato de salbutamol	Adrenérgicos inalatórios	[] []	[] []	[] []
81.	Fosfato sódico de prednisolona/ Prednisona	Corticoesteroides para uso sistêmico simples	[] []	[] []	[] []
82.	Brometo de Ipratrópio	Outros medicamentos inalatórios para doenças respiratórias obstrutivas	[] []	[] []	[] []
83.	Isoniazida 75 mg + Rifampicina 150 mg + Pirazinamida 400 mg + Etambutol 275 mg	Medicamentos para tratamento da tuberculose	[] []	[] []	[] []
84.	Rifampicina 300 mg	Medicamentos para tratamento da tuberculose	[] []	[] []	[] []
85.	Nicotina	Medicamentos utilizados transtornos de dependência	[] []	[] []	[] []



86. A dispensação de medicamentos para tratamento do HIV/Aids é realizada na Farmácia/ Unidade de dispensação?

1. Sim 2. Não. (Va p/ 88) 98. Não sei (Va p/ 88) [][]

Preencher questão 87 de acordo com as orientações de A, B e C

(A) Medicamento padronizado no município 1.Sim 2. Não 98. Não Sei

(B) Disponibilidade do medicamento na Farmácia/ Unidade de dispensação 1.Sim 2. Não

(C) Presença de medicamentos vencidos em estoque 1.Sim 2. Não

	MEDICAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO NO ANEXO I NA RENAME 2012	A	B	C
87.	Zidovudina 300 mg + Lamivudina 150 mg	Antivirais de ação direta	[][]	[]	[]

88. A dispensação de medicamentos controlados é realizada na Farmácia/ Unidade de dispensação?

1. Sim 2. Não. Passe (Va p/ 93) 98. Não sei (Va p/ 93) [][]

Preencher questão 89 até 92 de acordo com as orientações de A, B e C

(A) Medicamento padronizado no município 1.Sim 2. Não 98. Não Sei

(B) Disponibilidade do medicamento na Farmácia/ Unidade de dispensação 1.Sim 2. Não

(C) Presença de medicamentos vencidos em estoque 1.Sim 2. Não

	MEDICAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO NO ANEXO I NA RENAME 2012	A	B	C
89.	Cloridrato de amitriptilina	Antidepressivos	[][]	[]	[]
90.	Fluoxetina	Antidepressivos	[][]	[]	[]
91.	Carbamazepina	Antiepilépticos	[][]	[]	[]
92.	Clonazepam	Antiepilépticos	[][]	[]	[]

93. A dispensação de medicamentos fitoterápicos é realizada na Farmácia/ Unidade de dispensação?

1. Sim 2. Não (ENCERRE O ROTEIRO) 98. Não sei (ENCERRE O ROTEIRO) [][]

Preencher questão 94 até 101 de acordo com as orientações de A, B e C

(A) Medicamento padronizado no município 1.Sim 2. Não 98. Não Sei

(B) Disponibilidade do medicamento na Farmácia/ Unidade de dispensação 1.Sim 2. Não

(C) Presença de medicamentos vencidos em estoque 1.Sim 2. Não

	MEDICAMENTOS	CLASSIFICAÇÃO NO ANEXO I NA RENAME 2012	A	B	C
94.	Alcachofra	Fitoterápicos	[][]	[]	[]
95.	Aroeira	Fitoterápicos	[][]	[]	[]
96.	Cáscara -sagrada	Fitoterápicos	[][]	[]	[]
97.	Espinheira- santa	Fitoterápicos	[][]	[]	[]
98.	Garra-do-diabo	Fitoterápicos	[][]	[]	[]
99.	Guaco	Fitoterápicos	[][]	[]	[]
100.	Isoflavona-de-soja	Fitoterápicos	[][]	[]	[]
101.	Unha-de-gato	Fitoterápicos	[][]	[]	[]

Horário Final [][]:[][]



ANEXO III

Parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESQUISA NACIONAL SOBRE ACESSO, UTILIZAÇÃO E PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO BRASIL - PNAUM

Pesquisador: Sotero S Mengue

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 18947013.6.0000.0008

Instituição Proponente: Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 948.981

