

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Leiziane Fonseca Araújo

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NA REDE FARMÁCIA DE MINAS,
MUNICÍPIO DE LASSANCE, MINAS GERAIS**

Lassance/Minas Gerais

2022

Leiziane Fonseca Araújo

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA
FARMACÊUTICA NA REDE FARMÁCIA DE MINAS,
MUNICÍPIO DE LASSANCE, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Estratégia Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientadora: Professora Dra. Andréa
Gazzinelli

Lassance/Minas Gerais

2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NESCON- NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos 09 dias do mês de dezembro de 2022, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família - (CEESF) se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna LEIZIANE FONSECA ARAUJO intitulado "**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NA REDE FARMÁCIA DE MINAS, MUNICÍPIO DE LASSANCE, MINAS GERAIS**", requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Estratégia Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Profa. Dra. ANDREA GAZZINELLI CORREA DE OLIVEIRA e Profa. Dra. MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE. O TCC foi aprovado com a nota 93.

Esta folha de aprovação foi homologada pela Coordenação do CEESF no dia nove do mês de Dezembro do ano de dois mil e vinte e dois e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte, 15 de dezembro de 2022.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Márcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 27/12/2022, às 13:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1965959** e o código CRC **699D3043**.

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus e à minha família, que sempre me apoiou de todas as formas, principalmente nos momentos mais difíceis.

Dedico, também, à Prefeitura Municipal de Lassance, que nos presenteou com este curso, visando nossa capacitação e aprimoramento profissional para o melhor andamento dos trabalhos em equipe no município.

Agradecimentos

Agradeço a todos que me apoiaram nesta trajetória. Com a ajuda de cada um consegui concluir o trabalho, com muito carinho e dedicação.

Aos professores e tutores que nos orientaram nesta jornada, meu muito obrigada.

Também agradeço à Prefeitura Municipal de Lassance que, focando em nossa capacitação e qualificação profissional contínuas, proporcionou essa oportunidade de aperfeiçoamento e aprendizado.

Meu agradecimento especial para à minha família, principalmente meus pais, Sebastião e Geralda.

RESUMO

A assistência farmacêutica é considerada parte importante de um sistema de saúde e uma das atividades prioritárias para a implementação efetiva das ações de promoção e melhoria das condições da assistência à saúde da população. Sua avaliação é fundamental para a identificação de problemas que comprometem a qualidade dos serviços. Objetivou-se, no presente trabalho, elaborar um projeto para melhoria da assistência farmacêutica da Farmácia de Minas no município de Lassance, Minas Gerais visando à melhoria dos serviços em saúde e do acesso multifuncional a medicamentos para a população. Para a fundamentação teórica foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases de dados do Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica e no *Scientific Electronic Library Online*, além de *sites* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e publicações do Ministério de Saúde, do Governo do Estado de Minas Gerais e Prefeitura Municipal de Lassance. Foi utilizado o Método da Estimativa Rápida, apoiado na metodologia do Planejamento Estratégico Situacional para identificação dos principais problemas encontrados na comunidade e definição do problema prioritário. Foram detectadas questões prementes para a qualificação da assistência farmacêutica da Rede Farmácia Minas: a necessidade da promoção de ações de orientação visando facilitar a utilização de medicamentos pelos pacientes com extrema dificuldade, especialmente a população idosa; o comprometimento do atendimento ao usuário em função do número reduzido de profissionais na Rede Farmácia Minas e o comprometimento do tratamento dos usuários em função da falta de medicamentos de uso contínuo para doenças crônicas. Foram identificadas as oportunidades de avanços no tocante à atuação dos farmacêuticos na solução dos problemas e na promoção da saúde, através da prestação de assistência farmacêutica qualificada. Essa proposta permitiu o planejamento de ações que melhorem a assistência farmacêutica aos usuários sendo necessário, para isso, o envolvimento de toda a equipe de saúde e dos gestores.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Atenção Primária à Saúde. Idoso. Polimedicação.

ABSTRACT

Pharmaceutical care is considered an important part of a health system and one of the priority activities for the effective implementation of actions to promote and improve the conditions of health care for the population. Its evaluation is essential for the identification of problems that compromise the quality of services. The objective of this work was to develop a project to improve pharmaceutical care at Farmacia de Minas in the city of Lassance, Minas Gerais, aiming at improving health services and multifunctional access to medicaments for the population. For the theoretical foundation, a bibliographic review was carried out in the databases of the Online System of Search and Analysis of Medical Literature and in the Scientific Electronic Library Online, in addition to websites of the Brazilian Institute of Geography and Statistics and publications of the Ministry of Health, the Government of Minas Gerais State and Lassance City Hall. The Quick Estimate Method, supported by the Situational Strategic Planning, was used to identify the main problems encountered in the community and define the priority problem. Urgent issues were detected for the qualification of pharmaceutical care at Rede Farmácia Minas: the need to promote guidance actions aimed at facilitating the use of medicaments by patients with extreme difficulties, especially the elderly population; the commitment of service to the user due to the reduced number of professionals in the Rede Farmácia Minas; and the commitment of users' treatment due to the lack of continuous use medicaments for chronic diseases. Opportunities for advances were identified regarding the role of pharmacists in solving problems and promoting health, through the provision of qualified pharmaceutical assistance. This proposal allowed the planning of actions that improve pharmaceutical care to users, being necessary, for this, the involvement of the entire health team and managers.

Keywords: Pharmaceutical Services. Primary Health Care. Aged. Polypharmacy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Quadro 1** - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de saúde Farmácia de Minas, Unidade Básica de Saúde Carlos Chagas, município de Lassance, estado de Minas Gerais 18
- Quadro 2** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Assistência farmacêutica inadequada”, na população sob responsabilidade da equipe Farmácia de Minas, município de Lassance, estado de Minas Gerais 36
- Quadro 3** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Assistência farmacêutica inadequada”, sob responsabilidade da equipe Farmácia de Minas, município de Lassance, estado de Minas Gerais 37
- Quadro 4** - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Assistência farmacêutica inadequada”, na população sob responsabilidade da equipe Farmácia de Minas, município de Lassance, estado de Minas Gerais 38

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBAF	Componente Básico da Assistência Farmacêutica
CEAE	Centro Estadual de Atenção Especializada
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CESAF	Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica
CISMESF	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco
CMDE	Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional
CS	Centros de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
eSF	Equipe de Saúde da Família
GRS	Gerência Regional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
MEDLINE	Sistema <i>Online</i> de Busca e Análise de Literatura Médica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas

PES	Planejamento Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PSF	Programa Saúde da Família
REMUNE	Relação Municipal de Medicamentos
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SIGAF	Sistema Integrado de Gerenciamento da Assistência Farmacêutica
SINAM	Sistema Nacional de Atendimento Médico
SIS	Sistema de Informação de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
URM	Uso Racional de Medicamentos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município	12
1.2 O Sistema Municipal de Saúde	13
1.3 Aspectos da comunidade	14
1.4 A Unidade Farmácia de Minas	15
1.5 A Equipe de Saúde da Farmácia de Minas	15
1.6 O funcionamento da Farmácia de Minas	15
1.7 O dia a dia da equipe da Farmácia de Minas	16
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	17
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	18
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	23
5.1 Assistência Farmacêutica – trajetória de estruturação no Brasil	23
5.2 O acesso a medicamentos no âmbito do SUS	26
5.3 Cuidados em saúde da população idosa e o papel do farmacêutico	29
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	34
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	34
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	34
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	35
6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)	36
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	42

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Lassance

O município de Lassance está localizado ao norte do estado de Minas Gerais, distante 263 km da capital, Belo Horizonte. Possui uma área territorial de 3.204,217 milhões de km² e uma população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2021 de 6.494 mil habitantes (IBGE, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,629 (dado relativo ao ano de 2010), considerado médio e o Produto Interno Bruto (PIB) per capita é de R\$ 19.041,91 mil (dado relativo ao ano de 2019). A fonte de renda do município é proveniente, principalmente, da agricultura de café, fumo, mamão, mandioca, milho, banana e uva, além da produção de cigarro artesanal, carvão vegetal e pecuária de corte (IBGE, 2010). Apenas 3,8% dos domicílios possuem esgotamento sanitário adequado.

O município é composto pela região central urbana e por 17 comunidades rurais: Brejo, Tira-Barro, Onça, Santa Maria, João Martins, Morada Nova, Barreiro Fundo, Barro Branco, Bebe Água, Bebedouro, Boqueirão, Canabrava Escaramuça, Gameleira, Laranjeiras, Palmeiras, Resfriado e Salobro. Lassance possui escolas de ensino fundamental e médio, sendo oito municipais e duas estaduais. Quatro estão localizadas na sede do município e seis nas zonas rurais. Dados do IBGE (2010) apontam uma taxa de escolarização de crianças de 6 a 14 anos, de 96,4 %.

No tocante ao enfoque cultural, algumas festas são tradicionais, como a Folias de Reis, a Festa de São Sebastião, o Carnaval, as Festas Juninas e o Forró da cidade, além das festas religiosas que movimentam o turismo. A região do município abrange os rios São Francisco e das Velhas e conta, também, com a Área de Proteção Ambiental da Serra do Cabral, que integra o circuito turístico com várias cachoeiras e importantes exemplares de vegetação do cerrado (LASSANCE, 2021).

Lassance surgiu por volta de 1847, em um local de parada para descanso de tropeiros, que ali permaneciam com suas famílias. A chegada da estrada de ferro Central do Brasil foi um fator impulsionador para o desenvolvimento do então povoado chamado São Gonçalo das Tabocas. O nome Lassance veio posteriormente, em homenagem ao engenheiro Ernesto Antônio Lassance chefe da construção da estrada de ferro e que também deu seu nome à estação, inaugurada

em 1908. Em 1923 o povoado foi elevado a distrito de Pirapora e, em 1953, tornou-se município (LASSANCE, 2021).

Lassance é mundialmente conhecida por ter sido o local onde o infectologista Carlos Chagas identificou o protozoário flagelado *Tripanossoma cruzi*, causador da Doença de Chagas. A descoberta foi feita por ocasião de sua estadia na região para prestar atendimento de saúde aos trabalhadores que estavam construindo a Ferrovia Central do Brasil (LASSANCE, 2021).

1.2 O sistema municipal de saúde

O município de Lassance possui uma cobertura, na atenção básica, de 100%. Conta com três Unidades Básicas de Saúde (UBS) e uma Policlínica - Centro de Saúde Godofredo Soares Ribas de Menezes - na região urbana. Na região rural conta com três postos de saúde nas comunidades rurais de Santa Maria, Brejo e Morada Nova (LASSANCE, 2021). Apesar da ampla cobertura, o município enfrenta um grande problema que é a rotatividade dos profissionais de saúde, particularmente de médicos.

Todas as UBS e postos de saúde das zonas rurais realizam atendimento odontológico de prevenção e promoção à saúde e incluem tratamento de urgência - de demanda espontânea e por agendamentos. Para os atendimentos de especialidades odontológicas, são realizados encaminhamentos para o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) de Várzea da Palma, município de referência da região. Lassance possui, também, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

No que se refere à média complexidade, o município oferece atendimentos nas áreas de ortopedia, dermatologia e ginecologia no Centro de Saúde Godofredo Soares Ribas de Menezes. As demais especialidades (urologia, ginecologia, obstetrícia, angiologia, nefrologia, cardiologia, endocrinologia, oftalmologia, pediatria e mastologia) são referenciadas para o Centro Estadual de Atenção Especializada (CEAE), em Pirapora. Em caso de necessidade, os pacientes são, também, referenciados para os municípios de Belo Horizonte, Curvelo, Montes Claros e Várzea da Palma.

No município existem, ainda, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Tipo 1 e o Centro de Reabilitação Física; este último, com uma sede no centro da cidade e outras duas unidades nas comunidades do Brejo e de Santa Maria. Os atendimentos

de urgência e emergência são realizados na Policlínica, que possui atendimento 24 horas, sete dias da semana. Em caso de necessidade ou de internação, como não há hospital em Lassance, os pacientes são referenciados para os municípios vizinhos de Várzea da Palma, Pirapora e Montes Claros.

No que se refere ao serviço de apoio diagnóstico, o município conta com o laboratório municipal e dois laboratórios conveniados do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Médio São Francisco (CISMESF), além de serviço de raio X e eletrocardiograma. A assistência farmacêutica é realizada de forma centralizada, na sede da Farmácia de Minas. Em relação ao Sistema de Informação em Saúde (SIS), Lassance possui sistema próprio, em fase de implantação chamado de sistema de informatização VIVVER (prontuário eletrônico), no qual estão sendo informatizados todos os serviços da rede de saúde.

Especificamente sobre a organização dos pontos de atenção, quando o paciente é encaminhado pela atenção primária à atenção secundária, o relatório médico é encaminhado à Secretaria Municipal, que repassa ao paciente. O atendimento pode ocorrer no próprio município, dependendo da especialidade, ou nos municípios vizinhos de Pirapora ou Montes Claros, via Tratamento Fora de Domicílio (TFD).

De forma geral, pode-se considerar que o sistema de saúde, apesar de tentar se constituir em rede integrada, ainda se encontra incipiente, com vários aspectos que precisam ser adequados e aperfeiçoados para funcionamento coerente em rede de atenção à saúde. Ademais, predomina-se o modelo de atenção às condições agudas.

1.3 Aspectos da comunidade

A Farmácia de Minas está localizada na região central de Lassance, na Rua Nossa Senhora do Carmo, número 557. O local é de fácil acesso a população da região urbana, mas de acesso mais complicado a população das comunidades rurais. Por isso, para a entrega de medicamentos nestas comunidades, a farmácia os condiciona em uma caixa e a distribuição é realizada pelo enfermeiro após a consulta médica do paciente, sendo a dispensação realizada no Sistema Integrado de Gerência da Assistência Farmacêutica (SIGAF).

1.4 A Unidade Farmácia de Minas

A Farmácia de Minas foi instalada em Lassance no ano de 2012, através de incentivo financeiro público e atende à população local, comunidades rurais e distritos municipais com medicamentos básicos, estratégicos e especializados. Tem uma área de 70 m² e sua estrutura atende as exigências sanitárias, de segurança e de acessibilidade, de acordo com a legislação e normais vigentes tais como a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e as Leis Federais, Estaduais e Municipais. Trata-se de um local de fácil acesso para a população, com acesso direto à via pública.

Apesar de atender às exigências sanitárias, pode-se dizer que sua infraestrutura não é adequada e necessita ser ampliada, principalmente os locais de armazenamento, que não são compatíveis com o aumento da demanda por atendimento.

1.5 A Equipe de Saúde da Farmácia de Minas

A equipe da Farmácia é composta por um farmacêutico, dois atendentes e uma auxiliar de limpeza.

1.6 O funcionamento da Farmácia de Minas

A Farmácia de Minas funciona de segundas às sextas feiras, de 07 às 12 horas e de 13 às 16 horas. O atendimento é feito por ordem de chegada, sendo realizada somente a entrega de medicamentos de uso contínuo mensal ou para dois meses. Em média, são feitos, por dia, 70 atendimentos, podendo chegar a 2,5 mil em um mês.

Os medicamentos de Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF) são solicitados, pelo médico, na Regional de Saúde. Para isso, utiliza-se a Relação Nacional de Medicamentos (RENAME) e a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) (BRASIL, 2020)

A estruturação da assistência farmacêutica é um dos desafios do município. Os principais problemas são a falta de profissionais que gera acúmulo de funções para o profissional farmacêutico (gestão, assistência, aquisição, entre outros) e a falta de medicamentos e de materiais que prejudicam bastante o atendimento dos usuários da rede de saúde.