Data da Relatoria: 27/01/2015

Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO

No âmbito da Política de Saúde, a questão dos medicamentos no Brasil começou a adquirir centralidade na agenda governamental no início da década de 1970. A criação da Central de Medicamentos (CEME) representou uma iniciativa de ação governamental, buscando intervir no mercado e na distribuição por meio de incentivo à produção e do apoio ao desenvolvimento de fármacos. Diversas ações instituídas representaram avanços, como a RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. No Brasil, a elaboração de listas de medicamentos considerados essenciais é considerada pioneira, e foi iniciada em 1977, antes que a Organização Mundial de Saúde recomendasse tal medida aos países membros. A primeira lista de medicamentos essenciais, denominada Relação Básica e Prioritária de Produtos Biológicos e Matérias para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário, havia sido estabelecida pelo Decreto nº. 53.612 de 1964. A Central de Medicamentos (CEME) havia realizado atualizações periódicas nessa relação que recebeu, em 1975, a denominação de Relação Nacional de Medicamentos Essenciais/RENAME. Até o período de 1997 e 1998, a RENAME passou por extenso processo de revisão. Nesse contexto, estavam sendo transformados modificados os paradigmas de seleção da relação essencial, que passaram a ser fortemente embasados por evidências científicas. Em 2000, o Ministério da Saúde

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 948.981

oficializou a nova lista. A assistência terapêutica integral, assegurada pelo artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990) que abrange a assistência farmacêutica, tem sido, nos últimos anos, foco de reflexões e debates entre gestores, profissionais, poder judiciário e outros atores sociais, no que se refere ao princípio da integralidade, aos critérios de incorporação de tecnologias em saúde e à disponibilidade dos medicamentos para a população. Em 1998, após amplo debate que envolveu os vários segmentos e representações da sociedade, o Ministério da Saúde aprovou e homologou a Política Nacional de Medicamentos (PNM), por meio da Portaria nº 3.916 de 1998. Essa política tem como base os princípios e diretrizes do SUS, e foi promulgada com o propósito de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, favorecer a promoção do uso racional dos medicamentos e assegurar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais. A PNM é considerada o marco inicial de um conjunto de discussões, na sociedade brasileira, a respeito da necessidade de uma Política de Assistência Farmacêutica de caráter sistêmico, multidisciplinar. Nesse contexto, a criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) com a Lei 9782/1999 representou, dentre outros importantes avanços, mais um espaço operacional no setor público, voltado às questões referentes aos medicamentos, tais como a regulação de produção e comercialização, tornando a Assistência Farmacêutica pauta obrigatória na construção e no desenvolvimento das políticas públicas de saúde. Assim, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica é parte integrante da Política Nacional de Saúde e, portanto, a Assistência Farmacêutica deve ser compreendida como uma "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 intersectorialidade inerente ao sistema de saúde do país (SUS) e cuja implantação envolve tanto o setor público como privado de atenção à saúde". O Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica tem por objetivo tornar disponíveis os medicamentos para a execução de Programas de Saúde coordenados nacionalmente pelo Ministério da Saúde, os quais estão voltados ao atendimento de agravos de caráter transmissível e/ou de alto impacto na saúde da população. Fazem parte do Componente Estratégico os medicamentos do Programa DST/AIDS, os medicamentos para o controle da tuberculose, hanseníase, malária e outras endemias focais, bem como os imunobiológicos e insumos das coagulopatias e hemoderivados. Outra estratégia de acesso a medicamentos, promovida pelo Ministério da Saúde, é representada pelo programa "Farmácia Popular do Brasil", operacionalizado por meio de um sistema de dispensação mediante ressarcimento (rede própria do Programa Farmácia Popular); por meio de copagamento (rede