1.7 O dia a dia da equipe da Farmácia de Minas

Nos guichês da recepção para atendimento ao público ficam dois técnicos responsáveis por verificar as prescrições, juntamente com o cartão do Sistema Único de Saúde (SUS), distribuir os medicamentos e orientar os usuários sobre o uso dos mesmos. O farmacêutico é responsável pela seleção, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos.

A Farmácia de Minas distribui medicamentos básicos (atenção primária à saúde), estratégicos (utilizados contra doenças consideradas problemas de saúde pública) e os do CEAF, que contempla medicamentos para doenças raras, de baixa prevalência ou de uso crônico. Os medicamentos básicos são dispensados para uso durante 30 ou 60 dias, mediante a receita médica carimbada e assinada (MINAS GERAIS, s.d.b).

A unidade dispensa, gratuitamente, à população, medicamentos para a atenção primária, vinculados à prestação de serviços farmacêuticos, possibilitando uma integração maior com os outros serviços de saúde oferecidos no município e nas regiões de saúde do estado de Minas Gerais.

Em relação aos medicamentos estratégicos, após notificação no Sistema Nacional de Atendimento Médico (SINAM), o enfermeiro procura o farmacêutico para entregar a receita médica e a notificação para ser enviada à Gerência Regional de Saúde (GRS) para a liberação da primeira dosagem. O farmacêutico faz, então, o pedido do medicamento no SIGAF. A liberação da medicação para o paciente é realizada pelo farmacêutico após a apresentação da receita.

Em se tratando da liberação dos medicamentos especializados, o usuário pega o formulário na farmácia e entrega ao médico para o devido preenchimento. Em seguida, o formulário é entregue ao profissional farmacêutico, que faz a conferência e envia à GRS, onde o mesmo será avaliado e encaminhado à Secretaria de Estado da Saúde (SES). Este processo de avaliação leva, aproximadamente, 30 dias. Se for aprovado, o medicamento é liberado para o usuário.

Os medicamentos são organizados em caixas para serem dispensados no atendimento nas zonas rurais. Também é organizada uma caixa diária de medicamentos para a Policlínica, contendo analgésicos, anti-inflamatórios,

antibióticos e antialérgicos para dispensação de urgência após o horário de funcionamento da Farmácia e para os finais de semana.

A forma como se encontra organizada a assistência farmacêutica no município compromete a seleção de medicamentos e insumos, a programação de estimativa e consumo, a adequada verificação financeira para aquisição dos medicamentos juntos aos fornecedores, o armazenamento dos medicamentos após o recebimento dos mesmos, além da dispensação, orientação e cuidados no atendimento ao paciente. As mencionadas funções encontram-se cumulativamente concentradas no farmacêutico, que encontra dificuldades para geri-las adequadamente, sem o suporte de outros profissionais nesta demanda específica de serviço.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

O diagnóstico situacional de saúde do município de Lassance, considerando com mais precisão a realidade vivenciada na assistência farmacêutica e utilizando o método de estimativa rápida, possibilitou identificar os principais problemas existentes no território, a saber:

- Assistência farmacêutica inadequada. Pode ser observada pelo uso irracional de medicamentos pela população, principalmente de idosos, que compromete a assistência. Além disso, há um desabastecimento de medicamento de uso contínuo que dificulta o tratamento, principalmente dos idosos que fazem uso da polifarmácia. Há, também, número reduzido de recursos humanos, que acarreta uma concentração de funções no farmacêutico, comprometendo a assistência ao usuário.
- Infraestrutura inadequada da Farmácia: a unidade necessita ser ampliada, considerando-se o fato de que os locais de armazenamento não são compatíveis com o aumento da demanda
- Alta rotatividade de profissionais médicos nas UBS: os médicos contratados não permanecem na unidade por muito tempo, o que atrapalha a sequência e dificulta o tratamento contínuo dos usuários com doenças crônicas.
- Distância comunidades rurais que dificulta o acesso a Farmácia, comprometendo, muitas vezes, adesão aos diferentes tratamentos.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de saúde Farmácia de Minas, Unidade Básica de Saúde Carlos Chagas, município de Lassance, estado de Minas Gerais

Problemas	Importância*	Urgência**	Capacidade de enfrentamento***	Seleção/Priorização****
Assistência farmacêutica inadequada	Alta	10	Total	1
Distância das comunidades rurais que dificulta o acesso a Farmácia central	Média	6	Parcial	2
Alta rotatividade de profissionais médicos nas UBS	Média	6	Fora	3
Infraestrutura da Farmácia inadequada	Alta	8	Parcial	4

*Alta, média ou baixa

** Distribuir 30 pontos entre os problemas identificados

***Total, parcial ou fora

****Ordenar considerando os três itens

2 JUSTIFICATIVA

A assistência farmacêutica é considerada parte importante de um sistema de saúde e uma das atividades prioritárias para a implementação efetiva das ações de promoção e melhoria das condições da assistência à saúde da população. Portanto, a avaliação dos serviços de saúde e, mais especificamente da assistência farmacêutica, é fundamental, pois possibilita a identificação de problemas relevantes e a provisão de informação confiável, essenciais para a melhoria da qualidade dos referidos serviços. Nesse sentido, análises sobre as condições das quais estados e municípios dispõem para executar ações estratégicas, atingir resultados e sustentar os resultados atingidos têm grande relevância para a promoção de uma rede de assistência farmacêutica eficaz, ampliando a capacidade resolutiva dos serviços de saúde.

A assistência farmacêutica vai muito além da aquisição e distribuição de medicamentos. Abrange também o uso racional de medicamentos, prescrição adequada, disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, dispensação em condições adequadas e consumo nas doses, intervalos e tempo indicados de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 2001).

Atualmente, na Farmácia de Minas de Lassance, observa-se que uma parcela significativa da população apresenta dificuldades para compreender as prescrições de medicamentos ou muitas vezes não dispõe de uma orientação adequada quanto a seu uso. Apesar de ser uma questão comum em diferentes faixas etárias, a prevalência maior é na população idosa que, em grande proporção, detém baixa renda e baixo nível de escolaridade, além de viver sozinha. Além disso, nessa população, pelo fato de apresentarem uma prevalência maior de doenças crônicas, é comum a polifarmácia que acarreta, frequentemente, diversos problemas de saúde.

Essas dificuldades têm sido observadas pela equipe que atua na Farmácia de Minas do município. Verifica-se, no momento da dispensação do medicamento, que o usuário não fez a utilização adequada do mesmo; ele procura a Farmácia para adquiri-lo antes da data prevista na prescrição anterior ou muito depois do prazo previsto de término do medicamento.

É perceptível, no município de Lassance, também, uma falta frequente de medicamentos, relacionada ao atraso na entrega. Os fornecedores não cumprem o

prazo de entrega gerando, por conseguinte, a desorganização da assistência farmacêutica, afetando diretamente os pacientes, especialmente os portadores de doenças crônicas, pela descontinuidade do tratamento.

Além disso, é reduzido o número de profissionais no serviço o que compromete a realização das atividades inerentes ao farmacêutico que fica sobrecarregado. Em decorrência desses vários problemas e da importância da assistência farmacêutica para o sistema de saúde do município, é necessário que haja uma atuação da equipe de forma a garantir uma assistência de qualidade, especialmente no tocante a orientações quanto ao uso racional de medicamentos, com foco na importância do trabalho multidisciplinar da equipe de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Elaborar um projeto de intervenção para melhoria do serviço de assistência farmacêutica da Farmácia de Minas, no município de Lassance, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

1. Sugerir mudanças para melhorar o processo de aquisição de medicamentos.
2. Promover programas de conscientização da população sobre a utilização correta de medicamentos.
3. Sistematizar informações sobre medicamentos para a população.

4 METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido de acordo com os passos do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018). Foi realizado o diagnóstico situacional, utilizando o método da estimativa rápida para identificação e priorização dos problemas mais importantes, análise dos nós críticos, realização do desenho das operações, identificação dos recursos necessários e elaboração do plano de ação para enfrentamento e solução do problema prioritário.

Foi feita a revisão de literatura nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e no *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), além de sites do Ministério da Saúde, do IBGE, da Secretaria de Estado da Saúde e da Prefeitura Municipal de Lassance. Essa revisão auxiliou a construção do projeto de intervenção. Para as palavras-chave foram utilizados os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Assistência Farmacêutica, Atenção Primária à Saúde, Idoso e Polimedicação.

Ressaltamos que a metodologia adotada teve o propósito de analisar o cenário da assistência terapêutica no município de Lassance como processo que apresenta estágios de evolução, na perspectiva de apontar possíveis adequações ou aperfeiçoamentos para esse processo, visando a melhoria da qualidade do serviço de saúde para os usuários da Farmácia de Minas.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 Assistência Farmacêutica – trajetória de estruturação no Brasil

Os sistemas de saúde integram funções fundamentais, dentre as quais consideramos válido destacar: a melhoria das condições de saúde da população atendida, a promoção do princípio da equidade no financiamento da atenção à saúde, além do atendimento das expectativas e necessidades da população no que se refere às condições de atendimento. A proposta de atuação dos sistemas de saúde encontra, neste sentido, ressonância na premissa de contribuição para a redução de desigualdades.

Os princípios da acessibilidade a todos os níveis de atenção e a integralidade do cuidado reforçam a demanda por práticas intersubjetivas, com relações interpessoais entre os usuários e os profissionais integrantes do campo da saúde. A manutenção da assistência se fundamenta em ações de saúde articuladas em rede, com o objetivo de promover a coordenação do cuidado de maneira contínua e sistêmica (VIEGAS; PENNA, 2013).

De acordo com Bertolli Filho (1996), a assistência médica no Brasil foi, inicialmente, desenvolvida pela iniciativa privada, ligada a diversas categorias profissionais e, posteriormente, unificada e intermediada pelo governo federal. O financiamento advinha dos próprios trabalhadores, com recursos subsidiados pelo estado. O foco da assistência era, segundo o autor, curativo e de caráter hospitalocêntrico.

Na década de 1970, houve uma crise na saúde pública brasileira, associada à crise financeira da Previdência Social que acarretou uma contestação do modelo médico hospitalocêntrico. Foi elaborada uma nova proposta que apontava para a definição de saúde em um contexto mais amplo, englobando, além de sua compreensão biomédica, determinantes sociais, educação, redução da pobreza e medidas preventivas (KLEINERTE; HORTON, 2011).

O processo de descentralização no âmbito da saúde, com transferência de recursos para estados e municípios, ocorreu na década de 1980. Houve, neste período, uma demanda pela criação de conselhos municipais e estaduais de saúde, além da elaboração dos respectivos planos de saúde. Ainda nesta década, surgiu o Movimento da Reforma Sanitária, que propunha a democratização das relações entre a sociedade e o sistema de saúde como posição política. O movimento

defendia quatro pontos que tiveram grande relevância para a formulação dos artigos referentes à saúde na nova constituição. São eles: a concepção de saúde como direito universal, a compreensão da saúde e da doença pela via das relações econômicas e sociais vigentes, a responsabilidade do Estado na criação de um sistema público unificado de saúde e o controle social deste sistema por representantes da população e das entidades civis da sociedade (PIOLA, 2009).

Em se tratando da Atenção Primária à Saúde (APS), sua estruturação teve início com o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), em 1982. A atenção primária passa a ser entendida como cuidado primário ou cuidado de primeiro contato, centrado no paciente. De acordo com Granja e Zoboli (2012), a atenção primária contribui, de forma expressiva, para o conhecimento dos problemas e das necessidades de saúde, tanto no âmbito individual, quanto no coletivo. Pode colaborar, também, segundo os autores, para a otimização dos serviços, o incentivo a práticas de promoção da saúde e o fortalecimento de rede social. A APS representa a principal porta de entrada do sistema de saúde, organizando o processo de trabalho de equipes multiprofissionais na perspectiva de abordagem integral e ordenando o funcionamento da rede (MENDES, 2012).

De acordo com Fleury (2011), a reforma sanitária no Brasil foi institucionalizada na década de 1990, com a formação do Sistema Único de Saúde (SUS). As premissas do novo sistema, na Constituição de 1988, estabeleceram o direito de todos à universalidade do acesso à saúde, a equidade na atenção e a integralidade da assistência em saúde. Portanto, para o autor, a partir dos debates ocorridos durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986, o SUS surgiu no viés da proposta de Reforma Sanitária da década de 1980, tendo como uma de suas principais premissas o movimento descentralizador das ações em saúde, transferindo-as do governo federal para os governos estadual e municipal.

A APS passou a ser ofertada pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Centros de Saúde (CS), ainda com uma estruturação baseada em modelos curativos, com foco na intervenção médica. O SUS, como instrumento de Política Pública decorrente das demandas da população passou a buscar, enquanto sistema, alternativas para um incremento de qualidade da assistência à saúde (ALMEIDA; GIOVANELLA, 2008).

Uma das alternativas foi a criação, em 1994, do Programa Saúde da Família (PSF), como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial a partir da

atenção primária, em um modelo de ação proativa e preventiva. Foi criada, assim, uma dinâmica diferente de atuação nas unidades básicas, além de uma nova concepção de cuidado em saúde, tendo a família como centro de atenção e não apenas o indivíduo doente. A partir de 2006, o PSF passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo principal de atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, desenvolvendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (ROSA; LABATE, 2005).

Em 1998, através da Portaria nº 3.916, foi estabelecida a Política Nacional de Medicamentos (PNM), com o propósito de priorizar o acesso universal aos medicamentos considerados essenciais e garantir a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos, além de promover seu uso racional. Essa política estruturou um posicionamento formal e abrangente do governo brasileiro, buscando ampliar e diversificar os serviços prestados no âmbito do SUS (BRASIL, 1998).

A partir de 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, estabeleceu que a mesma 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 RH. Trata-se de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial. Este conjunto de ações envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição e dispensação, a garantia da qualidade dos produtos e serviços e o acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados estratégicos (BRASIL, 2004a).

O Programa Farmácia Popular do Brasil também foi implantado em 2004. No âmbito do programa, coube à Fundação Oswaldo Cruz a responsabilidade de distribuição de medicamentos, mediante o ressarcimento de custos, visando assegurar à população o acesso a medicamentos essenciais, com baixo custo (BRASIL, 2004b). Trata-se de um importante complemento para a concretização da política pública da assistência farmacêutica no Brasil, com o objetivo de promover o uso racional de medicamentos e atender à política do SUS, garantindo assistência terapêutica integral, universalidade do acesso e diminuição de gastos com medicamentos nos orçamentos familiares (PINTO; COSTA; DE CASTRO, 2011). Em

2006, o programa foi ampliado através de parcerias com redes privadas de farmácias, instituindo o esquema de copagamento.

Ainda em 2006, a Portaria nº 399, definiu um bloco específico para a assistência farmacêutica entre os cinco blocos de financiamento do SUS (BRASIL, 2006). O referido bloco foi dividido, em 2007, em três componentes: o Componente Básico da Assistência Farmacêutica (CBAF), para aquisição de medicamentos no âmbito da atenção básica; o Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica (CESAF), para financiamento de medicamentos para doenças de perfil endêmico e o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (CMDE), até então caracterizado pelo fornecimento de medicamentos de elevado valor unitário ou que, pela cronicidade do tratamento, se tornavam excessivamente caros para a população (BRASIL, 2007).

Visando ampliar o acesso e a integralidade dos tratamentos, o CMDE foi substituído, em 2009, pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), através da publicação da Portaria nº 2.981/2009. Nesta portaria, o CEAF é definido como uma estratégia de acesso a medicamentos, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) publicados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009).

A trajetória histórica da estruturação da assistência farmacêutica no Brasil aponta para a necessidade de implementação de práticas que a consolidem nos serviços de saúde. A integralidade dos tratamentos envolvendo a utilização de medicamentos pode ser alcançada através da contínua avaliação e adequação à realidade local, visando o cumprimento dos princípios balizadores do Sistema Único de Saúde.