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 048.081

privada "Aqui Tem Farmácia Popular"); e por meio de gratuidade, para medicamentos utilizados no tratamento de hipertensão arterial sistêmica e diabetes, por meio da estratégia "Aqui tem Farmácia Popular" do Programa Farmácia Popular do Brasil. A estruturação da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo considerada, nos últimos anos, como uma estratégia fundamental para a ampliação e a qualificação do acesso da população aos medicamentos. A necessidade de ações contínuas, que promovam o acesso qualificado e o uso racional de medicamentos na sociedade, é enfatizada enquanto finalidade da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. A criação de programas para a disponibilidade dos medicamentos não garante, necessariamente, o acesso aos mesmos. No país, o acesso a medicamentos essenciais permanece sendo um importante desafio para a saúde pública no século XXI, sobretudo no caso de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que necessitam de terapia medicamentosa de uso contínuo. Resultados de pesquisas regionais realizadas no Brasil, até 2004, indicavam um índice elevado de desabastecimento de medicamentos essenciais no âmbito do SUS, nas regiões Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste. Observou-se que, por razões socioeconômicas, o acesso à terapia medicamentosa não ocorria de forma igualitária na população, ficando comprometido para milhões de brasileiros que tinham baixa renda e comprometendo o uso racional de medicamentos. Na população brasileira, o uso irracional, abusivo ou indesejado de medicamentos encontra-se relacionado ao marketing agressivo da indústria farmacêutica, à prescrição irracional, à venda indiscriminada de fármacos sem receita médica (fatores que estimulam a automedicação), ao incentivo ao uso de fármacos de recente comercialização, ao processo da judicialização da saúde e ao uso abusivo de anabolizantes, abortivos, psicotrópicos, fármacos para tratar a disfunção erétil e pílulas do dia seguinte. Os estudos sobre gestão e utilização de medicamentos crescem gradativamente no Brasil e evidenciam sua importância para o setor saúde. É importante ressaltar que quase todos os autores apontaram a falta de recursos humanos, em especial farmacêuticos, e a necessidade de capacitação a respeito de todos os aspectos da assistência farmacêutica, para os profissionais de saúde nas unidades avaliadas. Ampliar, em escala nacional, os estudos sobre utilização, acesso e uso racional de medicamentos, representa uma forma de proporcionar subsídios relevantes, às autoridades governamentais brasileiras, com o propósito de avaliar as políticas de assistência farmacêutica, os investimentos na seleção e aquisição de medicamentos e o controle dos gastos, a fim de efetivar melhorias nas políticas de assistência à saúde do cidadão e nas condições de saúde e qualidade de vida da população brasileira. O presente estudo foi elaborado com esse escopo. Para concretizar essa A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil - é organizada em dois grandes

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 948.981

componentes: 1) o inquérito domiciliar sobre acesso, utilização e uso racional de medicamentos e 2) a avaliação da efetivação da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica de Saúde Brasileira. O primeiro consiste de inquérito de base populacional, cuja unidade de investigação é o domicílio; o segundo consiste de estudo cujo cenário é a Atenção Básica de Saúde.

HIPÓTESE

Por se tratar de um estudo descritivo não há uma hipótese formal em teste.

METODOLOGIA

Serão entrevistados indivíduos residentes nos domicílios selecionados, nas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul do país. O tamanho da amostra deverá ser estimado com maior precisão no decorrer do detalhamento do plano amostral. A estimativa inicial é de que a amostra seja composta por 38.400 indivíduos, de modo a possibilitar, com grau de confiança estabelecido em parâmetros estatísticos, a generalização dos dados amostrais para o conjunto da população. Os questionários serão aplicados por entrevistadores treinados e com o uso de equipamentos eletrônicos. O instrumento de coleta de dados será constituído pelos seguintes blocos: informações sobre o domicílio, bens domésticos e renda, informações sobre a pessoa de referência da família, informações do entrevistado, plano de saúde e estilo de vida. Serão coletadas informações mais detalhadas sobre as doenças crônicas de alta prevalência e seus cuidados com especial interesse no acesso e uso racional dos medicamentos. Também serão investigadas a utilização dos serviços de farmácia do SUS e do Programa Farmácia Popular do Brasil e as características de adesão ao tratamento apresentadas pelos entrevistados. O delineamento da avaliação dos serviços seguirá o mesmo modelo utilizado no inquérito domiciliar com as inclusões, alterações e adaptações necessárias para a dar conta adequadamente das diferenças entre os dois modelos de estudo. A amostra será composta de 75 municípios dos 300 selecionados para o inquérito. Isso corresponde a uma proporção de 1 para 4. Esses 75 municípios serão distribuídos em frações iguais de 15 municípios para cada região do Brasil e, em cada região, serão organizados em três grupos de acordo com o tamanho da população do município sendo, então, cinco municípios de pequeno porte, tercil inferior; cinco municípios de médio porte, tercil médio da distribuição e cinco municípios de grande porte que deverão corresponder ao tercil superior da distribuição da população em cada uma das regiões. Em cada um dos municípios selecionados serão identificadas duas unidades de saúde mais próximas de cada um dos dois setores censitários sorteados para o inquérito domiciliar. Essa estratégia tem como meta avaliar o