5.2 O acesso a medicamentos no âmbito do SUS

O acesso a medicamentos é reconhecido como um ponto de grande relevância no tocante à eficácia de políticas públicas de saúde. Uma definição de acesso a medicamentos foi proposta por Bermudez *et al.* (1999 apud OLIVEIRA *et al.*, 2002, p. 143), como a “relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual essa necessidade é satisfeita, no momento e lugar requeridos pelo usuário (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para o uso adequado”.

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, preconiza que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica do SUS reforça essa premissa ao incluir a necessidade de execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive a farmacêutica (BRASIL, 2009). Nesse sentido, o acesso a medicamentos configura-se como um direito fundamental.

Enfocando o percurso da assistência farmacêutica e sua indissociável relação com o acesso a medicamentos no âmbito do SUS, consideramos válido explicitar que, em 1967, foi autorizada a prestação da assistência farmacêutica pela previdência social em diferentes modalidades, tais como: fornecimento direto de medicamentos, financiamento parcial ou total para aquisição e ação em consignação de medicamentos a empresas, mediante convênios. Foi determinada, também, a possibilidade de copagamento por parte dos beneficiários e a participação dos órgãos públicos federais no fornecimento de medicamentos por meio de convênios com o Instituto Nacional de Previdência Social (SANTOS, 2011).

Em 1998, a PNM estabeleceu responsabilidades das três esferas de governo, no âmbito do SUS, para a garantia do acesso da população a medicamentos. Apresentou como diretrizes: (1) adoção de uma Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); (2) regulamentação sanitária de medicamentos; (3) reorientação da assistência farmacêutica; (4) promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM); (5) desenvolvimento científico e tecnológico; (6) promoção da produção de medicamentos; (7) garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e (8) desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 2001).

O envolvimento e a participação social têm papel fundamental na assistência farmacêutica (CRISÓSTOMO; COSTA, 2020). Decorrente de um amplo processo de participação social, realizado durante a 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, com o objetivo de propor diretrizes para a formulação de ações que garantissem a qualidade e a humanização dos serviços em saúde, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica foi aprovada em 2004 (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010). Ela efetivou a assistência farmacêutica como política de saúde no Brasil (BRASIL, 2004a).

No tocante ao acesso a medicamentos no SUS, de acordo com a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011 e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, o mesmo está fundamentado nas seguintes premissas:

1. Estar o usuário assistido por ações e serviços de saúde do SUS;
2. Ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS;
3. Estar a prescrição em conformidade com a RENAME e com os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com a relação específica complementar estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e
4. Ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS (BERMUDEZ; COSTA; NORONHA, 2020, p.35).

A organização de serviços e ações da assistência farmacêutica no SUS, associada às demais políticas públicas de saúde, contribui para ampliar a conscientização global sobre a importância da transparência em todos os níveis de integração vinculados ao acesso e ao uso de medicamentos (BERMUDEZ; COSTA; NORONHA, 2020).

Neste âmbito, é válido enfatizar que, em setembro de 2015, os 193 países membros da Organização das Nações Unidas adotaram uma nova política global: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. O foco da Agenda é a elevação do desenvolvimento do mundo e melhoria da qualidade de vida das pessoas. Foram estabelecidos, na ocasião, 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com 169 metas a serem alcançadas através de uma ação conjunta de diferentes níveis de governo, organizações, empresas e a sociedade como um todo, nos âmbitos nacional e internacional (ALLEYNE *et al.*, 2013).

O terceiro objetivo da referida Agenda tem a meta geral de assegurar vida saudável e bem-estar aos cidadãos. Foi estabelecida, estrategicamente e nesse contexto, a meta mundial para redução, em 25%, da mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, até o ano de 2025 (ALLEYNE *et al.*, 2013). No Brasil, essa meta foi expressa por meio de um plano de ações estratégicas. Nele, há uma meta que inclui a ampliação do acesso a medicamentos como parte do cuidado em saúde, considerando o fato de que o tratamento medicamentoso é uma tecnologia de controle de doenças crônicas, de redução da morbidade, da morbimortalidade e de promoção da melhoria de qualidade de vida das pessoas (BRASIL, 2011).

O conhecimento experiencial e a perspectiva dos usuários no que tange às ações e serviços de saúde são fatores importantes para a promoção de um alinhamento da responsividade, da legitimidade e da responsabilidade individual e

coletiva para implementação de uma rede de atendimento cada vez mais qualificada. O uso racional dos medicamentos, juntamente com fatores como financiamento e sistemas de abastecimento e de saúde confiáveis, é um condicionante de grande influência na questão do acesso a medicamentos além de ser parte indissociável da qualidade dos serviços farmacêuticos focados no usuário, na perspectiva do SUS (CAMERON *et al.*, 2011).

Dado o exposto, consideramos que o acesso a medicamentos é um componente de grande relevância para a assistência farmacêutica, mas sua subutilização é uma realidade. Diversos fatores contribuem para essa conjuntura. Um dos principais é a orientação, muitas vezes incipiente, que os usuários recebem sobre onde encontrar os medicamentos, com informações que nem sempre estão claras, inclusive para os profissionais de saúde. Ressaltamos, também, a falta de informações adequadas para os usuários sobre as condições de armazenamento requeridas por determinados medicamentos para manter sua estabilidade. Em todos os cenários, mostra-se relevante a presença do profissional farmacêutico nos pontos de dispensação de medicamentos para evitar que o acesso e o uso racional sejam comprometidos.

5.3 Cuidados em saúde da população idosa e o papel do farmacêutico

A assistência farmacêutica é considerada como um conjunto de ações estratégicas que influenciam positivamente a capacidade resolutiva dos serviços de saúde, contribuindo para a assistência aos portadores de doenças crônicas, para a prática de educação em saúde e para uma intervenção terapêutica mais racional (VIEIRA, 2007).

Os cuidados médico-assistenciais providos pelo poder público, no Brasil, são fundamentados em princípios constitucionais que estabelecem a organização e o funcionamento do SUS. Entre esses princípios, estão o acesso universal e a atenção integral. A assistência farmacêutica configura-se, neste cenário, como um dos determinantes mais expressivos para a qualificação das ações em saúde no país. (BRASIL, 1990).

A estruturação do SUS implicou em uma nova contextualização dos serviços de saúde e em uma redefinição do vínculo entre esses serviços, os profissionais neles envolvidos e os usuários, tendo como perspectiva a integralidade, a promoção da saúde, a prevenção de enfermidades e a atenção curativa (PEREIRA; FREITAS,

2008). A integralidade do cuidado implica em movimento e interação. Portanto, o atendimento integral demanda um compromisso com o contínuo aprendizado e com a prática multiprofissional.

A necessidade expressa de uma assistência farmacêutica pautada no cuidado fundamenta a Lei nº 13021, que estabelece um reposicionamento da profissão do farmacêutico através do fortalecimento da atenção básica e da prática do cuidado farmacêutico, embasado na farmácia clínica, ampliando a rede de promoção da saúde (BRASIL, 2014). Considerando esse contexto, o farmacêutico possui um papel essencial na atenção primária, nos estabelecimentos de saúde, atuando na orientação sobre medicamentos; na prestação de informações adequadas no tocante a tratamentos farmacológicos e não farmacológicos; nas medidas de promoção da saúde com foco no acompanhamento farmacoterapêutico; bem como na orientação de equipes multidisciplinares (ARAUJO; FREITAS, 2006).

O posicionamento do profissional farmacêutico inclui, assim, a institucionalização da farmácia como estabelecimento de saúde e a inclusão da prática clínica e da atenção farmacêutica como funções primordiais, nas quais o paciente é o mais importante beneficiário. Há, portanto, uma demanda pela implantação de uma prática que seja realizada de forma efetiva, na qual o farmacêutico exerça uma metodologia de trabalho sistematizada e adequada à incorporação no SUS, contribuindo na promoção da atenção básica a saúde (ARAUJO; FREITAS, 2006).

A qualificação da assistência farmacêutica no SUS representa uma estratégia fundamental para a ampliação do acesso da população aos medicamentos e para a manutenção consolidada do sistema de saúde. No entanto, faz-se necessário observar que os problemas no desenvolvimento e na qualidade dos serviços farmacêuticos, a inadequação na infraestrutura e na operacionalidade, além da dificuldade no atendimento da demanda por medicamentos, ainda são vigentes na realidade brasileira (OLIVEIRA; ASSIS; BARBONI, 2010).

De acordo com Araújo *et al.* (2008), a assistência farmacêutica tem caráter sistêmico, multidisciplinar e é composta por subáreas que, embora distintas, são complementares - uma relacionada à tecnologia de gestão do medicamento e outra relacionada à tecnologia do uso do medicamento.

A tecnologia de gestão do medicamento busca a garantia do abastecimento, etapa essencial para o acesso da população aos medicamentos. Acesso, nesse

contexto, entendido como a condição de ter o produto adequado, para uma finalidade específica, na dose correta, pelo tempo necessário, no momento e no lugar solicitados pelo usuário. No tocante ao acesso e buscando a resolutividade das ações de saúde, os produtos devem, também, ser fornecidos com garantia de qualidade e informação suficiente para o seu uso adequado (ARAÚJO *et al.*, 2008).

A tecnologia do uso envolve o processo que vai desde a prescrição até a utilização efetiva dos medicamentos, considerando tanto a participação dos profissionais da saúde, quanto a dos usuários. Cabe ao farmacêutico, nessa subárea, atuar na promoção do uso racional dos medicamentos, de forma que os pacientes os recebam com indicação apropriada, nas doses, via de administração e duração adequadas, visando a mínima probabilidade de reações adversas e contribuindo para que, com a dispensação adequada, o paciente possa seguir o tratamento de forma eficaz (ARAÚJO *et al.*, 2008).

Considerando que o acesso aos medicamentos se concretiza através do uso racional e adequado, entre as questões centrais para sua efetivação está a adesão ao tratamento - entendida como o comportamento do usuário no sentido de utilizar o medicamento seguindo as recomendações prescritas. Diversos fatores podem influenciar essa adesão, tais como características individuais, quantidade de medicamentos prescrita e percepção do usuário em relação à sua saúde. Portanto, em via complementar, é possível que a não adesão seja provocada por esquecimento; dificuldade de seguir as recomendações e compreender a complexidade do tratamento ou por problemas físicos e cognitivos (RAMOS *et al.*, 2016).

Na adesão ao tratamento perpassa, ainda, o grau de autonomia e o grau de escolaridade dos indivíduos e de seus cuidadores, considerando a não adesão como as ações de utilizar os medicamentos em menor ou maior quantidade do que a que foi prescrita, não respeitar os intervalos de dose ou não seguir as orientações farmacológicas (RAMOS *et al.*, 2016). No cenário de estruturação dessas variáveis, consideramos necessário abordar as estratégias para o cuidado farmacêutico em relação ao acompanhamento de uma parcela específica de usuários: a população idosa.

Há grandes desafios relativos à adesão do usuário ao tratamento e a relação do mesmo com os profissionais de saúde, em um cuidado longitudinal e em prol do uso racional. Mostra-se imprescindível, portanto, a intervenção farmacêutica,

especialmente no tocante aos segmentos da população de maior faixa etária e que apresentam mais riscos diretos pela utilização de medicamentos.

De acordo com Ramos *et al.* (2016), 60% dos idosos brasileiros que têm quatro ou mais doenças crônicas não transmissíveis usam cinco ou mais medicamentos que requerem complexidade e manejo na utilização. O envelhecimento pode abranger perda de funções, diminuição de autonomia e maior número de morbidades, sendo o medicamento um dos instrumentos de manutenção e recuperação da saúde dessa parcela da população (OLSSON; RUNNAMO; ENGFELDT, 2011). Os profissionais da assistência farmacêutica precisam estar capacitados para acolher, orientar e acompanhar os usuários idosos, objetivando a utilização segura e eficaz dos medicamentos e o consequente êxito do plano terapêutico.

A idade apresenta-se como fator de risco para a utilização de medicamentos, principalmente os de uso crônico. Há uma maior ocorrência de comorbidades nas faixas etárias mais altas, que se reflete no consumo simultâneo de maior número de fármacos, o que implica em problemas quanto ao uso racional de medicamentos, sendo a polifarmácia um deles. A Organização Mundial da Saúde define a polifarmácia como o uso rotineiro e simultâneo de quatro ou mais medicamentos, sejam eles os de prescrição, os isentos de prescrição e/ou os medicamentos tradicionais (BERTOLDI *et al.*, 2016).

Há uma necessidade premente, nesse sentido, de garantir a segurança farmacoterapêutica para a população idosa, que se configura mais suscetível ao uso inadequado de medicamentos, com maior probabilidade de reações adversas e interações medicamentosas, além de apresentar um tempo mais lento de metabolização dos fármacos. O farmacêutico é um dos profissionais com compromisso central no manejo dos fármacos e seu contexto na saúde humana; tem um papel essencial, portanto, no provimento de orientações sobre essa temática aos usuários e seus cuidadores (BERTOLDI *et al.*, 2016).

Sistemas de saúde são contribuintes importantes para o aumento da expectativa de vida e para o melhor enfrentamento das doenças crônicas. Nesse sentido, o SUS representa um fundamento estratégico para a saúde e o bem-estar da população, especialmente no tocante às pessoas idosas, nas quais se evidencia uma prevalência desse tipo de doenças (LINGBEN, 2016).

O papel do profissional farmacêutico no incentivo ao autocuidado da população idosa, com o apoio dos demais profissionais de saúde para que mantenha hábitos de vida saudáveis e utilize corretamente os medicamentos prescritos, mostra-se imprescindível. Essa conduta deve ser complementada com o cultivo de bons hábitos culturais e alimentares, respeitando as características de cada população – o respeito às singularidades favorece a adesão ao tratamento e aos cuidados em saúde (ARAÚJO, 2008).

As estratégias da assistência farmacêutica, nesse campo de atuação, devem, portanto, integrar a adoção de medidas que reduzam o risco de doenças e que promovam o envolvimento social contribuindo, assim, com o envelhecimento saudável.

Dessa forma, há possibilidades maiores de sucesso na ação de delinear mecanismos de garantia de acesso aos medicamentos, de uso racional dos mesmos e de prestação de serviços farmacêuticos que sejam integrados às práticas de cuidado, de forma a assegurar um atendimento qualificado para o usuário.

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Essa proposta refere-se ao problema priorizado “Assistência farmacêutica inadequada”, para o qual se registra uma descrição do problema selecionado (terceiro passo), a explicação (quarto passo) e a seleção de seus nós críticos (quinto passo).

Os quadros seguintes mostram o desenho das operações – para cada causa selecionada como “nó crítico”, as operações, os projetos, os resultados esperados, os produtos esperados e os recursos necessários para a concretização das operações (estruturais, cognitivos, financeiros e políticos). Foi utilizada a metodologia do PES (FARIA; CAMPOS; SANTOS, 2018).

6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)

A assistência farmacêutica em Lassance enfrenta uma série de obstáculos, tais como o número reduzido de recursos humanos, desabastecimento de medicamentos de uso contínuo e o grande número de produtos farmacêuticos utilizado principalmente pela população idosa, a prática de automedicação por grande parte da população, orientações inadequadas sobre o uso dos medicamentos aos usuários, dificuldade de entendimento das prescrições pelos usuários, principalmente idosos, dentre outras.

6.2 Explicação do problema selecionado (quarto passo)

Sabe-se que a assistência farmacêutica ocupa lugar de destaque no SUS pela sua transversalidade com as demais ações dos programas de saúde. Possui um grande impacto sobre a capacidade resolutiva dos serviços de saúde. O tratamento medicamentoso é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado e diz respeito à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado, em busca da saúde.