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 048.061

serviço o mais próximo possível da amostra domiciliar investigada de forma a permitir algum grau de relacionamento entre os serviços, os usuários e os moradores de cada região. O tamanho da amostra estimado para os serviços é de 30 usuários por unidade. Considerando-se 15 municípios por região e duas unidades de saúde por município somam-se 900 entrevistas que é um número aproximado àquele estimado para cada um dos domínios da amostra do inquérito domiciliar. Os usuários serão arrolados de forma consecutiva em pelo menos dois dias e turnos de trabalho em que a unidade de saúde estiver em funcionamento para atendimento de qualquer natureza. Caso esse número não seja atingido nesse tempo deverão ser feitas tantas quantas visitas necessárias para atingir a meta amostral. Nos casos de unidades volantes ou que tenham seu funcionamento em período menor ao tempo de permanência da equipe de campo do inquérito domiciliar serão aceitas entrevistas realizadas em um único turno ou dia. Nos casos dos profissionais das unidades será selecionado aquele que estiver presente em um dos turnos das entrevistas com os usuários ou aquele que o tempo gasto para a entrevista tenha o menor impacto no atendimento dos pacientes da unidade. Em cada uma das unidades será avaliada a infraestrutura disponível e os medicamentos armazenados em estoque e para distribuição. Desses medicamentos será selecionada uma amostra ao acaso para a verificação da data de validade do produto. Os gestores e demais responsáveis pela assistência farmacêutica do município serão entrevistados em seu local de trabalho em dia e hora por eles definido.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

O objetivo geral consiste em avaliar o acesso e o uso racional de medicamentos pela população brasileira.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

1. Caracterizar a utilização de medicamentos para as doenças mais prevalentes;
2. Caracterizar os medicamentos segundo os componentes da assistência farmacêutica: medicamentos da atenção básica, medicamentos estratégicos e medicamentos do componente especializado;
3. Identificar as formas e locais de obtenção de medicamentos incluído o SUS, as farmácias provadas e o programa Farmácia Popular;
4. Avaliar os indicadores de racionalidade do uso de medicamentos e do grau de seguimento das prescrições em relação à adesão e persistência com o tratamento medicamentoso;
5. Avaliar o acesso a medicamentos segundo variáveis demográficas, sociais e econômicas;

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 948.981

6. Avaliação a presença de cuidados com as doenças crônicas associados ao uso de serviços de saúde a ao estilo de vida;
7. Avaliar a organização dos serviços de Atenção Básica na a garantia do acesso e o uso racional de medicamentos da população;
8. Avaliar possíveis efeitos das políticas públicas de acesso a medicamentos na redução dos gastos individuais com medicamentos e no combate a iniquidade;
9. Avaliar a Política de Saúde no Brasil referente à Assistência Farmacêutica e sua efetivação na Atenção Básica de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Por se tratar apenas de entrevista o risco pode ser considerado muito baixo.

BENEFÍCIOS

A avaliação do acesso e do uso racional de medicamentos pode fornecer subsídios para tornar a assistência farmacêutica mais efetiva dentro do SUS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

EMENDA 2

1. Justificativa Geral: Solicitação de inclusão dos seguintes centros coparticipantes.
 - a. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP, sob responsabilidade da Pesquisadora Juliana Alvares;
 - b. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre - SMS/PA, sob responsabilidade da Pesquisadora Juliana Alvares;
 - c. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da Cidade do Rio de Janeiro - SMSDC-RJ, sob responsabilidade da Pesquisadora Juliana Alvares;
 - d. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal/FEPECS/SES/DF, sob responsabilidade da Pesquisadora Juliana Alvares.
2. Apresentadas novas versões dos seguintes documentos:
 - a. PB_XML_INTERFACE_REBEC_E2.xml (datado de 22/12/2010);
 - b. PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_415600_E2.pdf (datado de 22/12/2010);