No momento, em Lassance, é frequente a não adesão ao tratamento pelos usuários, principalmente pelos idosos, decorrente do analfabetismo, da complexidade dos esquemas medicamentosos, da falta do reconhecimento e da memorização da prescrição, do esquecimento das tomadas além da diminuição da acuidade visual e da destreza manual. Muitas vezes há desabastecimento das medicações, principalmente as de uso contínuo para as doenças crônicas, o que compromete a adesão ao tratamento.

Não se pode deixar de mencionar, também, que é comum o usuário enfrentar a falta de informação pela abordagem inadequada da equipe de saúde a respeito da forma de administrar os medicamentos, sendo comum o usuário e demais profissionais de saúde apresentarem dificuldades de leitura da letra do médico.

A deficiência de recursos humanos também dificulta o trabalho do farmacêutico na assistência adequada aos usuários. sem o suporte de outros profissionais nesta demanda específica de serviço. É necessário um número maior de profissionais para facilitar uma melhor interação com as eSFs, tendo em vista a interface nas ações da atenção à saúde. O número reduzido dificulta a realização de ações educativas com profissionais da saúde para uso racional de medicamentos, além do acompanhamento e da avaliação da utilização dos mesmos pelos usuários.

6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)

“Nó crítico” é definido por Faria, Campos e Santos (2018, p. 60) como “um tipo de causa de um problema que, quando ‘atacada’, é capaz de impactar o problema principal e efetivamente transformá-lo”. É uma causa sobre a qual se pode intervir e sobre a qual a equipe tem governabilidade.

Para melhor abordagem e resolução do problema apresentado, os “nós críticos” foram selecionados:

- Dificuldade na utilização de medicamentos pelos usuários, principalmente idosos. Os idosos, por utilizarem uma quantidade maior de medicamentos contínuos e terem dificuldade de compreender adequadamente a prescrição médica, utilizam incorretamente os medicamentos - quadro constitutivo da polifarmácia (utilização de cinco ou mais medicamentos).
- Número reduzido de profissionais que compromete o atendimento ao usuário. Esta falta de pessoal acarreta uma concentração de funções no farmacêutico que encontra dificuldades para geri-las adequadamente,
- Falta de medicamentos de uso contínuo, principalmente para as doenças crônicas, o que compromete o tratamento dos usuários que fazem uso da polifarmácia. A falta de medicamentos é constante devido a atrasos no cumprimento dos prazos de entrega dos fornecedores.

6.4 Desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo)

Os passos sexto a décimo são apresentados nos quadros seguintes, separadamente para cada nó crítico.

Quadro 2 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “**Assistência farmacêutica inadequada**”, na população sob responsabilidade da Equipe Farmácia de Minas, município de Lassance, Estado de Minas Gerais

Nó crítico 1	Dificuldade na utilização dos medicamentos pelos usuários, especialmente idosos.
6º passo: operação (operações)	Promover ações de orientação visando facilitar a utilização dos medicamentos pelos pacientes com extrema dificuldade; Elaborar atividades juntamente com as eSF para orientação dos usuários ao uso correto da medicação. Contribuir para que a comunicação entre os componentes da equipe de saúde e o paciente seja clara e eficaz
6º passo: projeto	Uso correto dos medicamentos
6º passo: resultados esperados	População conscientizada sobre a importância do uso correto de medicamentos, pois a não adesão pode causar riscos à saúde.
6º passo: produtos esperados	Reuniões periódicas com as equipes da ESF para desenvolver estratégias de orientação aos usuários, com relação à importância da utilização dos medicamentos sempre nas horas corretas, simplificando a utilização correta, especialmente para o paciente idoso e com baixo nível educacional
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: promover reuniões quinzenais juntamente, com as eSF, com os usuários que têm dificuldade com uso da medicação Financeiro: Solicitar recursos financeiros para aquisição de materiais (exemplo: confecção de adesivos – “manhã”, “tarde” e “noite”) que possam facilitar a separação de medicamentos nos horários certos, dentre outros Político: obter apoio da prefeitura municipal para aquisição dos materiais necessários
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: recurso para compra de material educativo Secretário Municipal de Saúde (motivação favorável). Farmacêutico e atendentes (motivação favorável) Reuniões periódicas intersetoriais
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretário de Saúde e Assistência Farmacêutica
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Farmacêutico, Técnico em Farmácia, Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros. Três meses para o início das atividades
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Reunião será acordada com as eSF, de acordo com a demanda de cada unidade - a definir

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “**Assistência farmacêutica inadequada**”, na população sob responsabilidade da Farmácia de Minas, município de Lassance, estado de Minas

Nó crítico 2	Número reduzido de profissionais que compromete o atendimento ao usuário
6º passo: operação (operações)	Aumentar o número de profissionais capacitados para a Farmácia
6º passo: projeto	A assistência farmacêutica ampliando suas ações
6º passo: resultados esperados	Profissionais contratados para execução de ações educativas junto aos usuários, e de capacitação dos profissionais da eSF, ampliando as ações da assistência farmacêutica
6º passo: produtos esperados	Número adequado de profissionais qualificados para atuar na ampliação das ações da assistência farmacêutica
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: Elaboração de uma proposta para aumento do número de profissionais qualificados para atuarem na assistência farmacêutica Financeiro: Recursos para contratação de profissional Político: Apoio da prefeitura municipal para contratação de profissional qualificado
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: articulação com as secretarias de saúde e prefeitura para contratação de profissional Prefeito e Secretaria Municipal de Saúde (Favoráveis)
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretário de Saúde, Farmacêutica Reuniões intersetoriais (dirigentes, farmacêutica e equipe de saúde)
9º passo; acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Farmacêutico e Secretaria da Saúde Início em três meses
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Farmacêutico Acompanhamento do processo de contratação de profissionais qualificados para atuarem na assistência farmacêutica; Projeção de demanda e estimativa de atendimento farmacêutico à população com clareza e efetividade. Avaliação mensal do atendimento para modificações pertinentes, se for o caso.

Fonte: Elaborado pela autora

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “**Assistência farmacêutica inadequada**” na população sob responsabilidade da Farmácia de Minas, do município de Lassance, estado de Minas Gerais

Nó crítico 3	Falta de medicamentos de uso contínuo para doenças crônicas
6º passo: operação (operações)	Propor aos gestores e colaboradores assistência na aquisição dos medicamentos
6º passo: projeto	Promover saúde sempre
6º passo: resultados esperados	Medicamentos organizados juntamente com o gestor, com o propósito de garantir o seu uso de forma contínua, segura e eficaz Recursos humanos treinados e capacitados para o cumprimento das responsabilidades do município, no que se refere a esta política Fornecedores de medicamentos alinhados para a entrega dentro dos prazos exigidos pelo edital de licitação
6º passo: produtos esperados	Processos de compra de medicamentos melhor organizados para que não haja falta constante dos mesmos
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: desencadear campanhas de caráter educativo, buscando a participação das entidades representativas dos profissionais de saúde e a assistência farmacêutica, em ação conjunta com setores responsáveis pela compra de medicamentos Financeiro: necessidade de mais um profissional para cobrar dos fornecedores a entrega dentro dos prazos acordados Político: obter apoio municipal para solicitação dos recursos necessários
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Político: contratação de colaboradores para que o plano entre em ação Prefeito e Secretaria Municipal de Saúde (Favoráveis)
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Secretário de Saúde, Assistência Farmacêutica, Setor de Compras, Contabilidade Programa de capacitação elaborado. Projeto de aquisição de medicamentos em discussão com as pessoas envolvidas
9º passo; acompanhamento do plano - responsável e prazos	Farmacêutico, Técnico em Farmácia, Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros Reunião será acordada com os ESF, de acordo com a demanda de cada unidade - a definir. Três meses para início
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Gestão da assistência após aquisição dos medicamentos e capacitação da equipe visando à garantia do uso correto, contínuo, seguro e eficaz dos medicamentos Avaliar o projeto após seis meses de implantação.

Fonte: Elaborado pela autora

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adequada assistência farmacêutica é essencial para uma boa qualidade dos serviços de saúde. Para isso é necessária uma sinergia entre o farmacêutico e o usuário dos serviços de saúde, além da integração de diferentes frentes governamentais responsáveis pelo estabelecimento de políticas públicas.

Os medicamentos são um recurso amplamente utilizado em prol da manutenção ou recuperação das condições de saúde da população. Na atualidade, os modelos de assistência à saúde passam por transformações que resultam da demanda por serviços e dos desafios de sua sustentabilidade e financiamento. Essas transformações fomentam mudanças na forma de exercer o cuidado em saúde e contribuem para a redefinição do posicionamento do profissional farmacêutico.

O Plano de Intervenção executado neste trabalho enfocou questões prementes para a qualificação da assistência farmacêutica da Rede Farmácia Minas, no município de Lassance. Uma delas é a necessidade da promoção de ações de orientação visando facilitar a utilização de medicamentos pelos pacientes com extrema dificuldade, especialmente a população idosa, em função do baixo nível de escolaridade e compreensão inadequada da prescrição médica, polifarmácia, dentre outros.

O presente Plano de Intervenção abordou, também, o comprometimento do atendimento ao usuário em função do número reduzido de profissionais na Rede Farmácia Minas. Trata-se de um fator que dificulta a realização de ações educativas para uso racional de medicamentos, além do acompanhamento e da avaliação da utilização dos mesmos pelos usuários. Faz-se necessário, portanto, o aumento do número de profissionais qualificados para atuarem na assistência farmacêutica. Há, ainda, a questão do comprometimento do tratamento dos usuários pela falta de medicamentos de uso contínuo para doenças crônicas, sendo necessário melhorar a forma de organização nos processos de compra para que não haja falta constante dos mesmos.

O papel do farmacêutico é fundamental no que diz respeito à orientação sobre o acesso a medicamentos e acompanhamento à atenção primária à saúde, estabelecendo uma base de confiança no processo terapêutico. Com base no exposto, é necessário o desenvolvimento de uma proposta voltada para o trabalho a

ser realizado junto à atenção básica de saúde, visando a promoção de mudanças no tocante ao tratamento medicamentoso do usuário. Essa proposta deve incluir medidas de qualidade para ofertar um cuidado mais adequado aos usuários, principalmente àqueles que utilizam vários medicamentos, além de ampliar o êxito na adesão ao tratamento medicamentoso e no controle das doenças crônicas.

É preciso ampliar o acesso aos medicamentos para a população e reforçar a configuração da assistência farmacêutica na realização da atenção primária em saúde. E configurar um atendimento eficaz, que possa ser experienciado pela população e que seja capaz de promover um cuidado em saúde que considere os âmbitos individuais e coletivos dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

ALLEYNE, G. *et al.* Embedding non-communicable diseases in the post – 2015 development agenda. **Lancet**, v. 381, n. 9866, p. 566-574, Feb. 2013.

ALMEIDA, P. F. D.; GIOVANELLA, L. Avaliação em Atenção Básica à Saúde no Brasil: mapeamento e análise das pesquisas realizadas e/ou financiadas pelo Ministério da Saúde entre os anos de 2000 e 2006. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 24, p. 1727-1742. 2008.

ARAÚJO, A. D. L. A. D. *et al.* Pharmacist care in the Brazilian Primary Health Care System. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 13, p. 611-617, 2008.

ARAÚJO, A. L. A.; FREITAS, O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**, v. 42, n. 1, p. 137-146, 2006.

BERMUDEZ, J. A. Z.; COSTA, J. C. S da; NORONHA, J. C. de. (Org.). **Desafios do acesso a medicamentos no Brasil**. Rio de Janeiro: Edições Livres, 2020. Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/41803/Desafios do Acesso a Medicamentos 2020.pdf.;jsessionid=D87E27A3408BAD02360D608B3A169C51?sequence=2](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/41803/Desafios_do_Acesso_a_Medicamentos_2020.pdf.;jsessionid=D87E27A3408BAD02360D608B3A169C51?sequence=2). Acesso em: 8 dez. 2021.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BERTOLDI, A. D. *et al.* Sociodemographic profile of medicines users in Brazil: results from the 2014 PNAUM survey. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 1s-10s, 2016.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: 1988. Disponível em: [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88 Livro EC91 2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf). Acesso em: 12 jan. 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil/03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 17 mar. 2022.

BRASIL. Lei n. 13021, de 8 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2014/lei/l13021.htm. Acesso em: 17 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução CNS nº 338, de 06 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 17 mar. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto n. 5090, de 20 de maio de 2004**. Regulamenta a Lei n. 10858, de 13 de abril de 2004, e institui o programa “Farmácia Popular do Brasil”, e dá outras providências. Brasília, DF: 2004b. Disponível em: <https://legislacao.presidencia.gov.br/atos/?tipo=DEC&numero=5090&ano=2004&ato=e41gXTE5keRpWT998>. Acesso em: 20 fev.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, DF: 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html. Acesso em: 1 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília, DF: 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 26 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.981 de 26 de novembro de 2009**. Aprova o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília, DF: 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt2981_26_11_2009_rep.html. Acesso em: 20 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916, de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF: 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 8 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília,

DF: 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf. Acesso em: 2 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil: 2011-2022.** Brasília, DF: MS, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. Acesso em: 2 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.** Brasília, DF: 2009. Disponível em: http://www.rededepesquisaaps.org.br/wp-content/uploads/UserFiles/File/biblioteca/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf. Acesso em 8 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome 2020** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília, Ministério da Saúde, 2020

CRISÓSTOMO, S.; COSTA, F. A. Public participation in access to medicines. In: BABAR, Z.U.D (Ed.). **Global Pharmaceutical Policy.** Singapore: Palgrave Macmillan, 2020, p. 261-291.

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C.; SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde.** Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2018. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/modulo-planejamento-avaliacao-saude.pdf>. Acesso em: 6 out. 2019.

FLEURY, S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1724-1725, 2011.

GRANJA, G. F; ZOBOLI, E. L. C. P. Humanização da Atenção Primária à Saúde: Gestão em redes e governança local. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n.3, p. 494-501, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Lassance – Panorama.** Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/lassance/panorama>. Acesso em: 16 nov. 2021.

KLEINERT, S.; HORTON, R. Brazil: towards sustainability and equity in health. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1721-1722, 2011.

LASSANCE. Prefeitura Municipal. **História**. Lassance, MG: [s.d.]. Disponível em: <http://lassance.mg.gov.br/>. Acesso em: 18 nov. de 2021.

LINDGREN, B. **The rise in life expectancy, health trends among the elderly, and the demand for care – a selected literature review**. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2016. Disponível em: https://www.nber.org/system/files/working_papers/w22521/w22521.pdf. Acesso em: 6 mar 2022.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em 6 mar 2022.

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. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. sup. 3, p. 3561-3567, 2010.

OLSSON, I. N.; RUNNAMO, R.; ENGFELDT, P. Medication quality and quality of life in the elderly, a cohort study. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 9, n. 95, 2011.

PAULA, P. A. B. D. *et al.* Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p.1111-1125. 2009.

PINTO, C. D. B. S.; COSTA, N. do R.; DE CASTRO, C. G. S. O. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos da “Farmácia Popular do Brasil”. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 63-73, 2011.

PIOLA, S. F. **Saúde no Brasil: algumas questões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: CEPAL, 2009.

RAMOS, L. R. *et al.* Polypharmacy and Polymorbidity in older adults in Brazil: a public health challenge. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, suppl 2, p. 1s-12s, 2016.

ROSA, W. D. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA C. M. M. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe saúde da família. **Escola Anna Nery**, v.17, n.1, p.133 – 141. 2013.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12, n. 1, p. 213-220, 2007.