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 948.981

- c. Carta de submissão de emenda - Inclusão de coparticipantes.pdf (datado de 22/12/2010);
- d. Justificativa emenda CONEP PNAUM.pdf (datado de 18/11/2010);
- e. Currículos Lattes (Juliana Alvares).pdf (datado de 18/11/2010);
- f. Carta de submissão de emenda.pdf (datado de 18/11/2010);
- g. Pré - autorização SMS São Paulo.pdf (datado de 22/10/2010).

LISTA ATUALIZADA DE CENTROS COPARTICIPANTES

1. Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP, sob responsabilidade da Pesquisadora Juliana Alvares. CEP responsável - Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo CEP/SMS.
2. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre - SMS/PA, sob responsabilidade da Pesquisadora Juliana Alvares. CEP responsável - Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMS/PA).
3. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da Cidade do Rio de Janeiro - SMSDC-RJ, sob responsabilidade da Pesquisadora Juliana Alvares. CEP responsável - Comitê de Ética Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil da Cidade do Rio de Janeiro (CEP/SMSDC-RJ).
4. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal FEPECS/SES/DF, sob responsabilidade da Pesquisadora Juliana Alvares. CEP responsável - Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (CEP/FEPECS).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Verificar item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

1. Ressalta-se que cabe ao Pesquisador Responsável realizar a inclusão dos centros coparticipantes nas informações básicas do estudo na Plataforma Brasil. Para isto, é necessário incluir os centros coparticipantes no Item "O estudo é multicêntrico no Brasil?", Subitem "Instituição Coparticipante", na Aba 5, da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram encontrados óbices éticos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 948.981

atribuições definidas na Resolução CNS nº. 466 de 2012 e na Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação da emenda ao projeto de pesquisa proposto.

Situação: emenda aprovada.

BRASILIA, 09 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

PROJETO: Pesquisa Nacional sobre o Acesso, Utilização e promoção do uso racional de Medicamentos (PNAUM)

Prezado(a) Sr(a);

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que pretende avaliar o acesso, o uso racional e a utilização de medicamentos pela população brasileira. A realização deste estudo sobre a assistência farmacêutica (AF), em escala nacional, possibilitará avaliar as políticas de saúde, os investimentos na seleção e aquisição de medicamentos e os principais desafios para garantir a disponibilidade dos medicamentos à população.

A sua colaboração será de extrema valia e consiste em responder a uma entrevista confidencial. A entrevista terá uma duração aproximada de 30 minutos e poderá ser interrompida caso necessite.

Os riscos, prejuízos ou desconfortos que podem ser provocados pela pesquisa são aqueles decorrentes de algum constrangimento referente a algumas perguntas de cunho pessoal. Como benefício, este estudo permitirá o melhor conhecimento dos serviços e da estrutura de assistência farmacêutica no SUS, a fim de propor melhorias nas políticas de assistência à saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida da população brasileira.

As informações obtidas no estudo serão confidenciais e sua identificação será mantida como informação sigilosa. Os relatórios e resultados serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

Em caso de dúvida, você poderá se comunicar com a Profa. Juliana Álvares, coordenadora do Componente Serviço deste estudo, na Faculdade de Farmácia da UFMG, à Avenida Presidente Antônio Carlos, 6627, sala 1034 bloco 2, Belo Horizonte/MG ou pelo telefone (31) 3409-6844 ou com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), que aprovou o projeto de pesquisa pelo parecer nº 398.131 de 16 de setembro de 2013. O endereço da CONEP é SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde. Asa Norte. Brasília/DF. CEP: 70.750-521. O telefone é (61)3315-5878.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e promoção do uso racional de Medicamentos (PNAUM). Fui devidamente informado e esclarecido sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Sei que minha participação é totalmente voluntária e eu poderei recusar ou abandonar o estudo sem qualquer prejuízo pessoal. As informações prestadas serão sigilosas.

Local e data: _____ / _____ / _____

Assinatura: _____